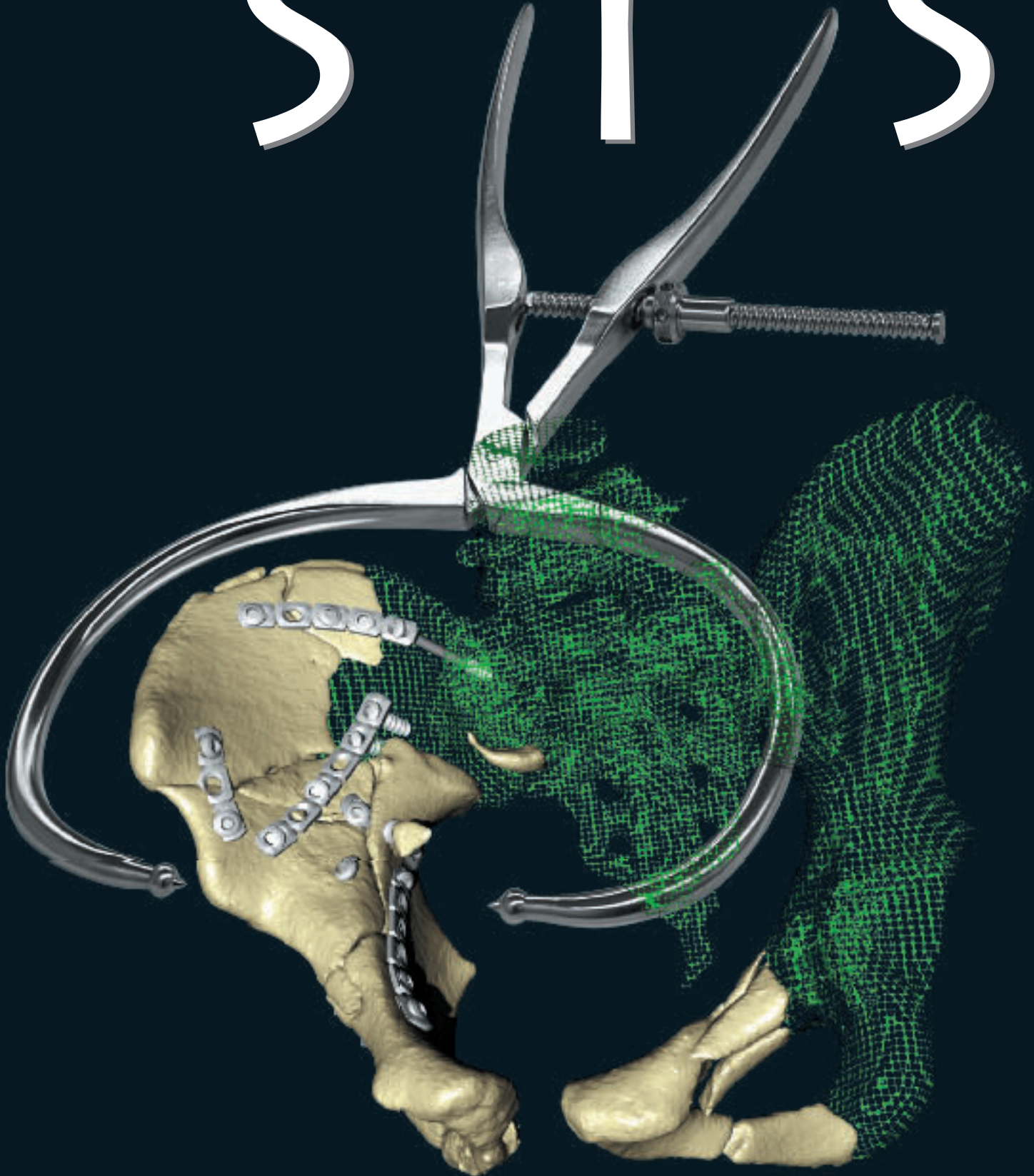


# ISIS

Leto XV. Številka 1 / 1. januar 2006





**Nekaj najpogostejših kritik:**

Specializacije so se podaljšale, mnoge trajajo šest let in specialist lahko začne s samostojnim delom najprej po 13 letih študija in usposabljanja. V bolnišnicah in zdravstvenih zavodih je huda kadrovska stiska, omilili bi jo lahko specializanti, ki pa krožijo v ljubljanskem Kliničnem centru in Zbornica ne razpiše dovolj novih specializacij. Zavodi nimajo vpliva na izbiro specializantov, ki se bodo zaposlili v njihovi regiji. Kdo zagotavlja, da bo specialist ostal v regiji, za katero je specializiral, in tudi v zavodu, kateremu je bil namenjen?

**Komentar:**

Dolžina specializacij pri nas ustreza specializacijam v Evropi in je zaradi enakovrednosti naših zdravnikov ne moremo poljubno skrajševati. Seveda pa nova specializacija ne more biti kar stara, raztegnjena za dve leti. V zadnjem, izbirnem obdobju specializacije naj bi se specializant dodobra naučil metod, za katere ima posebno veselje in ki jih bo potreboval v okolju, kjer se namerava po končanem usposabljanju zaposliti. Eden od internistov naj bi se naučil endoskopije prebavil, drugi ehokardiografije in drugih neinvazivnih kardioloških preiskav, tretji bo obvladal dializne postopke. Seveda po posvetu in s soglasjem glavnega mentorja. Boljše obvladovanje teh »posebnih znanj« bo zelo koristen proizvod novih specializacij, potreba po novih specialistih področij, ki so nastala iz nekdanje osnovne internistične in osnovne kirurške specializacije, bo manjša, prav tako njihova sedanja preobremenjenost.

Kadrovska stiska ni od včeraj in se ni začela z zborničnim urejanjem specializacij, temveč je rezultat dolgoletne omejevalne politike zaposlovanja zdravnikov v Sloveniji, celo v letih, ko Zbornica še ni bila ustanovljena. Zbornica lahko izda odločbe o specializaciji samo tistim kandidatom, ki so izpolnili pogoje (diploma in končano pripravništvo), število teh pa je in bo premajhno za slovenske potrebe, dokler se mu ne bodo priključili še diplomanti mariborske medicinske fakultete (okoli leta 2011). Komisija za specializacije vlagava velike napore za enakomerno in pravilno razpisovanje po vrstah specializacij in po regijah, ki jih potrebujejo.

Sistem za odobravanje specializacij in izbiro specializantov je centraliziran, pregleden in v največji možni meri tudi pravičen. Seveda pa se ne more izogniti nekaterim občasnim, tudi hudim časovnim zamudam, ki jih povzročata obvezni upravni postopek.

Sedaj pa moram še sam zastaviti vprašanje kritikom: kateremu mlademu zdravniku ali zdravnici iz Murske Sobote, Slovenj Gradca, Novega mesta, ki tam biva in namerava strokovno delati na področju interne, družinske medicine, kirurgije (in številnih drugih specializacij), je Zbornica preprečila zeleno specializacijo?

Vse bolnišnice v Sloveniji imajo možnost, da si med študenti medicine, pripravniki in sekundariji ogledajo primerne kandidata za potrebno specializacijo in ga med izbirnim postopkom s svojim predstavnikom regije v izbirni komisiji tudi podprejo. Le če je več kandidatov, kakor je razpisanih mest, bo imel prednost tisti, ki izstopa po objektivnih merilih.

Zavedamo se, da je na področju posameznih specializacij preveč časa namenjenega kroženju po klinikah ljubljanskega Kliničnega centra. Ugotovili smo, da je takšnih specializacij le malo in akreditacijska komisija pri Zbornici bo pri teh nedvomno razširila pooblastila bolnišnicam zunaj Ljubljane. Vendar bodo morale tudi »periferne« bolnišnice opraviti svojo dolžnost in poslati izpolnjene vprašalnike, iz katerih bo razvidno, katera znanja lahko pri njih pridobi specializant. Na žalost je kljub pozivom le malo bolnišnic poslalo zahtevane podatke, kar je tudi eden od vzrokov za »centralizacijo« poteka specializacij.

Vsak specializant s podpisom materialno jamči, da se bo po končani specializaciji zaposlil v tisti regiji, za katero ima odobreno specializacijo. Sicer prostega prehoda zdravnikov specialistov iz enega kraja v drug, iz ene bolnišnice v drugo, ali med zasebnike, ne bo mogel nihče preprečiti. Navsezadnje ima lahko vsak kraj in vsaka zaposlitev za posameznika posebno privlačnost in prednost. Tisti predeli, ki ne morejo pridobiti zdravnika, se bodo morali zanj pač bolj potruditi. Pri zaposlitvah sta zelo pomembna odnos okolja in splošno družbeno vzdušje, Zbornica lahko le svetuje in posreduje.

Precej težav pri specializacijah je le »tehnične« narave, ki jih sproti popravljamo in rešujemo. V mislih imam različna izplačila specializantom (potni stroški, regres), organizacijo dopustov, pridobivanje kreditov, stroške raznih tečajev. Pomembna zavora je arogantnost birokratov v različnih zavodih, proti kateri se moramo nenehno boriti.

Ob vseh težavah, ki bi jih lahko še dolgo našteval in analiziral, ne smemo pozabiti na osnovne in glavne cilje specializacij: etični, strokovni in osebnostni razvoj mladega zdravnika. Uspeh pri doseganju ciljev je najbolj odvisen od specializanta samega. Zelo pomembno pa je delovno okolje, ki mora delovati vzpodbudno in stremeti k strokovnemu napredku. Klinično znanje pridobimo predvsem pri delu z bolniki in tam mora biti mentor za zgled. Spominjam se, kako sem se zgrozil, ko sem na intenzivnem oddelku opazil mlade zdravnike pri prebiranju literature, hkrati pa so se pri bolnikih v sosednjih sobah dogajale kritične spremembe v poteku bolezni. Literatura, ki so jo prebirali, seveda ni imela povezave s težavami teh bolnikov.

Pogosto se sprašujem, ali je naš specializant dovolj vključen v delo z bolniki. Samo nekaj podatkov iz ZDA. Specializanti so v mnogih bolnišnicah leta 2001 delali največkrat med 80 in 100 urami na teden, na kirurgiji celo pogosto več kakor 110 ur na teden. V letih 2002 in 2003 so v Bostonu stažisti v povprečju delali 70,7 ur na teden, v podaljšanih turnusih pa povprečno neprekinjenih 32 ur. Med tem časom so bili tako obremenjeni z delom pri bolnikih, da so bili budni 96 odstotkov delovnega časa in niso mogli uporabiti sobe, v kateri bi lahko zaspali med prostim časom. Preobremenjenost z delom in pomanjkanje spanja je bilo krivo za petkratno povečanje diagnostičnih napak in zaradi podaljšanja reakcijskega časa so bili ti zdravniki večkrat povzročitelji prometnih nesreč, ko so se vračali z dela domov. Zaradi tega je Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) leta 2003 omejil podaljšani turnusni čas na 30 zaporednih ur, ki pa se mora izmenjevati z 10-urnim turnusom. Tipičen teden po teh omejitvah: ponedeljek in torek 30-urni turnus; sreda 10-urni turnus; četrtek in petek 30-urni turnus; sobota 10 ur; nedelja prost dan. ACGME je tudi omejil tedensko delo na 80 ur (povprečje v štirih tednih).

Ne zagovarjam tako hudega pritiska na mladega zdravnika, ker mu onemogoča fizično in psihično regeneracijo. Po drugi strani pa vem, da so pri nas na nekaterih klinikah zelo oklevali z zaposlitvijo teh zdravnikov v popoldanskem in nočnem času ter med prazniki. S takim nezaupanjem jim niso nudili priložnosti za nujno potrebno izkušnjo samostojnega dela in za strokovno samopotrditev. Velikokrat sem opazoval, kako pomemben je prvi stik z živo medicino in delovnim vzdušjem v enoti, kamor najprej pride stažist ali specializant. Ohlapnost in naveličanost pri delu, zavlačevanje pri diagnostičnih in terapevtskih odločitvah – vse to so zelo nalezljivi osebni vzorci, ki se mimogrede oprimejo mladega zdravnika in se ga včasih držijo vse življenje.

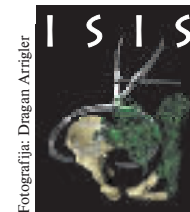
Kakovostnega specialista bodo lahko vzgojile samo enote, kamor pride zdravnik že z veseljem zjutraj na delo, kjer se resno, odprto in temeljito razpravlja o vsakodnevnih strokovnih vprašanjih na oddelkih, kjer redno spremljajo novosti s svojega področja in jih tudi po tehtnem premisleku uvajajo v redno prakso. Za dober potek specializacije so dobri glavni in neposredni mentorji neprecenljivi.

Odnos Zbornice do specializacij je nedavno dobil pomembno mednarodno priznanje. Mag. Zlatko Fras, ki vodi komisijo za specializacije na Zbornici in je glavni ustvarjalec sedanje organizacije naših specializacij, je bil izvoljen za predsednika UEMS, organizacije, ki združuje in predstavlja vse zdravnike specialiste v Evropi.

Še enkrat moram poudariti pomen in delo Slovenskega zdravniškega društva, ki pripravlja in predlaga strokovne vsebine specializacij. S specializacijami se resno in redno ukvarja veliko naših medicinskih strokovnjakov.

O težavah bi lahko pisal zelo obširne komentarje. Nekaterih gotovo nisem uspel niti pokazati. Vendar lahko zaključim, da je kakovost in organizacija specializacij projekt vsega slovenskega zdravništva, verjetno slovenske družbe v celoti in ne samo majhne skupine na Zbornici. Z veseljem sprejemamo vse dobronamerne pripombe, kritike in nasvete. Vse vabimo, naj nam pomagajo potiskati voz naprej. ■

*Matija Horvat*



# Vsebina

<b>uvodnik</b>	Matija Horvat	• Zdravniška zbornica in specializacije	<b>3</b>
<b>pismo uredništvu</b>	Jasna Čuk Rupnik	• Spoštovana urednica	<b>8</b>
<b>novice</b>		•	<b>10</b>
<b>fotoreportaža</b>	Pavle Kornhauser	• Zdravniški koncert – osrednji stanovski kulturni dogodek v Ljubljani	<b>25</b>
	Erih Tetičkovič	• Ob ustanovitvi Fundacije prim. dr. Janka Držečnika	<b>28</b>
<b>intervju</b>	Eldar M. Gadžijev	• Intervju s prof. Stigom Bengmarkom	<b>32</b>
<b>aktualno</b>	Veljko Vlasisavljevič	• Zdravstveno-ekonomski vidiki zdravljenja neplodnosti v Sloveniji	<b>34</b>
	Tom Ploj	• Javno dostopni avtomatični defibrilatorji v Sloveniji	<b>42</b>
	Mirjana Stantič Pavlinič	• Bolniška odsotnost	<b>45</b>
<b>forum</b>	Zlata Remškar	• Doktrina	<b>48</b>
	Petra Urek	• Ko spregovori žalost	<b>50</b>
<b>obletnice</b>	Erika Cvetko, Uroš Skalerič	• 60-letnica Društva zobozdravstvenih delavcev Slovenije, Zobozdravstvenega vestnika, Stomatološke klinike in Zobotehnične šole	<b>52</b>
<b>zanimivo</b>	Stanka Jelenc	• Od zdravniškega recepta na papirusnem zvitku do sodobne digitalne knjižnice	<b>54</b>
<b>delo Zbornice</b>		• Zapisniki IO ZZS	<b>60</b>
<b>status artis medicae</b>	Jurij Dobovišek	• Arterijska hipertenzija	<b>66</b>
<b>koledar strokovnih srečanj</b>		•	<b>69</b>
<b>programi strokovnih srečanj</b>		•	<b>81</b>
<b>strokovna srečanja</b>	Anja Koren Jeverica	• Zdravljenje s kortikosteroidi pri otrocih	<b>90</b>
	Jožica Maučec Zakotnik	• Nacionalni program preprečevanja srčno-žilnih bolezni	<b>92</b>
	Matjaž Rode, Gordan Čok	• Povezovanje zobozdravnikov na evropski ravni	<b>94</b>

*Veliko osebne sreče, zdravja in strokovnega zadovoljstva v novem letu 2006.*

*Vodstvo Zdravniške zbornice Slovenije*

*Sredstva, namenjena voščilnicam, ki bi jih poslali po pošti, smo namenili Sekciji upokojenih zdravnikov in zobozdravnikov pri Slovenskem zdravniškem društvu.*

## OPERACIJA MEDENICE

Računalniško podprta medicina tudi v Sloveniji postaja realnost. V raziskovalnem projektu so pred leti združili moči zdravniki in računalniški strokovnjaki. Rezultat je primerna računalniška podpora za številna področja v medicini, ki bodo zaščitni znak petnajstega letnika revije Isis. Tokrat predstavljamo enega možnih simulativnih pogledov za operacijo medenice. Od virtualne k dejanski realnosti nam bo pogled pritegnilo vsakokratno medicinsko orodje ali pripomoček, ki pomaga pri zdravljenju. Tokrat je to ena od kostnih prijemalk, ki se uporabljajo pri operativni oskrbi poškodb medeničnega obroča in kolčne ponvice ("king kong"). Računalniško načrtovanje operacije medenice je prispevalo podjetje Sekvenca, d.o.o.

Besedilo in idejna zasnova: Elizabeta Bobnar Najžer

	Dejan Kupnik, Štefek Grmec	• Slovenska predbolnišnična dejavnost	97
	Ksenija Tušek Bunc	• Na primerih temelječe učenje	98
	Elizabeta Bobnar Najžer	• Uveljaviti kulturo varnosti pacientov	101
	D. Ognjenovik, D. Bosilj, N. Čas Sikošek, P. Krajnc	• Novosti v zdravljenju raka dojke	104
	Radko Komadina	• Ustanovljeno Vertebrološko združenje	106
	Metoda Rejc Novak	• Slovensko ortodontsko društvo – član Svetovnega združenja ortodontov	108
	Katja Arko Kampuš	• Nesnemni ortodontski aparati	109
	Katja Arko Kampuš	• Zdravljenje nepravilnosti razreda II	110
	Mirjana Stantič Pavlinič	• Interdisciplinarno o zoonozah	112
	Borut Bratanič	• Proslava ob petnajstletnici Deklaracije Innocenti o zaščiti, spodbujanju in podpori dojenju 1990 – 2005	114
	Špela Štunf, Mojca Globočnik Petrovič	• Novosti in zdravljenje diabetične retinopatije in starostne degeneracije rumene pege	116
<b>tako mislimo</b>	Polonca Steinmann	• Kirurgija zlorab	118
	Janko Kostnapfel	• Mavrični lok	119
<b>zdravniki v prostem času</b>	Vanja Malis	• V višinskem kraljestvu nomadov	122
	Tomaž Rott	• Ljubljana-Nordkapp-Ljubljana ali 10.078 km v 20 dneh (1. del)	125
<b>s knjižne police</b>	Marjan Kordaš	• Martin Pollack: Smrt v bunkerju - Poročilo o mojem očetu	130
<b>personalia</b>		•	132
<b>Sisi</b>		•	135
<b>misli in mnenja uredništva</b>	Črt Marinček	• Od terciarja do kvartarja	138



## Spoštovana urednica!

Med strokovno literaturo sem našla tale zapis, ki bo verjetno zanimal tudi druge zdravnike. Upam, da boste tudi vi tega mnenja. Jasna Čuk Rupnik.  
*Lep pozdrav, Jasna Čuk*

»Odprto pismo zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem, ki se srečujejo z zdravljenjem bolečine v času terapije z opioidnim agonistom metadonom«

J. Thomas Payte je v imenu Colonial Management Group, LP, Orlando, Florida, 2. oktobra 2004 poslal uredniku revije Heroin Addiction and Related Clinical Problems odprto pismo s tole vsebino:

Tako terapevti kot uporabniki medicinsko podprte rehabilitacije z metadonom se zavedamo vse prepogostega in nepotrebnega neuspeha nekaterih zdravnikov in zobozdravnikov pri zagotavljanju ustreznega zdravljenja bolečine pri bolnikih, zdravljenih z metadonom. To je morda posledica pomanjkanja informacij, preprostega nerazumevanja ali, žal, občasno tudi predsodkov do bolnikov, ki se zaradi boleznih odvisnosti od opiatov zdravijo z metadonom.

To kratko pismo ima namen zagotoviti preproste smernice, ki temeljijo na dokazih in so

podprte z večletnimi kliničnimi izkušnjami.

Bolniki, zdravljeni z metadonom, potrebujejo posebno pozornost pri obravnavi akutne bolečine v kirurških ali travmatoloških situacijah. Bolnikom iz metadonskega vzdrževalnega zdravljenja (MVZ) se pogosto odklanja vsaka analgezija in resno prešibko zdravljenje bolečine je zelo pogosto. Bolniki iz MVZ razvijejo popolno toleranco na protibolečinske učinke zdravila (metadona). Med MVZ se razvije navzkrižna toleranca na vse opioidne agoniste kot posledica učinka »blokade«. Zgodnje raziskave so pokazale, da stabilni bolniki iz MVZ ne morejo razločiti iv. injekcije 20 mg morfina od iv. injekcije fiziološke raztopine. Njihova običajna vzdrževalna doza ne omogoča nobenega protibolečinskega učinka in za ustrezno analgezijo potrebujejo večje odmerke opioidnih agonistov in bolj pogosto kot bolniki, ki te tolerance nimajo razvite.

Metadon ima razpolovni čas od 24 do 36 ur, a njegovo protibolečinsko delovanje traja od 4 do 6 ur in je podobno morfinu tako po jakosti kot po trajanju (Goodman&Gilman). Za zdravljenje akutne bolečine pri bolnikih iz MVZ so primerni morfin, dilaudid, kodein itd.

Mešanih agonistov/antagonistov (talwin, stadol, nubain) in delnih agonistov (buprenorfin) se ne sme uporabljati, ker bi povzročili opioidni odtegnitveni sindrom. Meperidinu in propoxifenu se je potrebno izogniti zaradi nevarnosti krčev pri večjih odmerkih, ki bi jih rabili za doseganje analgezije pri bolnikih s toleranco na opioide.

## Povzetek:

1. Nadaljevati vzdrževalno zdravljenje brez prekinitve. To zagotavlja temelj, na katerem bodo druga zdravljenja lahko uspešna.
2. Zagotoviti individualno ustrezen odmerek opioidnega agonista, ki ga je potrebno titrirati do zaželenega učinka analgezije. Pravi je učinkoviti odmerek! Zaradi navzkrižne tolerance bodo odmerki verjetno bistveno višji kot pri osebah, ki opioidov še niso uporabljale.
3. Odmerke je običajno potrebno zagotavljati pogosteje kot pri osebah, ki opioidov niso jemale. Bolečina, ki v 1 do 2 urah ne popusti, se tudi v 3 do 4 urah ne bo izboljšala. Razmake med odmerki je potrebno prilagoditi, da preprečimo nastop bolečine, ne ukrepati šele ob nastopu bolečine.
4. Prosimo, pokličite zdravnika iz bolnikovega MVZ za nadaljnje napotke.

Prosimo, zdravite naše bolnike z razumevanjem, dostojanstvom in spoštovanjem, do katerega imajo pravico, kot bi tudi vi pričakovali od nas, da bi zdravili vašega bolnika, ki bi v določenem obdobju morda potreboval naše zdravljenje. ■

## Evidentiranje kandidatov za mesto asistenta za predmet higiena

Pri predmetu **higiena** je odprto novo delovno mesto asistenta.

**V**abimo vse kandidate, ki jih zanima pedagoško in raziskovalno delo pri predmetu, ki pokriva predvsem preventivne medicinske dejavnosti, da se oglasijo na Katedri za javno zdravje pri prim. prof. dr. Marjanu Bilbanu, dr. med., ali na Katedro naslovijo

svojo prošnjo. Od kandidata pričakujemo, da je zaključil medicinsko fakulteto in da zna vsaj en tuj jezik. Prednost imajo kandidati z opravljeno specializacijo iz javnega zdravja ali kandidati, ki opravljajo to specializacijo. Za dodatne informacije se kandidati lahko obrnejo tudi na asist. mag. Mojco Juričič, dr.

med. (tel.: 54 37 564, e-naslov: mojca.juricic@mf.uni-lj.si), ali na asist. mag. Tomaža Čakša, dr. med. (tel.: 54 37 563, e-naslov: tomaz.caks@mf.uni-lj.si). ■

# Teden gibal

Vsako leto med 12. in 20. oktobrom poteka teden dejavnosti projekta Desetletje gibal (Bone and Joint Decade, BJD).

12. oktober je Svetovni dan artritisa, 16. oktober Svetovni dan hrbteničnih bolezni, poškodb in okvar, 17. oktober je Svetovni dan travme in 20. oktober Svetovni dan osteoporoze. Projekt BJD kot nevladno organizacijo (NGO) so zastavile pod pokroviteljstvom Kofija Annana 1. januarja 2000 Organizacija združenih narodov, Svetovna zdravstvena organizacija in Svetovna banka. Do danes se mu je pridružilo 60 držav z vseh celin in 750 strokovnih organizacij. Sodelujoči strokovnjaki, aktivisti nevladnih organizacij, predstavniki izvajalcev in uporabniki zdravstvenih storitev želijo omiliti breme bolezni, okvar in poškodb mišično-skeletnega sistema, ki grozi, da bo s svojimi epidemičnimi razsežnostmi zrušil sisteme financiranja zdravstva v bogatih in revnih država sveta. Desetine milijonov otrok, odraslih v aktivni življenjski dobi in starostnikov nad 65 let trpi zaradi vnetnih in degenerativnih okvar sklepov, revmatizma, bolezni hrbtenice in skeletnih poškodb. Epidemični obseg zavzemajo zlomi zaradi krhkosti kosti.

Nekaj podatkov za utemeljitev trditve, da so mišično-skeletne bolezni vodilni vzrok invalidnosti in omejevanja življenjskih spo-

sobnosti, ki prizadenejo vsakega četrtega prebivalca našega planeta, pri zdravstvenih zavarovalnicah pa predstavljajo 25-odstotni delež stroškov:

1. zaradi osteoartritisa in revmatoidnega artritisa trpi več sto milijonov prebivalcev z vsega sveta. Število bolnikov eksponentno narašča zaradi starajočega se prebivalstva;
2. do leta 2020 pričakujemo podvojitev števila prebivalcev planeta, starejših od 50 let;
3. vsaka tretja ženska in vsak osmi moški bo po 50. letu starosti doživel zlom zaradi osteoporoze;
4. 80 odstotkov odraslih trpi zaradi bolečin v križu, ki so drugi vodilni vzrok za bolniški dopust;
5. povprečno vsakih 30 sekund se na našem planetu trije ljudje hudo poškodujejo v prometni nesreči in vsakih 30 sekund se zgodi prometna nesreča s smrtnim izidom;
6. cestne prometne nesreče so v razvitih in nerazvitih državah sveta vodilni vzrok za umrljivost pri ljudeh do 45. leta starosti (po podatkih prof. Larsa Lidgrena, predsednika BJD, predstojnika oddelka za ortopedijo Univerze v Lundu na Švedskem).

V Sloveniji smo se pridružili projektu leta



30. 11. 1999 v Palači Združenih narodov ob podpisu BJD: Kofi Annan, generalni sekretar Združenih narodov, prof. Nicolas E. Walsh, fiziater, ZDA, prof. Anthony Woolf, revmatolog, Velika Britanija, prof. Lars Lidgren, ortoped, Švedska, predsednik BJD

2001 z ustanovitvijo Nacionalne ekspertne skupine. Na področju travmatologije smo se osredotočili na pripravo Nacionalnega registra travme, na izdelavo projekta združenega regionalnega predbolnišničnega in bolnišničnega centra nujne medicinske pomoči, pridružili smo se »Projektu 100«, s katerim želi Svetovna zdravstvena organizacija pri vseh študentih medicine doseči poglobljeno poznavanje mišično-skeletnih bolezni, poškodb in okvar. Napisali smo učbenik Gerontološka travmatologija za študente medicinske fakultete v Ljubljani in Mariboru ter več poljudnih knjig o osteoporozi, v katerih smo obdelali vse vidike nastanka, diagnostike, zdravljenja in medicinske rehabilitacije bolnikov z osteoporozo. Na področju bolezni, poškodb in okvar hrbtenice smo aprila 2005 na 5. celjskih dnevih združili znanje ortopedov, fiziatrov, nevrokirurgov, travmatologov, nefrofiziologov in jeseni ustanovili Vertebrološko združenje Slovenije (Slovenian spine group) za učinkovitejša ukrepanja.

Z dobrim zdravstveno-vzgojnim delom (tu prednjačijo fiziatrji), z delovanjem šole zoper bolečino v križu (back school, pain clinic) želimo zmanjšati zboleznost zaradi kroničnih bolečin v križu. Sodelovali smo pri dogovorih za financiranje dodatnih programov iz kolčne in kolenske protetike za skrajševanje zelo dolgih čakalnih dob na tem področju. V okviru Slovenskega osteološkega društva smo dosegli dobro pokritost državnega ozemlja z mrežo aparatov za merjenje kostne gostote. V sodelovanju kateder za kirurgijo in družinsko medicino smo izmerili pojavnost osteoporoze v Sloveniji. Z dodiplomskim in podiplomskim izobraževanjem povečujemo pozornost izvajalcev zdravstvenega varstva na te bolezni. S pomočjo fiziatrov želimo približati mehanske ščitnike za kolke (hip protektorji), ki pri pravilni uporabi dokazano za 54 odstotkov zmanjšajo pojav novih zlomov



Novinarska konferenca ob tednu dejavnosti Desetletje gibal (od leve proti desni): Eva Orač, predsednica Društva bolnikov z osteoporozo Celje - Zreče, Duša Hlade Zore, dr. med., predsednica Zveze društev bolnikov z osteoporozo Slovenije, prof. dr. Radko Komadina, dr. med., svetnik, nacionalni koordinator BJD za Slovenijo, prof. dr. Juliet Compston, članica izvršilnega odbora IOF z University of Cambridge School of Clinical Medicine, prim., viš. pred., mag. Aleš Demšar, dr. med., član Nacionalne ekspertne skupine BJD

kolka. Trenutno preizkušamo ščitnike za kolk pri 20 bolnicah z osteoporozo, ki so že utrpeli osteoporotični zlom.

Na področju revmatologije smo v sodelovanju s strokovnimi združenji in medicinsko fakulteto bolnikom približali uporabo nesterooidnih in temeljnih zdravil ter t. i. bioloških zdravil. Borimo se za priznanje temeljnega specialističnega programa iz revmatologije in za izdelavo mreže specialistov revmatologije v slovenskem prostoru. Tudi med uporabniki zdravstvenih storitev podpiramo delovanje društev za mišično-skeletne bolezni, kot je

Zveza društev za osteoporozo Slovenije, Društvo za ankilozirajoči spondilitis Slovenije ipd. International Osteoporosis Foundation (IOF) je podelila Zvezi društev za osteoporozo Slovenije prvo nagrado za njeno delovanje v letu 2004.

Po besedah prof. dr. Blaža Rozmana, staroste slovenske revmatologije, bi bilo lahko boljše. Lahko bi bili učinkovitejši, če bi pri oblasti naleteli na še več posluha. Vendar je položaj podoben tudi v Evropi. Na konferenci nacionalnih koordinatorjev BJD v Ottawi smo ugotovili, da je potrebno mišično-skeletnim boleznim, okvaram in poškodbam zaradi

številnih dokazov o stroškovni učinkovitosti njihovega preprečevanja in zdravljenja posvetiti bistveno več pozornosti, investirati v njihovo raziskovanje in znotraj 7. okvirnega evropskega programa zagotoviti tudi večji delež sredstev! Upamo, da nam bo evropski komisar Potočnik prisluhnil in da bo prav s slovensko pomočjo dosežen preboj. Nenazadnje smo tej temi (gerontološki travmatologiji) posvetili prvo mesto na 7. evropskem travmatološkem kongresu, ki bo potekal med 14. in 17. majem 2006 v Cankarjevem domu. ■

*Radko Komadina*

## V Ljubljani urad Svetovne zdravstvene organizacije

**D**irektor Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), regija Evropa, dr. Marc Danzon, je 15. in 16. decembra 2005 obiskal Slovenijo. Ob tem sta z ministrom za zdravje, mag. Andrejem Bručanom, podpisala sporazum o sodelovanju, najavila sta odprtje urada SZO v Ljubljani ter predstavila novico, da je Slovenija kot edina članica novinka kandidatka za članico Evropskega observatorija za spremljanje zdravstvenih sistemov in politik.

Dveletni sporazum o sodelovanju Ministrstva za zdravje z evropsko regijo Svetovne zdravstvene organizacije krovno navaja kot sodelovanje le organizacijo zdravstvenega varstva, dejansko pa bo potekal v treh smereh:

1. SZO bo Sloveniji nudila pomoč pri reviziji funkcije sistema javnega zdravstva. Strokovnjaki SZO bodo skupaj z domačimi pregledali sedanje stanje ter svetovali institucijam po državi, kako bi lahko izboljšale svoje delovanje. Kot je povedal minister Bručan, bo pri tem največ poudarka na prenovi Inštituta za varovanje zdravja in Zavodov za zdravstveno varstvo.
2. Posebna tehnična delovna skupina strokovnjakov iz SZO bo pregledala sistem financiranja osnovnega zdravstvenega varstva in prav tako pripravila priporočila za izboljšanje.
3. Kakovost zdravljenja v bolnišnicah bo tretja, verjetno najbolj obsežna tema tega sporazuma. Direktor Danzon je poudaril, da so bolnišnice lahko tudi vir okužbe, saj so raziskave pokazale, da pri kar desetih



odstotkih stikov pacientov z zdravstvenimi ustanovami le-ti utrpijo hudo invalidnost ali celo umrejo zaradi sistemskih napak. Bistvo tega segmenta sodelovanja ne bo iskanje posameznih krivcev, temveč odkrivanje, analiza in odpravljanje sistemskih ovir za dobro zdravljenje pacientov.

Direktor Marc Danzon je slovenski javnosti prvi sporočil tudi novico, da je Slovenija na poti, da se bo pridružila Evropskemu uradu SZO, Belgiji, Finski, Grčiji, Norveški, Španiji, Švedski, Beneški regiji, Evropski investicijski banki, Inštitutu za civilno družbo, Centru za izvajanje javnih raziskav na področju zdravja, Londonski šoli za ekonomijo in politične znanosti ter Londonski šoli za epidemiologijo in tropske bolezni kot članica Evropskega ob-

servatorija. Največji prednosti tega članstva sta možnost vpliva na raziskave ter nenehen vir aktualnih podatkov.

Ne smemo pozabiti omeniti, da bo SZO financirala tudi odprtje Urada SZO za Slovenijo, ki ga pričakujemo v prvi polovici naslednjega leta.

Minister Bručan je bil z obiskom zelo zadovoljen, saj bo s podpisanim sporazumom in finančno pomočjo SZO Slovenija lažje našla pravo pot za temelj reform slovenskega zdravstvenega sistema. Sogovornika sta postavila že tudi prve temelje sodelovanja pri projektih, ki jih Evropska zveza pričakuje od svoje predsedujoče v letu 2008 tudi na področju zdravstvenega varstva. ■

*Besedilo in foto Elizabeta Bobnar Najžer*



# Je mogoče s spremembami prehrane/ prehranskimi dodatki ugodno vplivati na posameznikov krvni holesterol?

**P**odatki o razširjenosti in količinskih vrednostih dejavnikov tveganja za nastanek in napredovanje ateroskleroze med prebivalci Slovenije so zaskrbljujoči. Premalo smo telesno dejavni, veliko nas ima prekomerno telesno težo, v povprečju uživamo kalorično preobilno hrano, preveč živalskih, nasičenih maščob, preveč soli in alkohola. Glede na uveljavljena prehranska priporočila uživamo premalo sadja in zelenjave ter ogljikovih hidratov, še posebej vlaknin. Nedavno predstavljena prva groba analiza podatkov o razširjenosti in izraženosti dejavnikov tveganja za bolezni srca in žilja pri odraslem slovenskem prebivalstvu, izvedena v okviru Nacionalnega programa primarnega preprečevanja bolezni srca in žilja, je pokazala, da ima v tem starostnem obdobju zvišane vrednosti krvnega holesterola kar 79,2 odstotka odraslih Slovencev, 74,7 odstotka jih ima prekomerno telesno težo, zvišan krvni tlak 49,9 odstotka, kadi pa jih 22 odstotkov. Izkazalo se je tudi, da ima ob skoraj 80-odstotni splošni pogostnosti vrednosti krvnega holesterola nad priporočeno zgornjo mejo (5,0 mM) vrednosti med 5,0 in 6,0 mM 24 odstotkov prebivalstva. Med drugim to pomeni tudi, da bi bilo vsaj tem osebam mogoče zgolj z ustrezno spremenjenim življenjskim slogom vrednosti znižati v okviru priporočene in s tem pomembno zmanjšati ogroženost za nastanek ali napredovanje bolezni srca in žilja.

Temelj vsake obravnave zvišanih vrednosti krvnih maščob (hiperlipidemije), tako v primarnem (ko posameznik še nima znakov bolezni srca ali žilja) kot sekundarnem (pri bolnikih z znano boleznijo) preprečevanju ateroskleroze, kjer ciljamo predvsem na zvišane vrednosti holesterola LDL, je svetovanje za spremembo prehrane, povečanje redne telesne dejavnosti zmerne intenzivnosti, prenehanje kajenja in spreminjanje drugih dejavnikov življenjskega sloga, ki povečujejo ogroženost za zboleznost in umrljivost zaradi bolezni srca in žil.

Prehranska priporočila temeljijo na svetovanju glede (1) količine, (2) vrste in (3) priprave hrane (uporabno je mnemotehnično pravilo 3K - količina, kakovost, kuhanje). Posameznike s hiperlipidemijo predvsem spodbujamo, da v vsakodnevni prehrani sistematično zmanjšajo vsebnost nasičenih maščob in holesterola. V tipični prehrani zahodne civilizacije je v povprečju kar 35 odstotkov energije v maščobah

(od tega 14 do 15 odstotkov v nasičenih), dnevno pa zaužijemo okoli 400 do 500 mg holesterola. V prehrani, ki je načeloma priporočljiva za vse ljudi (starejše od dveh let) priporočamo zagotavljanje 30 odstotkov energijskih potreb v obliki maščob (manj kot 10 odstotkov iz nasičenih maščob) in manj kot 300 mg holesterola na dan. Pri osebah z izolirano hiperholesterolemijo svetujemo zamenjavo maščob z ogljikovimi hidrati. Priporočamo zamenjavo polnomastnih mlečnih izdelkov, jajčnih rumenjakov, mesa in olj s pretežno vsebnostjo nasičenih maščobnih kislin za svežo zelenjavo in sadje, kompleksne ogljikove hidrate (še posebej polnozrnat izdelke) in mlečne izdelke iz posnetega mleka. Pomembno je poudariti tudi velikost obrokov; z beljakovinami in maščobami bogat del obroka (mesni del) naj ne obsega več kot 115 g, kar pomeni velikost približno enega kompleta igralnih kart. Eden najpomembnejših nasvetov je izogibanje trans-nasičenim maščobnim kislinam, ki nastajajo s cvrtjem hrane.

Če nam po približno treh mesecih upoštevanja takšnih priporočil pri bolniku ni uspelo zadovoljivo znižati lipidov, proučimo sprejemljivost dodatnih prehranskih ukrepov, kjer še vedno priporočamo 30 odstotkov energijske vrednosti iz maščob, ob tem pa zaužitje manj kot 7 odstotkov nasičenih maščob in manj kot 200 mg holesterola na dan. Taka prehrana je skoraj vegetarijanska in za veliko ljudi, žal, predvsem dolgoročno, praktično nesprejemljiva. Po spremembi običajne prehrane v zgoraj navedeno se lahko koncentracija holesterola LDL zmanjša za 8 do 10 odstotkov, ob dodatni zaostritvi diete oziroma zmanjšanju vnosa nasičenih maščob in holesterola pa še za nadaljnjih 5 do 7 odstotkov.

Tudi uporaba prehrabnih izdelkov, ki vsebujejo rastlinske stanole in sterole, lahko zaradi zmanjševanja absorpcije holesterola v tankem črevesu (za okoli 30 do 40 odstotkov) zniža plazemski celokupni holesterol za 5 do 10 odstotkov, holesterol LDL pa za 10 do 15 odstotkov. Na našem tržišču imamo od tovrstnih izdelkov trenutno na voljo le eno margarino, v kratkem pa bodo menda na voljo tudi jogurti in napitki. Zanimivi in pomembni za vsakodnevno življenje so lahko nedavno objavljeni izsledki raziskave, v kateri je dodatna uporaba tovrstnega namaza v vsakodnevni prehrani v primerjavi s skupino preiskovancev, ki so uživali zgolj priporočeno dieto z majhno vsebnostjo

maščob, privedla do okoli 7 odstotkov večjega znižanja ravni krvnega holesterola. Med ljudmi seveda obstajajo pomembne razlike v odzivnosti na različne stopnje prehranskih (dietnih) ukrepov, tako da je potrebno pred dokončno opredelitvijo učinkovitosti prehranskih sprememb ponavljati laboratorijske meritve plazemskih vrednosti maščob.

V kolikor z uvedbo in doslednim upoštevanjem priporočenih sprememb prehrane in vedenja glede (ne)redne telesne dejavnosti zmerne intenzivnosti ne uspeмо ustrezno znižati vrednosti krvnih maščob (do ciljnih vrednosti), nam seveda ne preostane drugega, kot da v terapevtsko shemo pri zelo ogroženih posameznikih uvedemo tudi lipolitična zdravila. Kljub temu, da so sodobna zdravila s tega področja zelo učinkovita, nam trenutno dostopni podatki kažejo, da je delež oseb, ki ob upoštevanju vseh priporočenih ukrepov dosegajo priporočene ciljne vrednosti, sorazmerno premajhen. Glede na poznavanje dosega terapevtskih možnosti, ki jih imamo na voljo, ocenjujem, da imamo v smislu doseganja zadovoljive kakovosti obravnave dislipidemij v vsakdanji klinični praksi še veliko neizkoriščenih rezerv (tako glede nefarmakoloških ukrepov kot glede ustrezne in učinkovite uporabe zdravil). ■

Zlatko Fras

## Literatura:

1. Fras Z, Maučec Zakotnik J, Govc Eržen J, Leskošek B. Comprehensive nationwide programme on cardiovascular prevention in Slovenia – first 3-years experience. In: Fras Z, Kenda MF, eds. 17th Annual Meeting of the Mediterranean Association of Cardiology and Cardiovascular Surgery, Portorož, September 22-24, 2005. Abstract Book. *Slov Kardiol* 2005; 2 (Suppl 1): 11.
2. Fras Z. Motnje v presnovi maščob. In: Kocijančič A, Mrevlje F, Štajer D, ur. *Interna medicina*. Ljubljana, Littera picta, 2005.
3. Jones PJ, Raieini-Sarjaz M, Ntanios FY, Vanstone CA, Feng JY, Parsons WE. Modulation of plasma lipid levels and cholesterol kinetics by phytosterol versus phytostanol esters. *J Lipid Res* 2000; 41: 697-705.
4. Cleghorn CL, Skeaff CM, Mann J, Chisholm A. Plant sterol-enriched spread enhances the cholesterol-lowering potential of a fat-reduced diet. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57: 170-6.
5. Temme EH, Van Hoydonck PG, Schouten EG, Kesteloot H. Effects of a plant sterol-enriched spread on serum lipids and lipoproteins in mildly hypercholesterolaemic subjects. *Acta Cardiol* 2002; 57:111-5.
6. Patch CS, Tapsell LC, Williams PG. Plant sterol/stanol prescription is an effective treatment strategy for managing hypercholesterolemia in outpatient clinical practice. *J Am Diet Assoc* 2005; 105: 46-52.

# Podelitev certifikata oddelku za transfuziologijo in imunohematologijo v mariborski bolnišnici

V meglenem jutru 14. novembra 2005 sem se z avtom peljala na železniško postajo, saj sem se tokrat v Maribor odpravila z vlakom. Medtem ko sem brala in tudi zadremala, sem hitro prišla na cilj. Ker je bilo še dovolj zgodaj, sem se peš odpravila proti bolnišnici. Dobila sem vabilo na svečano podelitev certifikata ISO 9001:2000 za celotno dejavnost oddelka za transfuziologijo in imunohematologijo, ki jo vodi prim. Vera Urlep Šalinovič, dr. med.

V bolnišnici sem se oglasila pri predstojnici oddelka. Velika predavalnica kirurške stolpnice se je pričela polniti. Med povabljenimi je bil tudi dolgoletni predstojnik prim. prof. dr. Edward Glaser. Zagledala sem nekega gospoda, ki sem ga zagotovo poznala. Seveda, saj smo se nešteto krat videli ob naših obiskih v Mariboru, v laboratoriju, a je od tedaj preteklo že mnogo let. To je bil Živko Radič, ki je kot bolničar naredil šolo. Spoznala sem ga kot laboratorijskega tehnika. Povedal je, da je bil na transfuzijskem tečaju leta 1959 in 1965.

Ob prijetnem kramljanju s kolegi je čas do pričetka svečanosti, ki ga je naznanila gospa Elvira Žibrat, hitro minil. Prvi govornik je bil direktor bolnišnice, prim. Gregor Pivec. V njemu lastnem prijetnem nagovoru je opisal pomembnost dela, ki so ga opravili in katerega krona je podelitev certifikata. Omenil je pomembnost standardov in kontroliranje ter povedal, da se zaveda, da jih čaka še veliko dela. Vendar, prvi kamen je položen in njegova zahvala zanj je toplo legla v prostor.

Iz ljubljanskega zavoda sta prispela direktor dr. Božidar Voljč, nedavno še minister za zdravstvo, in strokovna direktorica prim. Irena Brič, dr. med. Dr. Voljč je iskreno čestital in jedrnat omenil pomembnost proslave, saj je pokazala začetek neke nove poti – gradnje sistema kakovosti. Pri našem vsakodnevnem delu nas mora spremljati uporaba standardov, sprejeti je treba sistem kakovosti, saj nas na tem področju to povezuje z ostalim svetom, bolnikom pa želimo pomagati na najbolj kakovosten način. Za njim je spregovorila predstojnica oddelka prim. Vera Urlep Šalinovič, dr. med. Po pozdravnih besedah je sledil govor, ki ga prilagam.

Spoštovani!

Leta 1998 smo sodelovali v pilotnem projektu »Odličnost v zdravstvu« in leta 2001 prejeli priznanje. Stroka sama zahteva veliko elementov, ki jih vsebuje sistem kakovosti, kot so dosledno dokumentiranje postopkov in sledenje, saj kri kot biološko zdravilo nosi v sebi dejavnike tveganja, ki imajo lahko tudi pozne učinke.

Z vstopom v Evropsko unijo smo se tudi v zdravstvu srečali z zahtevami direktive za uvedbo sistema kakovosti. Odločili smo se za ISO 9001:2000, ki zahteva procesno vodenje in je usmerjeno k nenehnemu izboljševanju in izpolnjevanju zahtev odjemalcev (bolnikov, ki jih kliniki zdravijo s krvjo) in naših dobaviteljev krvodajalcev ter organizatorjev krvodajalstva – Rdečega križa.

Samo pripadnost in zavedanje, da smo že mnogo truda vložili v kakovost, da želimo ostati regionalni center za transfuzijsko medicino in skrbeti za varno, nemoteno in kakovostno preskrbo s krvjo naših bolnikov, so bili razlogi, da smo se odločili enoglasno. Kolektiv oddelka je vložil vso svojo pozitivno energijo v zastavljeni projekt; seveda pa brez razumevanja in naklonjenosti vodstva bolnišnice ne bi mogli ničesar storiti. Imenovali smo vodjo sistema kakovosti in projektno delovno skupino, ki je intenzivno pripravljala poslovnik kakovosti in vso zahtevano dokumentacijo. Ostali so opravljali vsakdanje obveznosti, saj je delo moralo teči nemoteno. Uvedba sistema kakovosti je tako rezultat dela vseh zaposlenih na oddelku; če bi manjkal eden izmed kamenčkov v tem mozaiku, bi bil le-ta nepopoln.

Začeli smo februarja letos s pomočjo gospe Brede Hajnrh, vodje kakovosti v bolnišnici, in zunanjega sodelavca gospoda Bojana Tomšiča, ki nas je strokovno vodil vse do zunanje presoje. Imeli smo več izobraževanj s področja kakovosti za vse zaposlene in posebej za notranje presojevalce. Bili so trenutki dokaj burnih usklajevanj, ki so vodila do opredelitve devetih procesov, med katerimi je pet procesov realizacije (preskrba s krvjo, virologija, imunohematologija, hemostaziologija in klinično-ambulantna dejavnost) s podprocesi in imenovanjem njihovih skrbnikov. V začetku julija smo izdali prvi poslovnik kakovosti, ki

smo ga dopolnili v začetku septembra. Notranjo presojo smo izvedli v sredini avgusta in izdali 14 priporočil ter ugotovili 17 neskladnosti, od katerih smo jih do vodstvenega pregleda 15. septembra 92 odstotkov odpravili; 19. septembra je bila zunanja presoja, ko smo izpolnili kriterije za doseg standarda ISO brez ugotovljenih neskladnosti.

Svoje dosedanje delo smo prenesli v poslovnik kakovosti, po katerem sedaj delamo. Sprijaznili smo se z doslednim beleženjem napak, za katere nas je bilo v začetku strah posledic, sedaj pa vemo, da je njihova zaznava in analiza priložnost za izboljšave. Upamo, da smo z uvedbo sistema kakovosti postali pravi temelj za njegovo širitev v bolnišnici. Imamo veliko volje, da sistem kakovosti vzdržujemo, ga dopolnjujemo in delujemo kakovostno na vseh ravneh našega delovanja, kar naj se odraža v strokovnih in poslovnih uspehih.

Z zahvalo vsem, ki so pomagali, in s stavkom: »Zavedamo se, da smo stopili na pot kakovosti, ki je nedokončana zgodba v skladu z rekom, da ni nič tako dobro, da ne bi moglo biti bolje,« je zaključila govor predstojnica oddelka za transfuziologijo SB Maribor prim. Vera Urlep Šalinovič.

Sledil je govor direktorja BVQI, gospoda Zorana Lekića, ki je predstojnici svečano predal certifikat za celotno dejavnost oddelka.

Po zaključnih besedah smo se podali v sosednjo sobo na prigrizek. Med vožnjo v Ljubljano (tokrat v avtu) sem premišljevala o dolgi poti, ki sem jo opravila v svojem strokovnem življenju, in o razvoju transfuzijske dejavnosti. ■

Ljerkla Glonar



<http://www.zzs-mcs.si>

# Pismo oražnovcem

Spoštovani oražnovci,  
drage kolegice in kolegi!

**V**esel sem, da je bilo leto 2005 za oražnovce pomembno in uspešno. Pomembno zato, ker je minilo 80 let od vselitve prvih študentov v Oražnov dom na Wolfovi, in uspešno, ker smo to obletnico tudi obeležili.

V januarju je RTV Slovenija namenila nekaj dragocenega časa dr. Ivanu Oražnu. Gospod Aleksander Čolnik je povabil nekaj oražnovcev na pogovor v Polnočni klub. Nastala je prijazna in odmevna oddaja, za katero smo mu oražnovci zelo hvaležni. Zdi se mi, da je dobro izbral sodelujoče in imenitno, kot on zna, vodil pogovor, ki je pritegnil gledalce in prikazal oražnovce skozi čas. Prizor s portretom in kipom dr. Ivana Oražna ter z dekansko verigo, narejeno iz Oražnovega zaklada, je gledalcem priklical pred oči tudi dr. Ivana Oražna. Sogovorniki, Nada Senica Piščanec, dr. med., oražnovka v petdesetih letih, absolvent medicine Marko Vrbnjak, sedanji oražnovec z Wolfove, doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec, oražnovska "posvojenka", in predsednik Kuratorija Oražnovega doma, seveda nismo mogli povedati vsega – vsak bi lahko dodal še kaj drugega in pomembnega – vendar je kljub temu večina gledalcev lahko začutila veličino dr. Ivana Oražna in pomen njegove zapuščine za študente medicine in stomatologije, za Medicinsko fakulteto v Ljubljani in tudi za Slovence nasploh.

Tudi sedanji oražnovci so se zelo izkazali. Organizirali so srečanje oražnovcev v Kostanjevici.

V soboto, 8. oktobra 2005, smo se zbrali pred rojstno hišo dr. Ivana Oražna, kjer nas je za dobrodošlico že čakal prigrizek in pijača. Mladi oražnovci so pripravili lep kulturni program in

položili venec k njegovemu kipu. Skupaj smo šli na grob Oražnove matere na kostanjeviškem pokopališču in tudi tam položili venec. Nato nas je Medicinska fakulteta, v imenu dr. Ivana Oražna, pogostila pri "Žolnirju" z dobrim kosilom in imenitnim cvičkom. Srečali smo se prijatelji in stari znanci. Znova so oživel dogodki iz let v Oražnovem domu. Škoda, da te zgodbe še niso napisane.

V letošnjem novembru so sedanje stanovalke Oražnovega doma na "Dolenjki" pripravile martinovanje. Njihovemu prijaznemu povabilu sva se odzvala dekan Medicinske fakultete in predsednik Kuratorija. S prof. dr. Dušanom Šuputom sva preživela lep večer med mladimi kolegicami, ki so pripravile obilo dobrot in povedale veliko zgodb.

Oražnovci na Wolfovi so sledili zgledu kolegic in v drugi polovici novembra pripravili večerjo. Tokrat se je, poleg dekana in predsednika Kuratorija, prijetnega večera udeležila tudi doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec, ki je vnesla v večer posebno prijazno vzdušje. Oba dogodka kar kličeta po zapisih!

Drage oražnovke in oražnovci, spet sem vam napisal pismo. Pričakujem vaše krajše ali daljše odgovore. Skrbno jih bom vložil v mapo, kjer se je nabralo do sedaj že 25 krajših in daljših zgodb za našo knjigo. Za vzpodbudo k pisanju prilagam tokrat prispevek Lojzeta Števanca, dr. med., ki je zares primeren zapis ob 80-letnici vselitve prvih študentov v Oražnov dijaški dom. Kot vidimo iz prispevka Lojzeta Števanca, dr. med., te častitljive obletnice lahko tudi ne bi bilo. Kar nekaj poguma, truda in iznajdljivosti je bilo treba v teh 80 letih, da je Oražnov dom ostal študentom medicine in Oražnov zaklad Medicinski fakulteti!

Z lepimi pozdravi in najboljšimi željami za leto 2006,  
vaš

Stane Repše,  
predsednik Kuratorija Oražnovega doma

Prispevke pošljite na naslov: Prof. dr. Stane Repše, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Klinični center, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, E-pošta: stane.repse@kclj.si



Pred rojstno hišo dr. Ivana Oražna ob srečanju v Kostanjevici 8. 10. 2005 (foto: Mihael Vrčkovnik, študent stomatologije)

## Oražnov dom nam hočejo zaseči

9. februarja 1959 sem se okrog 6. ure zvečer od doma vrnil v Oražnov dijaški dom (ODD), kjer sem stanoval že peto leto. Zlagal sem stvari iz kovčka, ko je v sobo prišla Francka Strmole, ki sem jo poznal iz Univerzitetnega odbora (UO), in hotela, da stopim na hodnik. Tam so bili: Plemenitaš, Čop, Popovič in še nekaj meni poznanih in nepoznanih ljudi iz UO-ja (katerega član sem bil).

Francka Strmole mi je na kratko povedala, da bodo našo stavbo na Miklošičevi 5 a podrl, ker mislijo tam graditi nek trgovski center. Študentje ne vedo, kam bi preselili svoje urade, čeprav se o tem že dalj časa pogajajo. V začetku so mislili, da bodo dobili prostore v domu poslancev, pa s tem ni bilo nič. Nato so jim ponujali gasilski dom pred Vodnikovim trgom. Bili so navdušeni, ker je dom v centru in ima veliko prostorov, ki

bi se jih z manjšimi investicijami dalo preurediti za njihove potrebe.

"Že smo mislili, da je dom naš, pa je zopet vse padlo v vodo." Ker bodo po napovedih stavbo že spomladi podrl, se morajo izseliti. Šli so k županu Dermastji, ki jim je povedal, da bi njihovim potrebam ustrezal ODD ali pa Mojzerjev dom. Ogrel se so za ODD, ker je v centru. S seboj so imeli "strokovnjake", ki bi na mestu samem

ugotovili, ali je potrebno kaj prezidati ali utrditi. Radi bi imeli dvorano, zato bi morali začeti z deli čim prej. Govorili so, kot da je že vse dokončno sklenjeno. Rekla je, da se bomo mi preselili na Gerbičevo. Bil sem presenečen. Kar razganjalo me je, a sem se obvladal. O tem nisem vedel ničesar. Na UO-ju o tem niso razpravljali, vse se je odvijalo v partijskih krogih, kjer me ni bilo. Nato so zahtevali načrt doma, ki ga, razumljivo, nisem imel. Tudi če bi ga imel, jim ga ne bi dal, ker za to nisem bil pristojen.

"Delegacija" je šla iz nadstropja v nadstropje. Vdirali so v sobe, kjer so kolegi sedeli za mizami pri knjigah ali pa v posteljah s knjigami v rokah in jih presenečeni gledali. V domu je bilo hladno, saj dom ni imel centralne kurjave. Molče so si ogledovali prostore, preizkušali so trdnost stropov s poskakovanjem, nato pa brez besed odšli.

Zjutraj sva s Cirilom Korparjem, ki je bil predsednik študentov v domu, o tem poročala upravniku Majcnu. Ni nama verjel. Rekel je, da bi moral o tem vendar on kaj vedeti, da bi morali prej njega vprašati, če bi bilo res kaj na tem, zato o tem ni treba razmišljati.

Meni vse to ni dalo miru. Čez dva dni sem šel na UO. Tam so imeli stvar za dokončno dejstvo. Izrazil sem začudenje, da to počnejo brez naše vednosti, da nas nihče ne vpraša, kaj mislimo in ali se strinjamo. Arogantno so trdili, da mi tu nimamo kaj misliti in se strinjati, ker je dom nacionaliziran. Dokazoval sem, da v tem primeru ne gre za vprašanje nacionalizacije in posmehljivo pripomnil, da je bil dom "nacionaliziran" že 8. marca 1921 z Oražnovo oporoko, v kateri ga je zapustil Medicinski fakulteti in dal v uporabo slovenskim študentom medicine. Eden je ugriznil in mi slaboumno dokazoval, da to ni bila nacionalizacija, ampak da je bil dom s tem aktom predan manjši ustanovi, ki je bila z novim zakonom o nacionalizaciji razlašena. Zvedel sem tudi, da je bil istega dne Maks Vreča pri Dermastji, ki mu je izročil načrt doma. S to stvarjo so se torej intenzivno ukvarjali.

Poisikal sem Cirila in Vinka, sekretarja partijske celice v domu, in jima povedal, kaj sem zvedel. Nezavzeto sta me poslušala in mi ponujala Majcnovo stališče. Komaj sem ju prepričal, da je Majcen pri tem nepomemben in ga lahko mimogrede odpihnejo. Smejala sta se mi. Šele takrat, ko sem jima povedal, da so nacionalizirali tudi študentsko parcelo v Ankananu, za katero sem se pred letom po nalogo UO-ja pogajal, da si dejavno prizadevajo za odvzem ODD, ne da bi kdor koli vprašal nas ali fakulteto, in da se bomo znašli pred dokončnim dejstvom, če ne bomo ničesar ukrenili, sta mi prisluhnila. Na koncu bomo nosili sramotno odgovornost pred našimi znanjci. Zamislila sta se. Naslednjega dne sta šla z Majcnom k tajniku fakultete in dekanu. Ciril mi je povedal, da se je dekan čudil, ker njega o tem ni nihče uradno obvestil.

Povedal je, da tu ni govora o nacionalizaciji, istega mnenja je bil tajnik, po poklicu pravnik, ukrenila pa nista nič.

V sredo je bil, kot po navadi, sestanek UO-ja, na katerem je bila glavna točka ODD, razdelitev prostorov in preselitev oražnovcev na Gerbičevo. Ko sem to zvedel, smo sestavili skupino in šli ponovno k dekanu. O stvari je vedel le toliko, kolikor smo mu mi povedali. Nihče mu ni ničesar povedal, čeprav gre za lastnino fakultete. Bil je odločen, da tega ne bodo dovolili, če bo treba, bodo stvar gnali do Beograda. Medtem so nekoga dne ponovno prišli v dom "strokovnjaki", brezobzirno so vdirali v sobe in jih merili, ne da bi kogar koli vprašali za dovoljenje. Kolegi, ki so že bili seznanjeni z dogajanjem, so jih nekaj časa gledali, nato pa s silo nagnali iz doma.

Govoril sem z Milanom Žuntarjem, kolegom iz letnika, ki je bil perfekt na Gerbičevi. Rekel je, da je na Gerbičevi blok, v katerem bivajo študenti medicine, da pa oražnovcev ne bo mogoče preselili vanj, ker je dom zaseden. Očitno je bilo, da nas mislijo preseliti v Mojzerjev dom, česar ne smemo dovoliti.

Z Jocom Žnidaršičem, ki je bil naš kolega na Medicinski fakulteti, kasneje pa se je posvetil fotografiji, sva se dogovorila, da bova ODD popularizirala. Nekajkrat je fotografiral dom, napravil nekaj posnetkov iz življenja študentov v njem, sam sem napisal komentar k fotografijam in kratko zgodovino doma. Joco je obljubil, da bo poskrbel, da bo reportaža objavljena v "Tovarišu", kjer ima v uredništvu znanca. Silil sem ga, naj objavo pospeši, da ne bi kdo zvedel in jo preprečil.

"Glavno je, da ljudje zvedo za Oražnovo oporoko, ker se bo lažje boriti v časopisih, če bo potrebno," sem rekel. Zavedal sem se, da je to "nož v hrbet UO-ju," kot so mi pozneje očitali. Vendar druge izbire ni bilo, če smo hoteli obraniti Oražnovo oporoko in dom prihodnjim rodovom študentov medicine.

V četrtek sem šel "vohat" na UO, kaj so sklenili v sredo na sestanku. Na UO-ju ni bilo nikogar, razen Maksa Vreče in administratorke Vere. Maks se je pogovarjal z nekim neznanim človekom, zato sem okupiral Vere. Rekla je, da je sestanek bil, da so načrt doma dobili od Dermastje, da pa so "strokovnjaki" iz načrta razbrali, da bo v dom težko vgraditi dvorano. Brez dvorane prostorov ne morejo sprejeti, ker ne vedo, kje bi imeli večje seje in vaje številnih kulturnih društev. Zmenili so se, da doma ne bodo pustili, zahtevali pa bodo, da jim v njegovem okviru zgradijo dvorano, kar so postavili kot pogoj za izselitev iz stavbe na Miklošičevi.

Vprašala me je, kako v ODD gledamo na to stvar. Mirno sem jo gledal in zvito rekel, da mi nimamo nič proti, če nam dajo prostor v enem od blokov študentskega naselja, pri čemer mora biti upoštevana Oražnovo oporoka in vgrajena plošča z odgovarjajočim sporočilom. V Mojzer-

jev dom pa da ne gremo.

Rekla je, da je bil na sestanku Vasja Klavara kot predstavnik študentov Medicinske fakultete in da je povedal, da bodo z Medicinsko fakulteto to težje uredili, kot so mislili. Na vprašanje, ali so se predstavniki študentov medicine strinjali, da se izprazni ODD za potrebe UO-ja, mi ni znala odgovoriti. Včeraj se niso nič konkretnega odločili in se verjetno v tem tednu tudi ne bodo, čeprav bi morali Dermastji poročati o svoji odločitvi. Vključil se je Maks in rekel, da ni bojzani, da bi se tako hitro selili.

23. februarja sva bila s Cirilom ponovno pri dekanu. Našla sva ga v pisarni.

"Kaj je novega?" naju je prijazno nagovoril. Seznanil sem ga, kaj je bilo doslej storjenega na UO-ju, o naših ukrepih sem molčal.

"Dobro, naj gredo v prostore kamor hočejo, vendar ne v ODD." Obljubil nama je, da bo pritegnil uglednega pravnikarja, univerzitetnega profesorja, ki se bo zavzel za to stvar. Predlagal je, da bi o vsem seznanili Slovensko zdravniško društvo. Bil sem mnenja, da še ni pravi čas, da pa bomo to storili, in če bo treba, bomo pritegnili tudi čim več starih oražnovcev.

Joco se je potrudil in držal besedo. Reportaža o ODD je izšla v "Tovarišu" na dveh straneh. Niti z besedico nismo omenili, da se kaj plete okrog njega.

Nato je vsa stvar sumljivo utihnila. 8. maja sem šel na UO. Dobila sva se z Janezom Čemazarjem, ki je medtem zamenjal Blaža Vrečka na predsedniškem mestu UO-ja. Nekako sva si postala blizu. Bil je ves čas zelo zaupljiv do mene. Povedal mi je, da Dermastja vztraja, da se preselijo v ODD, nam pa da bodo dodelili prostore na Gerbičevi. Dodelili jim bodo pet milijonov dinarjev, s katerimi bodo lahko obnovili prostore in zgradili dvorano.

"Dvorane v domu? Kako?" sem podvomil. "Zadostuje, da dva nekoliko trše stopita, pa se strese cela bajta. Nočem si predstavljati, kaj se bo zgodilo, ko bo dvajset parov zaplesalo polko. Pod se bo zrušil pod njimi, kar je gotovo." Zamislil se je in molčal.

Do selitve ni prišlo. Nastopile so počitnice. Medtem sem končal študij in Karči Trplan ter Tone Preložnik iz mestnega mladinskega komiteja sta me nagovorila, da sem med počitnicami delal kot sanitetni referent v študentskih delavnih brigadah pri gradnji ceste čez Trojane in pozneje še v Makedoniji.

12. novembra 1959 je bil zanimiv sestanek stanovalcev ODD, ki se ga je udeležil tudi Jože Lokar kot predstavnik študentov Medicinske fakultete. Na sestanku je prišlo na dan, da je študentska organizacija želela ustreči UO-ju in izseliti ODD, kar smo jim preprečili. Nekateri tega niso mogli prenesti, zaradi česar sem nosil posledice. ■

Lojze Števanec

## "Čutim, da zmorem"

Razstava likovnih del bolnikov Psihiatrične klinike Ljubljana (PKL)  
Razstavo je pripravil Atelje Psihiatrične klinike Ljubljana  
ob podpori farmacevtske družbe Pfizer.

Vabimo vas, da se udeležite razstave in dobrodelne dražbe slik petih avtorjev,  
ki bodo na ogled

**v Galeriji Kresija na Stritarjevi 6 v Ljubljani.**

Izkupiček dražbe je namenjen spodbudi in izboljšanju pogojev za nadaljnje ustvarjanje avtorjev razstavljenih del.

**Odprtje razstave z dražbo nekaterih umetnin bo 16. januarja 2006 ob 18. uri.  
Preostale slike si bo mogoče ogledati in kupiti do 21. januarja.**

Razstava je nastala v sodelovanju z Mestno občino Ljubljana.  
**Čutimo, da...** lahko pomagamo in skupaj naredimo korak naprej k razumevanju drugačnosti.

## Ogled slovenske zobozdravstvene zbirke

Študentke in študenti petega letnika stomatologije in medicine z Reke so 28. oktobra 2005 pod vodstvom prof. dr. Anteja Škrobonje obiskali Slovensko zobozdravstveno zbirko v Muzeju novejšje zgodovine v Celju. Študenti so vedno vedoželjni, zato se otroško razveselimo vsakega oglada, še posebno bodočih zdravnikov. Vsak razstavljeni inštrument,

pripomoček in vsak del opreme, ki ga otipamo in se z njim seznanimo, nam širi obzorje in naredi študij zgodovine medicine prijaznejši in manj teoretičen.

Orodje, najstarejše izvira iz prve polovice 17. stoletja, je bilo **prvič** razstavljeno leta 1990, na dan sv. Apolonije, zaščitnice zobobolnih. **Drugič** je bila zbirka, tedaj že kot stalna, slovenski javnosti na ogled leta 1993. Svojo

namestitev na 200 m<sup>2</sup> je zbirka doživela 22. septembra 2004. V tretje gre rado.

Razstavljene so tri stare zobne ordinacije in star zobotehnični laboratorij. Poleg tega smo smiselno uredili didaktični kotichek, kjer se otroci (vrtni, šole) seznanjajo z orodjem, ga otipajo in sedejo tudi na prastari zobozdravniški stol. Razstavo popestri še knjižnica s starimi zobozdravstvenimi knjigami in revijami.

Študenti so si ogledali celjske znamenitosti in se polni vzpodbudnih besed, presenečeni nad videnim, pozno popoldne odpravili proti Reki.

Zgodovina zobozdravstva, kamor sodi zgodovina zdravstvenega orodja, v svetu ni le teorija, temveč že davno tudi praksa zbiranja, ohranjanja, dokumentiranja, obnavljanja in predstavljanja inštrumentov, pripomočkov in opreme, pomembnih za razumevanje razvoja stroke. Izdelava, oblika in materiali odražajo družbo nekega časa ter razvojno stopnjo medicine, zdravstva nasploh. Zbirke, potem ko so urejene, bogato poplačajo delo zbirateljev, utrudljivo, ne z rožicami poslano in nikoli dokončano. ■

*Franc Štolfa*



## Zahvala

**Z**avod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je kot ključni plačnik zdravstvenih storitev in pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v letu 2005, prvič po petih letih, posloval pozitivno. To je dosežek, h kateremu ste tudi zdravniki in zobozdravniki prispevali pomemben delež zlasti s strokovno opravljenim delom, predanostjo medicini in poklicu ter z znanjem, s katerim smo skupaj uspešno odgovarjali na številne izzive nadaljnega razvoja sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji. Vsem zdravnikom in zobozdravnikom se zahvaljujem za sodelovanje v letu 2005!

*V novem letu 2006 vam želim obilo sreče, zdravja in uspehov!*

*Borut Miklavčič, generalni direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije*

## Mestna občina Ljubljana o javnem zdravstvu

**K**onec novembra je Mestna občina Ljubljana organizirala javno tribuno s temo Odgovornost lokalne skupnosti pri zagotavljanju javne zdravstvene službe. Kar šest uvodničarjev je predstavljalo svoje poglede ter poglede svojih institucij, žal v uradni del MOL ni uvrstila ne Zdravniške zbornice Slovenije ne Združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov. Predstavniki obeh so bili vabljeni zgolj kot publika, vendar brez možnosti jasno izraziti stališča izvajalcev, ki imajo, ne nazadnje, dolgoletne vsakodnevne izkušnje z delom s pacienti, iz katerih bi lahko izšel marsikateri dober strateško-organizacijski nasvet. Okroglo mizo je moderirala gospa Dunja Obersnel Kveder.

Namen javne tribune je bila pomoč mestni občini pri pripravi strategije razvoja zdravstvenega varstva občine do leta 2010. Zato je ponovno nerazumljivo, zakaj se je MOL odločila za tako jasno sporočanje svojih videnj, niso pa je zanimale širše izkušnje izvajalcev. Na tribuni je bilo neredko opaziti nerazumevanje pojmov "javno zdravstvo", ki je izzvenelo v ločevanje med zdravstvenim varstvom, ki ga zagotavlja zdravstveni dom, ter izločanjem izvajalcev koncesionarjev iz iste funkcije. Čeprav je županja, gospa Danica Simšič zagotavljala, da se zavzema za spremembe v korist ljudi, podeljevanje koncesij v Ljubljani ni steklo, kot da zadovoljni izvajalci ne koristijo ljudem. Opozorila pa je na bolj pereče vprašanje, ki ga pogosto zane-marjamo. V Ljubljano se vsak dan pripelje na

delo okoli 300.000 ljudi, okoli 80.000 mladih študentov prihaja iz drugih krajev Slovenije. Javna zdravstvena služba mora oskrbeti vse pomoči potrebne, zato so prebivalci Ljubljane pogosto prikrajšani, vsaj z daljšimi čakalnimi dobami. Velja opozorilo Ministrstvu za zdravje, da bo te podatke upoštevalo pri načrtovanju mreže zdravniških delovnih mest.

Ga. Sonja Borštner je kot uvodničarka s strani mestne občine opozorila, da od Ministrstva za zdravje pričakujejo, da bo kar najhitreje izdelalo mrežo. Predstavila je stališče MOL, da bo zdravstveni dom ostal nosilec sistema osnovnega zdravstvenega varstva, podrobno je tudi predstavila zahtevo MOL, da se zakonsko bolj podrobno opredeli podeljevanje koncesije ter pristojnosti občin na tem področju. Pri podeljevanju koncesij so občine sedaj svobodne, lahko se odločilo za javni razpis (kar nekaj jih je bilo objavljenih že tudi v reviji Isis), lahko odločajo o odobritvi vloge, podeljujejo jih po vrstnem redu vložene zahteve.

Vabljeni predavatelj, pravnik dr. Aleksij Mužina, je opredelil koncesijo kot **podelitev splošne oziroma posebne pravice** za izvajanje javne službe. Pravica sama še ne pomeni tudi pridobitve naročila, ki se obvezno podeli preko javnega razpisa. Opozoril je, da je zakonodajalec predvidel podelitev koncesije vsem prosilcem, ki izpolnjujejo pogoje, hkrati pa drug zakon nalaga občinam odgovornost za zagotavljanje delovanja zdravstvenih domov. Tega ne morejo zagotoviti brez širitve mreže, če zdravnik odide in odnese svoj del koncesije.

Mag. Julijana Breznik Mlakar je v literaturi poiskala dokaze, da se je z uvedbo koncesionarskih oblik zdravniškega dela poslabšalo zdravje prebivalcev. Učinek naj bi bil predvsem na področju zmanjšanja preventive. Nikjer ni omenila, da se je v zadnjih letih zmanjšalo število zdravnikov in zobozdravnikov, da se je družbeno socialno okolje spremenilo, kar je povzročilo drugačno epidemiologijo in večje število obiskov v ambulantah, ne nazadnje, da je bil uveden program preventive v osnovni zdravstveni dejavnosti, ne izjemno pozitivnih rezultatov preventivnih zobozdravniških akcij v šolah. Menila je, da je zasebno delo sprejemljivo le za zapolnjevanje vrzeli v odročnih krajih. Nikjer ni omenjeno dodatno financiranje v zdravstveni sistem, ki so ga zdravniki zasebniki investirali z lastnimi sredstvi.

Po vseh teh zahtevah, ki so bolj enostransko sporočale kot vabile k resnični poglobljeni razpravi in viziji razvoja, je Janez Remškar, dr. med., kot predstavnik Ministrstva za zdravje lahko le zaokrožil, da sedanji sistem morda res ni najboljši, je pa rešil slovensko zdravstvo v določenem prehodnem obdobju. Potrdil je, da ministrstvo pripravlja mrežo, pripravlja tudi sisteme za primerjavo zdravnikov med seboj ter možne poti za selekcionirano nagrajevanje zdravnikov. Opozoril je, da je Slovenija pred dvema mesecema prestopila mejo in imamo sedaj že več kot 15 odstotkov prebivalcev v kategoriji "starejši", čemur bo v prihodnje potrebno še bolj prilagoditi celotni sistem. ■

*Elizabeta Bobnar Najžer*

# Nujna (postkoitalna) hormonska kontracepcija

## Spoštovane kolegice in kolegi!

**Z**aradi zaustavitve dobave hormonskih pripravkov norlevo (levonorgestrelna nujna kontracepcija) in stedirila-d (klasična Yuzpejeva metoda nujne kontracepcije) predstavljamo druge možnosti nujne (postkoitalne) hormonske kontracepcije kot izhod v sili po nezaščitenem spolnem odnosu.

Mednarodno pomembne zdravstvene inštitucije (Food and Drug Administration, International Planned Parenthood Federa-

tion - IPPF) svetujejo, da se namesto običajne formule, ki jo ima stediril-d (0,05 mg etinilestradiola in 0,25 mg levonorgestrela v eni tableti; običajna formula za nujno kontracepcijo je 2 tableti čim prej in čez 12 ur še 2 tableti), lahko uporabljajo tudi ustrezni odmerki v drugih kontracepcijskih tabletah.

Po priporočilih IPPF (dostopno na: <http://www.ippf.org/ContentController.aspx?ID=5604>) se za nujno kontracepcijo enako učinkovito uporabljajo kontracepcijske tablete z 0,03 mg etinilestradiola in 0,15 mg levonorgestrela v eni tableti. Od ustreznih pripravkov so trenutno na voljo pri nas:

- stediril-m,
- microgynon,

- rigevidon.

V primeru uporabe teh pripravkov je potrebno vzeti čim prej 4 tablete naenkrat, čez 12 ur pa še 4 tablete. Formula je torej 4 + 4. Še vedno velja, da je prve tablete potrebno vzeti najkasneje v 72 urah pa nezaščitenem odnosu.

Za pravilno in učinkovito uporabo nujne kontracepcije bi bilo dobro, da so o možnostih nujne kontracepcije in natančni formuli obveščeni vsi zdravstveni delavci, ki prihajajo v stik s pacientkami, ki iščejo pomoč. Za dodatne informacije lahko pokličete na tel. 01 522 61 83 ali 01 522 60 29. ■

*Bojana Pinter, Alenka Pretnar Darovec*



## Usmeritve za delo glavnega odbora in zaupnikov Fidesa v zavodih

**D**elegati XV. letne konference Fidesa, sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, so sprejeli naslednje usmeritve za delo glavnega odbora in zaupnikov Fidesa v zavodih:

1. V primeru, da v okviru pogajanj za nov sistem plač v javnem sektorju ne bo prišlo do zadovoljivih rešitev za zdravnike ali če se nov plačni sistem še ne bo uveljavil, se začnejo ustanavljati združenja zdravnikov, ki se bodo pogajala o vrednosti dela zdravnikov izven sistema javnih uslužbencev.
2. V pogajanjih za kolektivno pogodbo za javni sektor in kolektivno pogodbo

za zdravnike in zobozdravnike morajo pogajalci Fidesa vztrajati na umestitvi zdravnikov v plačne razrede, ki izhajajo iz nerealiziranega dela aneksa iz leta 2000.

3. Fides si mora prizadevati za ureditev vseh posebnosti delovnih razmerij zdravnikov v poklicni kolektivni pogodbi. Glavni odbor naj vztraja, da morajo biti najvišje plače zdravnikov, ki opravljajo zdravniško službo, primerljive s plačami najvišjih funkcionarjev v vejah oblasti.
4. Glavni odbor naj tudi v prihodnje dejavno sodeluje pri razreševanju problemov, s katerimi se srečujejo mladi zdravniki, predvsem sekundarji in specializanti, zlasti glede vrednotenja dežurstev, organizacije

specializacij ter ostalih delavnopravnih in socialnih vprašanj.

5. Glavni odbor naj v sodelovanju z Zdravniško zbornico in Slovenskim zdravniškim društvom, če to ni mogoče, pa sam, ustanovi odbor za zaščito pravic zdravnikov.
6. Sindikalni zaupniki naj intenzivneje prenašajo sklepe glavnega odbora Fidesa v zavode in poročajo centrali o aktualnih problemih na ravni zavoda. V zavodih naj skrbijo za osveščanje zdravnikov o njihovih pravicah. ■

V Ljubljani, dne 9. 12. 2005

*Predsednik delovnega predsedstva letne konference: Ivan Mrzlikar*



## Navodila za cepljenje proti klopnemu meningoencefalitisu

**V** Sloveniji cepljenje proti klopnemu meningoencefalitisu opredeljujejo Zakon o nalezljivih boleznih (1), Pravilnik o cepljenju, zaščiti z zdravili in varstvu pred vnosom in razširjenjem nalezljivih boleznih (2) in vsakoletni Program imunoprofilakse in kemoprofilakse (3).

Zakon o nalezljivih boleznih (1) in Pravilnik (2) določata, da je cepljenje proti klopnemu meningoencefalitisu **obvezno** za osebe, ki so pri svojem delu ali praktičnem pouku izpostavljene okužbi z virusom klopnega meningoencefalitisa.

Program imunoprofilakse in kemoprofilakse (3) opredeljuje **program imunoprofilakse za osebe, ki so pri opravljanju dela izpostavljene nalezljivim boleznim**. Med ostalimi cepljenji, ki so obvezna za te osebe, je navedeno tudi cepljenje proti klopnemu meningoencefalitisu.

“Cepljenje je obvezno za osebe, ki so pri svojem delu izpostavljene nevarnosti okužbe z virusom klopnega meningoencefalitisa.”

Poleg tega Program imunoprofilakse in kemoprofilakse vsako leto opredeli **program imunoprofilakse za učence, dijake in študente** za naslednje šolsko leto, kjer je med obveznimi cepljenji navedeno tudi cepljenje proti klopnemu meningoencefalitisu.

“Cepljenje je obvezno za dijake in študente, ki so pri praktičnih vajah izpostavljeni nevarnosti okužbe.”

Glede na Program (3) je cepljenje proti klopnemu meningoencefalitisu **priporočljivo** za vse osebe, starejše od 1 leta, ki bivajo ali bodo dejavne na endemskem območju.

Cepljenje se opravi z mrtvim cepivom proti klopnemu meningoencefalitisu, ki je primerno glede na starost (odmerek 0,25 ml za <16 let, 0,5 ml za ≥16 let). Bazično cepljenje se praviloma opravi s tremi odmerki cepiva intramuskularno v deltoidno mišico. Cepimo lahko sočasno z drugimi cepivi (živimi ali mrtvimi), vendar ne na isto mesto.

Shema cepljenja:

- prvi odmerek
- drugi odmerek od 1 do 3 mesece po prvem odmerku
- tretji odmerek od 9 do 12 mesecev po drugem odmerku ("običajna shema")

Prvo obnovitveno cepljenje se opravi z enim odmerkom cepiva tri leta po tretjem odmerku, naslednja obnovitvena cepljenja pa na pet let. Po 60. letu starosti se priporoča obnovitveno cepljenje na tri leta.

Cepljenje s prvima dvema odmerkoma naj se po možnosti opravi v zimskih mesecih, da dosežemo zaščito pred začetkom sezone dejavnosti klopov. Če začnemo s cepljenjem šele v poletnih mesecih, je priporočljivo dati drugi odmerek cepiva že dva tedna po prvem, da čim prej dosežemo zaščitno raven protiteles ("hitra shema": drugi odmerek 14 dni po prvem, tretji odmerek od 9 do 12 mesecev po drugem).

Če oseba ni prejela odmerkov po shemi, ki je priporočena za doseganje optimalnega rezultata, so največji dopustni razmiki med odmerki:

- eno leto med 1. in 2. odmerkom
- osem let med 2. in 3. odmerkom ali med obnovitvenimi odmerki (4)

Pri daljših razmikih je potrebno cepljenje začeti znova ali preveriti učinek cepljenja s serološkim testiranjem dva tedna po obnovitvenem odmerku (zaščitna raven protiteles IgG >126 VIE U/ml, nekateri proizvajalci >60 U/ml).

V primeru vboda klopa pred prvim odmerkom ali v 14 dneh po prvem odmerku ta odmerek ne prepreči možnosti pojava klopnega meningoencefalitisa. Uporaba cepiva za namen poekspozicijske profilakse ni priporočljiva (5). V primeru, da oseba po prvem odmerku opazi prisesanega klopa, lahko damo drugi odmerek po shemi (običajni ali hitri), vendar obenem opozorimo osebo, da vseeno obstaja možnost pojava boleznii.

Zaščitne s specifičnimi hiperimunoglobulini po izpostavljenosti virusu klopnega meningoencefalitisa, enako kot v številnih evropskih državah (6), ne priporočamo.

Osebe, ki so prebolele klopni meningoencefalitis (serološko dokazan), so zaščitene proti boleznii in ne potrebujejo cepljenja.

Kontraindikacije za cepljenje:

- akutna vročinska bolezen
- huda alergična reakcija po predhodnem odmerku cepiva na sestavino cepiva ali na jajčne beljakovine.

Pri osebi z avtoimunsko boleznijo ali sumom na tako bolezen je potrebno pretehtati neugoden vpliv cepljenja na avtoimunsko bolezen in tveganje okužbe z virusom klopnega meningoencefalitisa, čeprav ni nobenega dokaza, ki bi potrjeval domnevo, da cepljenje lahko sproži avtoimunost ali poslabša potek avtoimunske boleznii.

Varnost cepiva za uporabo med nosečnostjo in dojenjem ni bila ustrezno ocenjena v kontroliranih kliničnih študijah, zato cepimo nosečnice le po skrbni individualni presoji možnega tveganja in koristi (5).

Pri imunsko oslabiljenih osebah cepljenje ni kontraindicirano, priporočamo pa preverjanje učinka cepljenja s serološkim testiranjem približno štiri tedne po drugem odmerku. Če ni bilo ustreznega odziva, ponovimo drugi odmerek. Tretji odmerek damo po običajni shemi. ■

Marta Grgič Vitek

Viri:

1. Zakon o nalezljivih boleznih. Ur. l. RS, št. 69/95.
2. Pravilnik o cepljenju, zaščiti z zdravili in varstvu pred vnosom in razširjenjem nalezljivih boleznii. Ur. l. RS, št. 16/99.
3. Program imunoprofilakse in kemoprofilakse za leto 2005. Ur. l. RS, št. 20/05.
4. Immuno. Tick-borne encephalitis (TBE) and its immunoprophylaxis. Vienna: Immuno AG;1991:47.
5. Barrett PN, Dorner F, Ehrlich H, Plotkin SA. Tick-Borne Encephalitis Virus Vaccine. In: Plotkin SA, Orenstein WA. Vaccines. Saunders Elsevier, 2004: 1049.
6. Kunze U, Asokliene L, Bektimirov T et al. Klopni meningoencefalitis v otroštvu - consensus 2004. Zdrav Vestn 2004; 73:611-4.

\* Navodila smo pripravili na Oddelku za program cepljenja Centra za nalezljive bolezni IVZ RS v sodelovanju s koordinatorko cepljenja. Za dragocene pripombe se najlepše zahvaljujemo prof. dr. Francu Strletru.



# Zdravniški koncert – osrednji stanovski kulturni dogodek v Ljubljani

Pavle Kornhauser

Ob zaključku Plečnikovih spominskih dni, strokovni prireditvi predkliničnih inštitutov ljubljanske Medicinske fakultete (MF), ki združi teorijo in prakso, je že 36. zapored potekal koncert, na katerem so nastopili zdravniki in njihovi sodelavci.

**Z**adnjih pet let je prizorišče tega kulturnega dogodka velika dvorana Slovenske filharmonije (SF). Več kakor celo desetletje smo nastopali v Narodni galeriji, ko pa se je pokazalo, da je premalo prostora za vedno večji obisk, smo se preselili v atrij Narodnega muzeja. Tudi ta je postal preozek in ko se je obnovila častitljiva stavba Slovenske filharmonije, so zdravniški koncerti dobili nov dom, upam, za naslednja desetletja.

Zamisel za sklepni koncert po interfakultativnem seminarju predkliničnih inštitutov ljubljanske MF se je porodila patologu, profesorju Ivanu Lenartu, široko razgledanemu razumniku, obenem ljubiteljskem glasbeniku – čelistu. Dobro se spominjam prvega zdravniškega koncerta v glavni dvorani Narodne galerije, saj sem tudi sam sodeloval kot pianist. Od takrat naprej, vse do danes, sta mi oba začetnika



Združeni trije zbori so zapeli Odo radosti L. van Beethovna. (Foto: Matej Cerar)



Letos najboljše študentke in študente na izpitih iz predkliničnih predmetov je nagradil dekan MF, profesor Dušan Šuput. Na odru so s svojimi mamicami. (Foto: Janez Kotar)

teh spominskih dni, profesorja Lenart in Dolenc, zaupala pripravo umetniškega programa in na odru sem se vsa leta naprej pojavljal tudi kot "konferansje", ki je predstavljala avtorje del in izvajalce (sedaj to nalogo uspešno opravlja predsednica Kulturno-umetniškega društva KC in MF dr. Lojz Kraigher, docentka Zvonka Zupanič Slavec). Profesor Lenart si verjetno ni predstavljala, da bo ta prireditev postala kulturni dogodek za slovensko prestolnico, dokaz ljubiteljske umetniške dejavnosti zdravnikov, primer, ki ga ne poznajo osrednja bolnišnična in fakultetna središča v Evropi.

Zadovoljen sem, ker je tudi letošnji zdravniški koncert, 2. decembra 2005 zvečer, tako imenitno uspel. Ne le vsebinsko – po izbiri glasbe in kakovostni izvedbi skladb, temveč tudi organizacijsko in družabno. Velika dvorana SF je bila polno zasedena, "režija" na odru brezhibna. Kot še nikoli doslej (verjetno tudi na nobeni drugi prireditvi) se je tega

– za zdravnike – osrednjega kulturnega dogodka udeležil ves vabljeni "medicinski vrh" na Slovenskem: rektorica ljubljanske univerze profesorica Andreja Kocijančič, dekan MF profesor Dušan Šuput, oba predsednika naših stanovskih organizacij – SZD in ZZS, profesorja Pavel Poredoš in Vladislav Pegan, generalna direktorica KC Darinka Miklavčič, glavna medicinska sestra KC Erna Kos Grabnar, generalni direktor zdravstvenega zavarovanja – ZZSZ Borut Miklavčič in še številni drugi ugledni zdravniki in Ljubljančani. Koncerta se je udeležil tudi dekan Akademije za glasbo profesor Pavel Mihelčič. Dekan MF je podelil najboljšim študentom predkliničnih predmetov priznanje in darilo, marsikateri mamici, ki so spremljale nagrajence, se je orosilo oko ... (Po dolgih letih smo med izbrane ponovno zapisali študenta, saj so doslej prevladovala dekleta!) Profesorica Nina Gale, predstojnica Inštituta za patologijo MF, je izročila diplomu, Plečnikovo priznanje, letošnjima nagrajenkama za dejavnost na področju patologije: zdravnicama – profesorici Nini Zidar in Andreji Zidar (nista v sorodstvu!). Že več kot desetletje častni predsednik Plečnikovih memorialov, akademik profesor Dušan Ferluga, je uvodoma orisal zgodovino teh strokovnih srečanj in zdravniških koncer-



Priznanje profesorja Janeza Plečnika sta prejeli Andreja Zidar in profesorica Nina Zidar iz rok predstojnice Inštituta za patologijo profesorice Nine Gale. (Foto: Matej Cerar)



Na odru je prvič nastopila skupina s citrami: zdravnica Maja Frangež, violinist, študent Andrej Gubenšek, oboist, stomatolog Jure Volk in vokalistka, absolventka medicine Vlasta Rožman. (Foto: Janez Kotar)

tor ter ustvaril prijetno razpoloženje za poslušanje glasbe, ki so jo izvajali kolegizdravniki in študenti medicine.

Že skoraj od prvih zdravniških koncertov smo vedno začeli spored s himno: sprva je bila to Carmen medicorum (skladba mojega zagrebškega profesorja glasbe, Rudolfa Matza), potem je za našo prireditev vodilni mariborski kirurg, primarij Janko Držečnik, spesnil Votum Hypocratis, pred dvema letoma so prvič združeni zbori našega KUD-a: Cor – zbor študentov medicine, mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč in zbor Vox medicorum, pod vodstvom Venčeslava Zadavca, zapeli slavnostno Odo radosti iz 9. simfonije L. van Beethovna. Spored

se je nadaljeval umirjeno: prvič smo na odru poslušali citre, nanje je igrala mlada zdravnica Maja Frangež, za veliko dvorano kar prešibko glasbilo, zato sem za nastop predlagal manjšo komorno zasedbo: violino (Andrej Gubenšek, študent 2. letnika MF), oboo (asist. Jure Volk, stomatolog v KC) in vokal (Vlasta Rožman, absolventka medicine). Izvedli so "venček narodnih" (hudomušno pravim ornitološko usmerjenih pesmi, ker so zapeli "o ptičkih"), ki jih je za ta *ad hoc* ansambel pripravil profesor Tomaž Plahutnik. Sledil je nastop klavirskega dua (ki ga že poznamo s prejšnjih koncertov) Polone Maver in Andraža Cerarja, oba sta študenta 5. letnika MF, z virtuozno tristavčno



Klavirski duo, Polona Maver in Andraž Cerar, oba študenta medicine 5. letnika, sta ponovno nastopila na zdravniškem koncertu. (Foto: Janez Kotar)



Prvič pri nas je bil javno izveden Veliki klavirski sekstet Mihaela Glinka (1. stavek, v celoti bo na sporedu 20. junija 2006 v cerkvi sv. Jakoba). Igrali so: Pavle Kornhauser, klavir, Marko Zupan, 1. violina, Andrej Gubenšek, 2. violina, Vilim Demšar, viola, Tanja Babnik Šoštarčič, violončelo, Filip Križanič, kontrabas. (Foto: Janez Kotar)

skladbo sodobnega francoskega skladatelja Dariusa Milhauda. Tako kakor že zadnjih dvajset let, sta na zdravniškem koncertu nastopila oba pevka zbora KUD-a – dr. Bogdan Derč in Vox medicorum, slednjega vodi muzikolog Tomaž Faganel. Na sporedu so bile ponarodele skladbe domačih avtorjev. Poslušalci poznajo in cenijo oba zbora zaradi doživetega in ubranelega petja. Prvi stavek iz Klavirskega seksteta ruskega skladatelja iz prve polovice 19. stoletja, Mihaela Glinke, je izvedla zdravniška komorna skupina Pro medico (kot "šesti" je sodeloval kontrabasist Filip Križanič). (Namesto onkologa profesorja Rudolfa, ki mu želimo, da pozdravi bolno ramo, je nastopila čelistka ljubljanskega filharmoničnega orkestra, Tanja Babnik Šoštarčič). Spevna in ritmična glasba (prva izvedba v Ljubljani!), ki po melodičnosti spominja na Chopina, je (kot sem med družabnim srečanjem slišal "kritike") prijetno presenetila poslušalce. Sklepna točka koncerta – odlomki iz mjuziklov, s sodelovanjem solistov, zborom in orkestrom, je bila, seveda, višek skoraj dveurnega sporeda. Profesor Ferluga me je "v nagovoru" celo vprašal, zakaj sem izbral, prvič na naših koncertih, "zabavni program" ... Sicer smo že pred dvema letoma na koncertu uspešno speljali zahteven projekt, predstavili smo znano opero G. Gershwinu iz življenja ameriških črncev Porgy in Bess. Tudi takrat so sodelovali orkester, solisti in zbor. Letos sem povabil našo kolegico, plastično kirurginjo Barbaro Čokl, da bi nastopila kot pevka z znanimi melodijami iz nekaterih mjuziklov: ko je svoj nastop odpovedala zaradi zdravstvenih težav, je ostalo premalo časa za celovit spored le z "domačimi" zbori. Kot *deus ex machina*

se je pokazal odlični mladinski pevski zbor srednješolcev Veter, ki deluje pod okriljem Glasbene mladine Slovenije, saj so v angleščini že peli songe iz mjuzikla Fantom iz opere A. L. Webbra in iz Nesrečnikov A. Boubliila in C. M. Schönberga.

Zborovodkinja Urša Lah je pristala, da bo nastopila z nami, zdravniki. Ker je zdravniški orkester Camerata medica odklonil sodelovanje, smo morali na hitro okrepite glasbeno jedro – komorno sestavo Pro medico – z lju-

biteljskimi in tudi profesionalnimi glasbeniki, tako da je nastal pravi "simfonični orkester". Morali smo prilagoditi tudi partituro za zmogljivost orkestra, zlasti za pihalce, ki so nam bili na razpolago. Nalogo je uspešno opravil skladatelj Rok Golob (z zahtevnim honorarjem, ta "problem" so nepričakovano odstranili naši sponzorji!). Kot solista sta nastopila Vlasta Rožman, študentka medicine, in s krajšim odlomkom, Boris Klun, upokojeni profesor nevrokirurgije. Tenorist Jernej Strah je v duetu z Vlasto nepozabno zapel vlogo Raula. Za skupne vaje je pred koncertom preostalo bore malo časa, prostorsko smo jih rešili z uvidevnostjo Akademije za glasbo, da smo lahko uporabljali njihovo dvorano. Sprva skeptična dirigentka zbora, Urša Lah, je na koncertu glasbeno uspešno združila pevce zbora Veter in orkestrske glasbenike Pro medico (naj poudarim vlogo jazz-pianista, onkologa docenta Hotimirja Lešničarja!) in pripeljala s songom *One day more* mjuzikl do zmagovitega konca. Takega navdušenja poslušalcev na zdravniških koncertih še nisem doživel!

K ustreznemu razpoloženju in dobremu razumevanju glasbe je s svojim povezovalnim besedilom prispevala docentka Zvonka Zupanič Slavec. S častnim predsednikom Plečnikovih spominskih dni, akademikom profesorjem Dušanom Ferlugo, sva se po zadnji točki koncerta zahvalila izvajalcem, ki so pokazali več kot le ljubiteljsko obvladovanje glasbe, in tudi občinstvu v dvorani Filharmonije, ki je že desetletja zvesto našim zdravniškim koncer-



S svojo prisotnostjo so zdravniški koncert počastili vodilni v našem zdravstvu (v prvi vrsti): rektorica ljubljanske Univerze, profesorica Andreja Kocijančič, dekan MF, profesor Dušan Šuput, minister za zdravje, magister Andrej Bručan, predsednika SZD in ZZS, profesorja Pavel Poredoš in Vladislav Pegan, generalna direktorica KC Darinka Miklavčič, generalni direktor ZZS, Borut Miklavčič, ter številni ugledni zdravniki in Ljubljanci. (Foto: Matej Cerar)



Na odru Slovenske filharmonije je mladinski pevski zbor Veter, zdravniški orkester Pro medico s solisti: Vlasto Rožman, sopran, Jernejem Strahom, tenor, in basistom Borisom Klunom. Dirigirala je Urša Lah. (Foto: Janez Kotar)

tom. Poustvarjalna umetniška dejavnost naših zdravnikov nima primerjave nikjer v Evropi (verjetno tudi na drugih celinah ne)!

In še to, dekan MF, profesor Šuput, je udeležence koncerta pristrčno povabil na sprejem v vseh prostorih SF. Ob kozarcu vina in sadnih

sokov ter sladkih dobrotah se je nadaljevalo prijetno druženje skoraj do polnočnih ur.

Zahvala naj velja tudi sponzorjem, ki so finančno podprli izvedbo koncerta.



Po navdušenem ploskanju mojstrsko izvedenih songov iz mjuziklov Fantom iz opere in Nesrečniki so se izvajalcem zahvalili častni predsednik Plečnikovih spominskih dni akademik Dušan Ferluga, docentka Zvonka Zupanič Slavec, ki je poslušalce vodila skozi spored in profesor Pavle Kornhauser, ki je tudi letos vsebinsko oblikoval zdravniški koncert. (Foto: Matej Cerar)

## Ob ustanovitvi Fundacije prim. dr. Janka Držečnika

Erih Tetičkovič

**D**ruštvo za zdravje srca in ožilja za Maribor in Podravje je v zadnjih letih izvedlo nekaj odmevnih dobredelnih akcij.

Poleg osnovnega poslanstva – preventivne in osveščanja ljudi na področju srčno-žilnih in možgansko-žilnih bolezni – je dobredelnost prav tako pomemben del društvene dejavnosti.

Letos poleti je avtor prispevka predlagal,

da društvo ustanovi dobrodelno fundacijo, katere namen naj bi bil pomagati študentu medicine na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru s štipendijo, ki bi jo podeljevali na začetku vsakega študijskega leta. Poleg izrednega učnega uspeha bi moral kandidat za štipendijo izpolnjevati tudi druge, s posebnim aktom predpisane pogoje, pri čemer bi bile upoštevane tudi njegove socialne težave.

2. 9. 2005 je bil na seji izvršilnega odbora

društva soglasno potrjen predlog o ustanovitvi fundacije, prav tako pa tudi avtorjev predlog, da nosi fundacija ime po uglednem mariborskem zdravniku, kirurgu, znanstveniku, človeku izjemnega duha in širokih obzorij, učitelju in prijatelju številnih generacij mladih zdravnikov – prim. dr. Janku Držečniku.

Prim. dr. Janko Držečnik se je rodil 1913 v Orlici na Pohorju kot sin zavednih kmečkih staršev. Verjetno so mu ob rojstvu sojenice pol-

ožile v zibelko poseben dar – doseči nesluteno višino razuma in duha, enako kot njegovemu bratu, nekdanjemu mariborskemu škofu, dr. Maksimiljanju Držečniku.

Po končanem študiju medicine v Zagrebu leta 1939 je pričel svojo poklicno pot v mariborski bolnišnici, ki ji je ostal zvest vse do svoje upokojitve leta 1984. Veliko zaslug gre pripisati prim. dr. Janku Držečniku, težko jih je strniti v le nekaj vrstic. Reorganiziral je celotni kirurški oddelek v smeri nadaljnje subspecializacije, pri čemer je osnoval tudi oddelek za torakalno kirurgijo, ki ga je vodil od leta 1954 do 1965 in ga pomagal razvijati tudi pozneje. Leta 1965 je bil imenovan za predstojnika kirurških oddelkov, 1978 pa za strokovnega vodjo kirurških oddelkov Splošne bolnišnice Maribor. To funkcijo je z zagnanostjo in ponosom opravljal vse do upokojitve.

Bogato strokovno znanje je pridobival na različnih klinikah nekdanje Jugoslavije, pa tudi po Evropi – od Gradca, Dunaja, Pariza, Londona do Stockholma. Kot ugleden kirurg je postal član Mednarodnega združenja kirurgov. V letih od 1980 do 1984 je bil predsednik kirurške sekcije Slovenskega zdravniškega društva, bil je član medicinske sekcije terminološke komisije pri Slovenski akademiji znanosti in umetnosti. Veliko je prispeval k lepi, čisti slovenski strokovni medicinski besedi, ki jo je



Ustanovno listino Fundacije prim. dr. Janka Držečnika je v imenu sorodnikov sprejela primarijeva hči, mag. Livija Požar Držečnik, dr. med.

znal negovati. Tako je poznan tudi kot soavtor knjige Slovenski zdravstveni besednjak.

Poleg rutinske kirurgije je med prvimi pričel sodelovati tudi pri razvoju eksperimentalne kirurgije, predvsem z graško univerzo. Bil je tudi med prvimi slovenskimi zdravniki, ki so se lotili operacije na srcu.

Za svoje izjemno delo na področju medicine, pa tudi na drugih področjih, je bil leta 1984 odlikovan z redom dela z zlatim vencem, 1992 pa je bil sprejet v častno članstvo Slovenskega zdravniškega društva.

Poleg neizbrisnih sledi, ki jih je zapustil v slovenski medicini, je prim. dr. Janko Držečnik svoje življenje posvečal tudi umetnosti, zlasti glasbi. Leta 1972 je v verzih zapisal Hipokratovo prisego in jo tudi uglasbil. Bil je intelektualna veličina, izjemen poznavalec zgodovine, astrologije, poliglot, skonstruiral je večni koledar v obliki tabele, tako za gregorijanski kot julijanski koledar. Prav tako je izdelal tabelo premakljivih praznikov. Malo ljudi ve, da je izračunal natančni datum Kristusovega križanja, kar je objavila tudi Mohorjeva družba.

Moralni lik zdravnika je gradil na dveh načelih: na načelu, starem več kot tisoč let – spoštuj in ceni ljudi enako kakor samega sebe, ter na lepem slovenskem načelu – ne le kar mora, kar more, je mož dolžan storiti. Mlajše kolege je znal velikokrat poučiti, da mora biti osnovno vodilo zdravnika, vse svoje delo usmeriti k zdravljenju in obvarovanju življenja, ne glede na to, ali gre za antičnega, srednjeveškega ali novodobnega zdravnika.

Prim. dr. Janko Držečnik je bil odličen in dobrohoten učitelj, ki je vzpodbujal k samostojnemu razmišljanju in znal usmerjati hotenja drugih, znal je mlajše kolege naučiti razumsko gledati na kirurške probleme. Nikoli ni odklonil strokovne pomoči nikomur, ki jo je iskal pri njem. Pri spodrsrlaju ni bil strog sodnik, temveč razumevajoč tolažnik in učitelj z vedno dobrim nasvetom.

Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo je 18. 10. 2005 izdalo odločbo o soglasju k ustanovitvi Fundacije prim. dr. Janka Držečnika. Na večer sv. Martina, ki ni poznan le kot zaščitnik dobre kapljice, marveč tudi kot dobrodelnik, smo v Kazinski dvorani SNG Maribor svečano razglasili ustanovitev fundacije. Svečanost, ki so se je poleg ministra za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo, dr. Jureta Zupana, mariborskega župana Borisa Soviča, in dr. Franca Krambergerja, mariborskega škofa ordinarija, udeležili visoki predstavniki mariborskega visokošolskega, političnega, medicinskega in kulturnega življenja, je vodila igralka Alenka Tetičkovič. Po Hipokratovi prisegi, ki jo je zapel Moški pevski zbor NKB Maribor, je sledil čudovit umetniški prispevek, ki so ga poklonili ugledni umetniki Janez Lotrič, Petja Ivanova in Jaki Jurgec ob spremljavi Olge Pečenyjeve.

Znameniti primadonni Ondini Otti Klasinc (zdaj svetovno znani Lotrič je bil med njenimi učenci) je Društvo za srce podelilo za dolgoletne zasluge pri humanitarnih akcijah prvo kristalno srce, izdelek umetniških rok



Idejni oče fundacije prim. dr. Janka Držečnika prim. prof. dr. Erih Tetičkovič, dr. med., je izročil listino o ustanovitvi fundacije predsedniku Društva za zdravje srca in ožilja za Maribor in Podravje prim. Mirku Bombku, dr. med.



Prvo kristalno srce – simbolično priznanje društva, je prejela ugledna mariborska primadona Ondina Otta Klasinc.

steklarjev iz Rogaške Slatine, simbolično priznanje, ki ga bomo poslej podelili na vsakoletni svečanosti najzaslužnejšim Mariborčanom za njihovo humanitarno delovanje.

Pod vodstvom znanega dražitelja Mitje Mršola je potekala tudi dražba umetniških del, ki so jih za fundacijo darovali Galerija LM Festič in Galerija Hest, akademski slikarji Rado Jerič, Simon Kajtna, Viktor Šest, Jože Denko in akademska kiparka Vlasta Zorko. Izkupiček prodaje pomeni sijajen začetek Držečnikove fundacije, saj smo zbrali 2.560.000 tolarjev. Najdražje je bila prodana slika Maribor na vodi Hama Ibrulja (darilo Galerije LM iz Maribora), ki jo je za 850.000 tolarjev kupilo svetovalno podjetje Finea – ITO oziroma njen direktor Miklavž Borec, medtem ko je NKB Maribor, ki je bila pokroviteljica celotne akcije, kupila Staro trto Rada Jeriča za 600.000 tolarjev.

Res sijajen začetek, saj se je še pred sklepno svečanostjo – humanitarnim plesom z naslovom Maribor pleše v Evropi, ki je bil v Festivalni dvorani Lent v Mariboru 18. 11. 2005, zbralo z dodatnimi donacijami na računu fundacije 3.000.000 tolarjev. Čisti izkupiček humanitarnega plesa bo to vrednost zagotovo še povečal.

Skoraj sto estradnih umetnikov iz domovine in sosednjih evropskih dežel se je brez honorarja odzvalo našemu vabilu in nam pričaralo nepozabno noč na Lentu. Celo rokovska

legenda Casey Jonnes je priletel iz Anglije, oder je bil skoraj premajhen za orkester Jessa Robina z Dunaja. Višek umetniškega užitka sta nam podarila enkratna umetnica na električnem čelu Ana Rucner iz Zagreba, ki je pri

22 letih znana že po vsem svetu, ter virtuoz na cimbalah Adam Bickey s svojo skupino. Prešerno vzdušje so ustvarili: štajterski legendi Alfi Nipič in Edvin Fliser, brhka Saša Lendero, tokrat najpopularnejši duet Werner in Brigita Šuler, svetovni prvak na diatonični harmoniki Denis Novato s plesno skupino Lucky lips iz Anna studia, spomine na lepe, stare čase sta obujala Marko Novosel in Darko Domjan iz Zagreba, prisotne so bile tudi domače rokovske zvezde Ave. Manjkala ni niti sestra Franja iz Naše male klinike, ki je povedala marsikatero o svojih težavah pri sprejemanju ženitvenih ponudb.

Polnočno slavlje je bilo namenjeno dolgoletnemu zvestemu prijatelju Martinu Sagnerju – Dudku, ki je pomagal pri nizu humanitarnih akcij v Mariboru, začel pri akciji S pesmijo in srcem za otroke s cerebralno paralizo. Iz nje se je pozneje razvil današnji Sonček. Za svoje delo je prav tako prejel priznanje v obliki kristalnega srca. Ob spremljavi ljudskih godcev Marija Snežna nas je s preprosto pesmijo znova spomnil na marsikatero resnico, ki jo včasih pozabljamo. "Nikoli ne pozabite svojega prelepega jezika," je zaključil svoj nastop.

Z občutkom, da smo storili nekaj lepega, dobrega, smo se ob prvih letošnjih snežinkah izgubljali v zgodnje jutro.

Prepričani smo, da bo fundacija zaživela, kakor smo si želeli. Ime prim. dr. Janka Držečnika v fundaciji pa bo le skromno, vendar spoštljivo spominjanje na njegovo duhovno veličino. ■



Prijeten pogovor ministra Zupana in njegove soproge, mariborskega župana Borisa Soviča in direktorja fundacije.

# Intervju s prof. Stigom Bengmarkom

Eldar M. Gadžijev

Rojen je bil 10. aprila 1929 v Östervåli na Švedskem. Diplomiral je na Medicinski fakulteti Univerze v Lundu leta 1956 in dve leti pozneje 1958 tam tudi doktoriral.

Častni gostujoči profesor na UCL Univerze v Londonu od 1999

Profesor kirurgije na Univerzi v Lundu 1970 – 1994

Predstojnik katedre za kirurgijo na Univerzi v Lundu 1970 – 1992

Glavni kirurg (predstojnik oddelka za kirurgijo), Univerzitetna bolnišnica Lund 1970 – 1991

Ustanovni generalni sekretar Svetovne hepato-pankreato-biliarne zveze 1986 – 1990

Novoizvoljeni predsednik in predsednik Svetovne hepato-pankreato-biliarne zveze 1990 – 1994

Predsednik Evropskega združenja za raziskave v kirurgiji 1971 – 1972

Novoizvoljeni predsednik in predsednik društva kirurških infekcij v Evropi 1987 – 1989

Član izvršilnega odbora več mednarodnih medicinskih združenj, med njimi tudi Evropskega društva raziskav v kirurgiji 1970 – 1974, CICD 1970 – 1975, Mednarodnega kirurškega društva 1972 – 1976

Član številnih mednarodnih poklicnih organizacij

Glavni urednik World Journal of HPB Surgery 1987 – 1993

Član uredniškega odbora številnih medicinskih revij

Prejemnik več časti in nagrad

Večkrat povabljen za gostujočega profesorja, med drugim so ga vabili tudi British Journal of Surgery in avstralsko združenje za raziskave v kirurgiji.

Povabljen k Academii Europaei – Evropski akademiji – drugi kirurg med vsemi, ki je bil povabljen, da se včlani.

Častni član dveh kirurških univerz – FRCS Austral 1990, Royal College of Physicians and Surgeons Glasgow – FRPS Glasgow 1993

Častni/dopisni član več nacionalnih in mednarodnih združenj v Braziliji, Kataloniji (Španija), Kolumbiji, Nemčiji (nekdanja vzhodna Nemčija), Italiji, na Norveškem in Poljskem

Častni član Mednarodnega hepato-pankreato-biliarnega združenja

Častni član Avstralskega društva za raziskave v kirurgiji

Častni član Evropskega združenja za raziskave v kirurgiji

Častni član Mednarodnega hepato-pankreato-biliarnega združenja

Več častnih profesor po svetu

Avtor približno 1000 izvirmih člankov in poglavij v učbenikih in priločnikih

Mentor približno 110 doktorandom, od tega kar 98 v Lundu med letoma 1970 in 1994

Mnogi sodelavci, nekdanji kolegi so bili imenovani za redne in izredne profesorje, podoktorske štipendiste na Švedskem in po svetu.



**Stig, bil si in si še eden najproduktivnejših raziskovalcev v kirurgiji in klinični prehrani. Povej nam, prosim, nekaj o svojem raziskovalnem delu.**

Začel sem kot anatom leta 1950. V svoji doktorski disertaciji sem raziskoval embrionalni razvoj in rast prostatične žleze. Opisal sem, kako smrt celice prispeva k razvoju tkiva. To je bilo davno, preden je bila skovana beseda apoptoza. Začel sem s kulturo tkiva v laboratoriju, da bi preučeval vpliv hormonov na prostatično tkivo. Kmalu pa me je začela zanimati tako rast jetrnega tkiva kot tudi vpliv raznih dejavnikov na jetrno obnavljanje pri poskusnih živalih. S kirurškim delom sem začel leta 1958 in napravil prvo jetrno resekcijo leta 1962. Verjetno sem kot prvi v Evropi specializiral HPB (hepato-pankreato-biliarno) kirurgijo, hitro pa sta mi sledila nekoliko mlajša L. Blumgart in H. Bismuth. Ker se naša imena začnejo z B so nas pogosto označevali kot tri B-je in včasih poimenovali kot Bacha, Beethovna in Brahmsa v kirurgiji HPB. Hitro sem se odločil, da bom svojo pozornost usmeril na kirurške zaplete, posebno na okužbe in prirastline, kar me je pripeljalo na področje vnetja, imunologije in prehrane, kjer poskušam še danes kaj prispevati.

**Bil si ustanovitelj in prvi predsednik mednarodnega združenja HPB. Opiši nam, prosim, kako je prišlo do tega in kakšen pomen ima to združenje danes?**

Zgodaj sem začutil, da je treba deliti in širiti naše znanje iz kirurgije HPB s kirurgi iz drugih držav. S svojimi sodelavci sem vrsto let organiziral mednarodne tečaje kirurgije HPB, ki so bili zelo dobro obiskani. Kmalu se je oblikoval predlog, da bi se, podobno kakor kirurški specialisti drugih specialnosti, tudi HPB-kirurgi organizirali v združenje in imeli svojo evropsko revijo. Zato sem v osemdesetih letih v Lundu organiziral prvi svetovni kongres HPB. Močno verjamem v izmenjavo mnenj kot orodje, s katerim lahko dvignemo standarde v medicini po vsem svetu. Prav tako je pomembno, da negujemo prijateljstvo med HPB-kirurgi na vsej zemeljski obli, k čemur odlično pripomorejo svetovna združenja.

**Profesor Stig Bengmark, mislim, da se zavedaš, da si pomembno vplival na razvoj HPB-kirurgije v naši deželi. Prav na tvojo pobudo, s tvojo podporo in sodelovanjem smo v Ljubljani šest let organizirali mednarodno hepato-biliarno šolo. Poleg tega si podpiral naša raziskovanja na področju jetrne anatomije in nas vzpodbudil k pisanju in izdaji "Atlasa notanjih jetrnih struktur", ki je izšel pri ugledni mednarodni založbi Springer-Verlag. Kako danes gledaš na to in kaj priporočiš zdravnikom pri kliničnih raziskavah?**

Ko se je bližala moja upokojitev, sem vedel, da bom težko nadaljeval s tečaji na univerzi v Lundu. Mnogo mojih tečajnikov je bilo iz južne Evrope in HPB-šola v Ljubljani je ponudila možnost nadaljevati širjenje znanja HPB-kirurgije, tudi v dežele vzhodne Evrope. Anatomija je osnova kirurgije in kot anatom sem na začetku svoje poklicne poti delal s slavnim anatomom, profesorjem Hjortsjöm. V Ljubljani sem bil pozitivno presenečen in navdušen nad napredkom in poznavanjem notranje jetrne anatomije, zato sem tako navdušen podprl objavo takšne knjige. Moje osebno trdno mnenje je, da morajo biti raziskave usmerjene k temu, da bi postala kirurgija kar najbolj varna. Kako pomembno je to, kaže dejstvo, da imamo, vsemu napredku intenzivne medicine in farmacije

navkljub, še vedno skoraj enako pogoste kirurške okužbe, tromboze in posledice operiranja, na primer prirastline, kakor pred leti. Možno je, da je tako, ker vsi živimo vse bolj nenormalno življenje, polno stresov, smo premalo fizično dejavni, imamo slabe prehranjevalne navade. Vse skupaj dviga raven kroničnih vnetij v organizmu, tako da smo lahka tarča pretiranega vnetnega odgovora, čemur sledi pareza imunskega sistema in zmanjšana odpornost za bolezni. Mehanizmi so podobni kakor pri kroničnih boleznih. Farmacevtska industrija ni uspela zaustaviti epidemije akutnih in kroničnih bolezni na Zemlji! Človeštvo hudo potrebuje drugačen način preprečevanja bolezni in tudi koncepte zdravljenja. Upam in želim si, da bo več mladih raziskovalcev usmerilo svoje napore v povečanje imunske sposobnosti in odpornosti proti boleznim.

### **Kako se je zgodilo, da si postal iz slavnega HPB-kirurga raziskovalec težav hranjenja in poznavalec imunske vloge črevesja?**

Po pomoti se je zgodilo, da sta samo dve tretjini mojih bolnikov, ki sem jim resecciral jetra, dobili antibiotično profilakso. Vendar v skupini, ki ni dobila antibiotikov, ni bilo okužb; vse okužbe so bile le pri resecciranih bolnikih, ki so dobili antibiotike. To me je vzpodbudilo, da sem začel raziskovati črevesno floro in hranjenje. Danes vemo, da je od 70 do 80 odstotkov imunskega sistema telesa lokaliziranih prav v gastrointestinalnem traktu. Hranjenje in črevesna flora vplivata na našo odpornost na bolezni bolj kot karkoli drugega in sta za izhod zdravljenja bistveni.

### **Po vsem svetu imaš svoje študente, ki so ali bili na tvoji šoli HPB v Lundu ali sodelujejo pri tvojih raziskavah. Bistveno si pripomogel k uveljavljanju in širjenju sodobnih načel hranjenja pri kirurških bolnikih in na sploh. Kakšen razvoj pričakuješ na tem področju v prihodnosti?**

Že ko sem bil še mlad, sem ugotavljal, da bolnikom ležanje v postelji ne pomaga – celo škodi jim. Pozneje v življenju sem ugotovil, da imata stradanje in parenteralna prehrana podoben učinek. Mi kot zdravniki smo v preteklosti stvari zapletli bolj, kakor so zapletene same po sebi. Že dolgo zagovarjam kratko hospitalizacijo in ambulantno kirurgijo. No, in danes na mnogih koncih sveta delajo holecistektomije ambulantno in po resekciji debelega črevesa odpuščajo bolnika domov drugi pooperativni dan. Potrebujemo manj bolnišnic, kakor mislimo – le do tri na milijon prebivalcev. Pogoj za to, da bolniki kmalu zapustijo bolnišnico, je, da čim prej po operaciji uživajo normalno hrano, kar je ob upoštevanju sodobnih načel zdravljenja skoraj vedno lahko izvedljivo. Verjamem v to, da bi se morala sodobna medicina usmeriti v organiziranje „centrov zdravja“, ki bi se posvečali preventivi, namesto da se osredotoča na bolnišnično zdravljenje. Zaustaviti moramo „cunami“ kroničnih bolezni! Zahodne družbe ne bodo zmogle bremen zdravstvene oskrbe, če ne bo prišlo do tega.

### **Med prvim slovenskim kongresom o klinični prehrani novembra 2005 v Mariboru so poslušalci za tvoje predavanje pokazali izredno zanimanje. Ali lahko našim bralcem opišeš bistvene poudarke in sporočila svojega prispevka?**

Moje sporočilo je, da delajmo preprosto in naravno. V preteklosti smo preveč zapletali stvari. Spoznati moramo, da tako preveč kot tudi premalo hranjenja škoduje. Skrben nadzor ravni sladkorja v krvi, izogibanje se, če se le da, transfuzijam krvi in zdravlilom, kot so H2-blokatorji in antibiotiki, ker vse to povečuje vnetni odgovor, ki je predhodnik pareze imunskega sistema in zapletov, kot so pooperativne okužbe, tromboze in nastajanje prirastlin. Treba je opomniti tudi na to, da del hrane zahodnega sveta, kot so na primer mlečni izdelki in žitarice z glutenom, vsebuje sestavine, ki dvigajo „temperaturo“ vnetnega pro-



cesa v telesu in zmanjšujejo odpornost na bolezni. Zato bi morala biti osnova prehrane rastlinska hrana, kolikor se le da, posebej taka, ki je bogata z antioksidanti, kot so polifenoli in flavonoidi. Vzdrževanje in nadomeščanje črevesne flore je tudi zelo pomembno.

### **Si član Evropske akademije in tudi neredko skupaj s politiki, ki se ukvarjajo z zdravstveno politiko. Kakšen razvoj zdravstva v Evropi si želiš v prihodnosti, da bo lahko kos gospodarskim težavam?**

„Cunami“ kroničnih bolezni bo povsem uničil nacionalne zdravstvene programe po svetu, če ga ne bomo uspeli zaustaviti. Stroški zdravstva v ZDA so danes 5000 dolarjev za prebivalca na leto. Predvideva se, da se bodo do leta 2011 podvojili na 10.000 dolarjev. Ni je države, ki bi zmogla takšno finančno breme. Skoraj 20 odstotkov stroškov gre za zdravila, ki pa neredko z neželenimi učinki povzročajo druge zdravstvene težave pa tudi zlorabo.

Potrebujemo popolnoma novo strategijo v zdravstvu, ki bo usmerjena v preventivo, v kateri bi sodelovali učitelji, duhovniki, športniki in drugi, ki bi izobraževali ljudi na področju OHRANJANJA zdravja. Namesto, da se osredotočamo na bolnišnice praktično v vsakem mestu, bi bilo bolj prav organizirati „centre zdravja“ z ambulantno oskrbo, kjer bi delali tako splošni zdravniki kot specialisti. Denar, ki bi ga prav drastično prihranili z zmanjšanjem števila bolnišnic, bi bil koristno uporabljen za organiziranje takšnih centrov za zdravje. ■



# Zdravstveno-ekonomski vidiki zdravljenja neplodnosti v Sloveniji

Veljko Vlaisavljevič

## Strateški razvoj reproduktivne medicine ◆

V zadnjih dveh desetletjih je razvoj tehnik asistiranе reprodukcije (ART) ali, kot jih imenujemo pri nas, oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP) povzročil osamosvojitve reproduktivne medicine kot enakovrednega, tretjega dela klasične ginekologije in porodništva. Visoka uspešnost zdravljenja s tehnikami OBMP (danes po uspešnosti presega verjetnost za naravno spočetje v enem menstrualnem ciklusu, v vseh reproduktivnih obdobjih!) je razširila tudi indikacije za zdravljenje z OBMP (npr. "urgentni OBMP" v poznem reproduktivnem obdobju). To je privedlo do prevrednotenja mesta in vrednosti kirurških tehnik zdravljenja neplodnosti ter uvrstilo tudi zdravljenje moške neplodnosti v (skoraj izključno) domeno ginekološke službe. Ali smo bili na te spremembe, ki so se zgodile v zadnjih desetih letih, pripravljeni? Ali smo pripravljeni reorganizirati ginekološko službo za sprejemanje tega novega izziva?

V zadnjem času interes za zdravljenje neplodnosti spodbujajo tudi negativni demografski trendi v naši državi. Starost žensk ob prvem porodu se vztrajno zvišuje, rodnost pa je med najnižjimi v Evropi. Kljub dejstvu, da sedaj rojeva najštevilčnejša generacija žensk v rodnem obdobju, se negativni prirastek prebivalstva povečuje! Ob pomanjkanju drugih mehanizmov uravnavanja prebivalstvene politike se zdravljenje neplodnih parov ponuja kot možnost, da se število otrok poveča v skupini prebivalcev, ki bi to želeli, pa jim ne uspe. Vendar, koliko pa je neplodnih med nami?

Razmah tehnik OBMP je zaradi učinkovitejšega načrtovanja zdravstvene politike povečal interes za epidemiološke raziskave problema neplodnosti. Strokovna poročila ugotavljajo, da neplodnosti ni mogoče preprečevati s preventivnimi ukrepi. Pregledni rezultati epidemioloških raziskav razvitih evropskih držav kažejo, da:

- 4 odstotke parov, ki si želijo otroka, ostane brez potomstva;
- 4 do 6 odstotkov parov ne uspe zaploditi drugega otroka;
- 10 do 16 odstotkov parov ima izkušnje z obravnavo primarne neplodnosti,
- 6 do 17 odstotkov parov ima izkušnje z obravnavo sekundarne neplodnosti;
- bo okoli 15 odstotkov prebivalstva v rodnem (fertilnem) obdobju iskalo medicinski nasvet zaradi neplodnosti.

V Sloveniji je čez 500.000 žena v rodnem obdobju. Ob predpostavki, da je tri četrtine rodnih žensk v kakršnem koli družinskem razmerju, to pomeni, da ima 57.547 parov probleme z neplodnostjo (15 odstotkov prebivalstva). Torej problem ni tako redek ali celo zanemarljiv.

Kljub opredeljevanju neplodnosti kot bolezni zdravstvena politika pogosto ne sledi javno sprejetim načelom. Nesporno je, da je odnos, tudi medicinske javnosti, bistveno drugačen v primeru uporabe in dostopnosti kirurških (danes skoraj izključno endoskopskih) metod za zdravljenje jajcevodov, kot je do tehnik OBMP. Uporaba zunajtelesne

oploditve (IVF) ali injiciranja semenčice v citoplazmo jajčne celice (ICSI), ki ju najpogosteje uporabimo za zdravljenje stanja "neimetja otrok", puščata bolnico oziroma bolnika še naprej neplodna (zaprti jajcevodi ali premajhno število semenčic), tako kot sta bila pred "zdravljenjem" neplodnosti z omenjenima metodama.

Razvoj in uspešna uporaba OBMP je vsekakor največji, morda celo najpomembnejši dogodek v razvoju ginekologije v zadnjih petindvajsetih letih. Težko je oceniti cenovno učinkovitost (cost benefit) postopka OBMP in ga primerjati z drugimi metodami zdravljenja, saj je skoraj nemogoče primerjati metodo OBMP, ki ustvari novo življenje, z drugimi vrstami zdravljenja, pri katerih ocenjujemo ohranjanje ali podaljševanje življenja.

Materialna sredstva za zdravljenje neplodnosti so v slovenskem zdravstvu najverjetneje razpršena in še vedno pod vplivom nekdanjih možnosti za zdravljenje neplodnosti, ko je bila le-ta pogosto vezana na vse ginekološke oddelke v državi. Takratni doktrini primerno so imeli ustrezno število bolniških postelj za to dejavnost. Temu strošku so v 80. letih dodali stroške zdravljenja neplodnosti z zunajtelesno oploditvijo (IVF), ki je bila nato celo desetletje vezana le na en center v Sloveniji (Ljubljano).

Razvoj OBMP v Evropi je šel v smeri večje dostopnosti metode. Zato se je število centrov v državah EU hitro povečevalo in tako je zdravljenje postalo bolj dostopno (en center na približno 250.000 prebivalcev). Pojav nove metode za zdravljenje moške neplodnosti: metode injiciranja semenčice v jajčno celico (ICSI) pa je za 50 odstotkov povečal število možnih parov za OBMP. Ta metoda je postala skoraj izključna možnost za zdravljenje moške neplodnosti. Ginekološka služba je v zadnjem desetletju zaradi OBMP prevzela zdravljenje preko 90 odstotkov vseh vzrokov moške neplodnosti, tako da je le nezaten seznam bolezenskih stanj prepuščen zdravljenju pri drugih specialistih (predvsem urologih).

Spremembam v doktrini zdravljenja neplodnosti je sledilo zmanjševanje bolnišničnega dela zdravljenja in prenos večine opravljenega dela v ambulanto. Trend evropske reproduktivne medicine je: velika dostopnost zdravljenja, izogibanje bolnišničnemu zdravljenju in prilaganje stroke obravnavi "zdravih" ljudi, ki so le neplodni.

Najpomembnejša razlika med slovenskim položajem in sodobnimi trendi v reproduktivni medicini je v čakalni dobi za diagnostiko in posege. Samo želimo si lahko, da bomo tudi mi obravnavali naše bolnike po doktrinarnih načelih v t. i. enodnevnih klinikah ("one day clinic" ali "one stop clinic"), kjer bodo vso diagnostiko in nasvet za zdravljenje dobili že ob prvem obisku centra.

V Mariboru smo zmanjšali število bolniških postelj, namenjenih reproduktivni medicini, s prejšnjih 50 na 15 ter večino dejavnosti prenesli v ambulante. Ob tem se žal ni spremenil kadrovski normativ za reproduktivno medicino in so čakalne dobe za zdravljenje neplodnosti postale nesprejemljivo dolge (v Mariboru 5 mesecev za pregled in ambulantno obravnavo neplodnosti, za OBMP pa še več!). Namesto da bi

sledili tujim zgledom, ko se neplodnost obravnava po načelu popolne diagnostike v enem dnevu (torej popolna endokrinološka, laboratorijska, endoskopska ter ehografska obdelava para), ob enem obisku, pomanjkanje kadrov in premajhno število ambulant za zdravljenje neplodnosti onemogoča sodobno in bolniku prijazno ambulantno obravnavo neplodnosti.

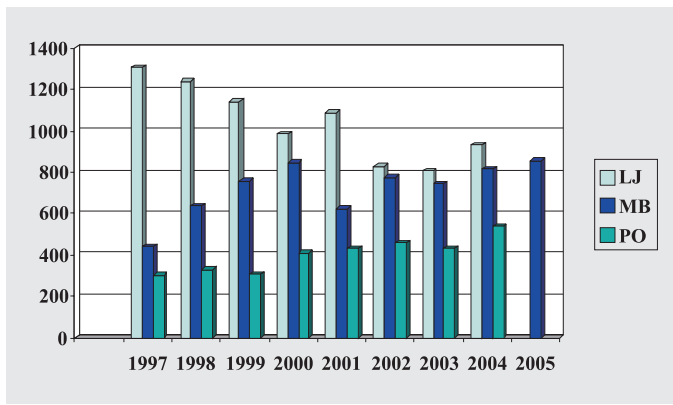
## Slovenija in OBMP

Kljub dolgi tradiciji klinično uspešnih programov OBMP smo šele leta 2000 dobili ustrezno zakonodajo, ki je uredila to občutljivo področje. Morda je plačilo za relativno pozno sprejetje zakona njegova kakovost, saj sodi med zelo sodobne primere zakonodaje v evropskem prostoru.

Licenco za opravljanje postopkov OBMP so v letu 2000 dobili vsi trije slovenski centri (Ljubljana, Maribor, Postojna). Vsi ostali ginekološki oddelki so zaradi spremenjenih doktrinarnih stališč ostali brez možnosti za izvajanje učinkovitih metod zdravljenja. Po veljavni zakonski ureditvi morajo imeti licenco tudi za opravljanje homoložnih inseminacij.

### Število ciklusov OBMP (IVF, ICSI in TESA/E) v Sloveniji

(Niso upoštevani IUI in ET odmrznjenih zarodkov, podatki do 30.11.2005)



Vir: Državna komisija za OBMP

## Kaj pa kirurški načini zdravljenja neplodnosti?

Ta oblika zdravljenja se danes opravlja bistveno redkeje in le pri izbranih bolnicah. Splošno slab izid kirurškega zdravljenja jajcevodov je namreč potrjen v mnogih analizah rezultatov zdravljenja. Ob dejstvu, da je uspešnost operativnega zdravljenja proksimalne okluzije jajcevodov visoka, saj po operaciji rodi 50 odstotkov bolnic, v primeru distalne okluzije jajcevodov pa 20 do 30 odstotkov, se to zgodi šele po dveh do treh letih spremljanja operiranih bolnic. Zato je kirurško zdravljenje sprejemljivo le za mlade bolnice. Enak rezultat lahko dosežemo že ob enem postopku IVF! In ker bolnice po operaciji ne želijo čakati še dve ali tri leta, pogosto v tem času želijo opraviti tudi postopek zdravljenja z IVF, kar je podvojen in neopravičen pristop (s stroškovnega stališča oziroma stališča zdravstvene blagajne). Tako se v obdobju OBMP postavlja vprašanje, ali ima kirurško zdravljenje jajcevodov sploh še enako veljavo kot pred obdobjem OBMP. Namreč, ob 4-odstotni mesečni plodnosti po operativnem posegu (zelo optimističen izračun!) na jajcevodih je le-ta bistveno nižja od povprečne mesečne plodnosti plodnih parov v rodnem obdobju (20 do 25 odstotkov) ali plodnosti para v enem po-

stopku IVF (danes pomembno presega 25 odstotkov).

Torej dejstvo, da je strošek za spočetje enega otroka z IVF manjši kot strošek kirurškega zdravljenja jajcevodov, ne šteje. Takšen tradicionalistični pristop botruje praksi, da se za kirurške postopke odločamo hitreje, tudi takrat, ko le-ti niso ovrednoteni po načelu z dokazi podprte medicine (evidence based medicine). Brez težav dobijo mesto med rutinskimi in jih priporočijo kot prvo metodo odpravljanja vzrokov za neplodnost (npr. priporočilo za odstranitev pregrade v maternici (glej Isis, junij 2005).

Delež sredstev zdravstvene blagajne, namenjen zdravljenju neplodnosti, ni velik, možni razvoj metod OBMP v prihodnosti zahteva analizo dejanske uspešnosti zdravljenja, tudi skozi ekonomske kazalnike. Takšen pristop je v mnogih evropskih državah praksa, ki pripelje do sorazmerno pogostih ponovnih opredelitev prednostnih nalog in obsega zdravljenja z OBMP. Zato evropske države prilagajajo svoje programe novim dognanjem o varnosti OBMP (skandinavske države) in dostopnosti OBMP.

Najpogosteje analizirani kazalniki so:

- **uspešnost metode (efficacy)**, da doseže zastavljeni cilj (rojstvo otroka) ob optimalnih pogojih uporabe;
- **učinkovitost metode (effectiveness)** z upoštevanjem dobrih in slabih lastnosti metode, ko jo uporabljamo v medicinski praksi;
- **cenovna učinkovitost (efficiency ali cost-effectiveness)**, ki zajema stroške opravljenega postopka OBMP in jih primerja z izidom zdravljenja (porodom). Najpogosteje je izražena kot strošek na en porod ali strošek postopka OBMP na enega rojenega otroka,
- **dostopnost metode (availability)**, ki opredeli razmerje med številom opravljenih postopkov in številom prebivalcev, ki morda potrebujejo OBMP.

## Koliko otrok se rodi po spočetju v slovenskih centrih za OBMP?

Ugled slovenske reproduktivne medicine v evropskem prostoru je velik, naši rezultati dosegajo vrh evropske kakovosti. To je tudi letos razvidno iz publikacije registra pri Evropski federaciji za humano reprodukcijo in embriologijo (ESHRE). To ne pomeni, da ne bi mogli še bolje organizirati te dejavnosti reproduktivne medicine.

Po podatkih treh slovenskih centrov za OBMP se v Sloveniji spočne z metodami zunajtelesne oploditve skoraj **3,2 odstotka rojenih otrok (leta 2002 kar 648 otrok!)**. V mariborskem centru vsako leto pomagamo **do spočetja in rojstva okoli 300 otrokom!**

Padeč rodnosti in negativni vitalni kazalci v zadnjem desetletju, ko število slovenskega prebivalstva nenehno upada, še bolj poudarjajo skrb za vsakega rojenega otroka.

Čeprav velja, da s postopki OBMP ne moremo veliko vplivati na prebivalstveno politiko, pa delež otrok, spočetih z OBMP, med vsemi rojenimi otroki v nekaterih zahodnoevropskih državah in v Sloveniji že presega tri odstotke. V letu 2002 je delež tako spočetih otrok na Danskem dosegel šest odstotkov, v letošnjem letu pa predvidevajo, da jih bo celo 10 odstotkov med vsemi rojenimi. Slovenija je po dostopnosti postopkov IVF/ICSI v skupini najrazvitejših evropskih držav (za Dansko, Finsko, Švedsko in Islandijo), za nami je torej večina držav EU.

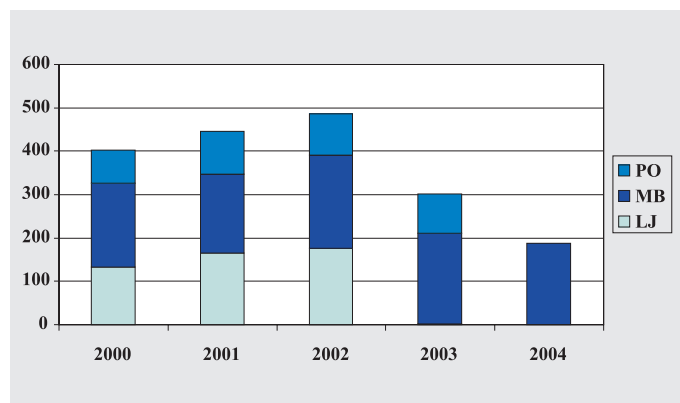
Med leti 2000 in 2004 se je rodilo 1336 otrok, spočetih v laboratoriju za OBMP v Mariboru. V našem centru smo v preteklih 15 letih veliko pozornosti posvečali sporazumevanju s pari in jih imeli za enakovrnostne partnerje pri dogovorih za zdravljenje. Rezultat našega prizadevanja je leta 1988 ustanovljeno Društvo neplodnih parov FIVET (Fertilisatio In Vitro Embrio Transfer). Naše rezultate redno objavljamo v bolnišničnem

glasilo in na spletni strani našega centra ([www.ivf-mb.net](http://www.ivf-mb.net)).

V tabeli je prikazano število porodov otrok, spočetih z IVF/ICSI v "svežem" ciklusu OBMP (torej brez upoštevanja otrok, rojenih po prenosu odmrznjenih zarodkov). Za leto 2003 manjka podatek ljubljanske klinike (ki še ni dosegljiv), za leto 2004 pa tudi podatek centra v Postojni.

Temu številu je potrebno dodati še porode otrok, rojenih iz ciklusov z odmrznjenimi zarodki. Njihovo število je relativno majhno (okoli 50 otrok na leto), saj je uspešnost ciklusov OBMP z odmrznjenimi zarodki v Sloveniji nekoliko pod evropskim povprečjem (glej zadnje poročilo Evropskega registra, 2005).

### Število porodov otrok, spočetih z OBMP v Sloveniji

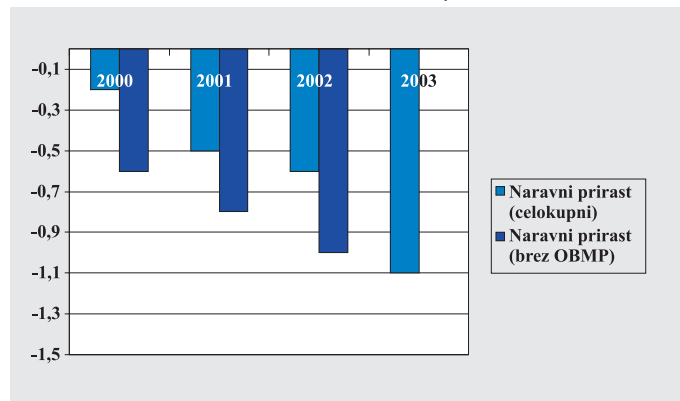


Vir: Državna komisija za OBMP

Ali otroci, spočeti z zdravljenjem neplodnosti, lahko spremenijo negativne demografske kazalnike?

Število otrok, ki so spočeti po zdravljenju neplodnosti, ni znano zaradi nepopolnih podatkov o rezultatih zdravljenja neplodnosti (tudi kirurško zdravljenje in zdravljenje z zdravili v vseh slovenskih ginekoloških ambulantah). Jasno je, da z OBMP ne moremo pomembno izboljšati sicer zelo neugodnega demografskega stanja v državi. Iz podatkov, ki se nanašajo le na otroke, spočete z OBMP, pa je razvidno, da bi bil brez "prispevka" števila otrok, spočetih z OBMP, k številu rojstev v Sloveniji ta negativni prirastek za polovico večji.

### Demografski kazalniki glede na upoštevanje rojstev z OBMP v R. Sloveniji



Viri: Statistični urad Republike Slovenije, Poročilo Državne komisije za OBMP

**Tabela 1:** Število vseh ciklusov OBMP v Sloveniji in število otrok, rojenih po OBMP v letu 2002 (v oklepaju je število rojenih otrok)

Postopek OBMP Število posegov (število rojenih otrok)	Ljubljana	Maribor	Postojna	Slovenija (skupaj)
Punkcije foliklov za IVF/ICSI/TESA	828 (150)	811 (294)	440 (105)	2079 (549)
ET odmrznjenih zarodkov	234 (43)	95 (12)	23 (2)	352 (56)
ET darovanih jajčnih celic	38 (4) <sup>a</sup>	9 (1) <sup>1</sup>	0	47 (4)
IUI- darovano seme	15 (1) <sup>a</sup>	19 (7) <sup>1</sup>	0	34 (8)
IUI-AIH	286 (19)	155 (11)	1 (1)	441 (30)
Skupaj postopkov OBMP (vključeni tudi IUI)	1401 (47,4 %)	1089 (36,9 %)	464 (15,7 %)	2954
Skupaj rojenih otrok	217 (33,5 %)	325 (50,2 %)	108 (16,6 %)	648

<sup>a</sup> za program darovanih celic je ministrstvo za zdravje odobrilo Ginekološki kliniki v Ljubljani ob koncu leta 2001 dodatnih 24 milijonov SIT

<sup>1</sup> vsi postopki so opravljeni v tujini, ZZZS je bolnicam, ki so bile upravičene do povračila stroškov, povrnil stroške v višini stroškov za zdravljenje doma.

## Financiranje OBMP v Sloveniji

Ob začetku razvoja metode IVF je bila metoda financirana kot klinična storitev le na Ginekološki kliniki v Ljubljani. V prvem desetletju delovanja programa OBMP v Mariboru, le-ta ni bil financiran. Šele od leta 1993 je SBM dobila plačilo za IVF/ICSI v priznanem obsegu 600 ciklusov na leto.

Zavarovalnica v Sloveniji pokrije stroške zdravljenja z OBMP za okoli 2000 ciklusov. Vsaka neplodna ženska lahko opravi štiri poskuse OBMP. Po sedaj veljavnem dogovoru naj bi Ginekološka klinika v Ljubljani opravila 1200 ciklusov, Ginekološka klinika v Mariboru 514 ciklusov in Center za zdravljenje neplodnosti v Postojni 257 ciklusov OBMP.

Prvi problem nastane zaradi nejasnosti pri opredelitvi vrste ciklusov OBMP (IVF, ICSI, prenos odmrznjenih zarodkov ali inseminacija), ki jih ZZZS upošteva pri plačilu dogovorjenega števila ciklusov OBMP. Zaradi dejstva, da ob dogovarjanju o številu ciklusov OBMP, ki jih morajo opraviti trije centri, ciklusi OBMP z odmrznjenimi zarodki niso bili opredeljeni v Zeleni knjigi, je dogovorjeno število ciklusov zdravljenja dejansko le število "svežih" ciklusov terapije. Ciklusi z odmrznjenimi zarodki ne vključujejo stroškov stimulacije ovarijskega cikla, punkcije jajčnih celic in gojenja zarodkov v laboratoriju. Problem je v dejstvu, da v Zeleni knjigi, ki velja za ambulantne storitve, ni ovrednoteno zamrzovanje zarodkov. Danes se zamrzovanje zarodkov oziroma vračanje zarodkov po odmrzovanju lahko vrednoti kot nova skupina posebnih primerov (SPP) – bolnišnična obravnava. To dejansko zmanjšuje dostopnost do zdravljenja (podaljšuje čakalne dobe), saj storitev OBMP z odmrznjenimi zarodki izvira iz zdravljenja v svežem ciklusu; prištevanje OBMP z odmrznjenimi zarodki k dogovorjenim 2000 pa otežuje dostopnost do OBMP novim parom, ki še čakajo na zdravljenje.

Naslednji problem financiranja OBMP je v neskladju med prizna-

**nimi stroški in dejanskim stroškom postopka.** Postopek zdravljenja z OBMP je sestavljen iz treh delov: **kliničnega dela** sledenja rasti foliklov (folikulometrija in spremljanje hormonov v serumu v obdobju dveh tednov pred odvzemu jajčnih celic), **stroškov različne kombinacije zdravil** za spodbujanje rasti foliklov in **stroškov laboratorijev** za reproduktivno biologijo in kriobiologijo. Vsi naštetni stroški so zajeti v vedno enaki vrednosti SPP. Za postopke OBMP je vrednost uteži za IVF/ICSI izjemno nizka (0,68). Ker so neizogibni materialni stroški za gojišča približno enaki (48.488,00 SIT za ciklus) in stroški za zdravila, potrebna za optimalno spodbujanje ovulacije, visoki (245.890,00), je razvidno, da že neposredni materialni stroški ne pokrijejo stroškov enega ciklusa zdravljenja. Vsi centri tudi niso v enakem položaju. Tako dobi za enako storitev center v Postojni 227.068,00 SIT, v Mariboru dobijo 244.920,00 SIT, po podatkih iz javnih občil (Dnevnik, 23. 11. 2005) pa je ciklus na Ginekološki kliniki v Ljubljani vreden celih 380.000,00 SIT. In tu nastanejo težave, ki ne zadevajo samo finančnega poslovanja ustanov, ampak tudi pravice bolnikov do optimalnega zdravljenja. Za kaj gre?

V prvih letih dogovarjanja z zavarovalnico je bilo financiranje OBMP vrednoteno po točkovnem sistemu v takrat veljavni Zeleni knjigi. OBMP (IVF) smo opravljali le v spodbujenem ciklusu, torej ciklusu, stimuliranem z gonadotropini, saj drugih tehnik OBMP ni bilo (OBMP v naravnem ciklusu in OBMP z odmrznjenimi zarodki). Danes opravimo postopek najpogosteje v ciklusu, ki ga spodbujamo z agonisti gonadolibrilina in gonadotropini, kar je sprejeto kot "zlati standard OBMP", saj so vsi ostali načini OBMP pomembno manj uspešni.

Zaradi transparentnega financiranja priprave ciklusa z zdravili, ki je draga (**uspešnost zdravljenja je odvisna od izbrane kombinacije zdravil**), financiranje OBMP v večini evropskih držav loči med stroški za zdravila (običajno recept) in stroški laboratorija za OBMP. V slovenskem primeru so vsi ciklusi enakovredno financirani: tisti brez stimulacije, tisti s poceni (manj uspešno) stimulacijo in tisti z optimalno stimulacijo. To omogoča ustanovam uspešneje izpolniti prevzeto obvezo do zagotovitve ustreznega števila ciklusov, bolnice pa spravlja v neenakovreden položaj glede (pričakovane) uspešnosti zdravljenja.

Zaradi dejstva, da po štirih neuspešnih ciklikih bolnice postanejo samoplačnice storitev, je v nekaterih centrih skupno število bolnic večje, kot je to dogovorjeno z zavarovalnico (Tabela 1).

## Širitev programa zdravljenja z OBMP

ob enakem obsegu financiranja:

ali je to mogoče? ♦

Odgovor je "da". Vendar je za takšen projekt treba pravilno ovrednotiti sedanje stanje in prerazporediti prihranjena sredstva na financiranje zdravljenja večjega števila parov. Največji prihranki lahko nastanejo na naslednjih delih programa OBMP:

- Zmanjševanje deleža večplodnih zanositev med spočetimi z OBMP
- Ponovna opredelitev starostnih omejitev za financiranje postopka OBMP
- Standardizacija protokolov za spodbujanje ovulacije med postopkom OBMP
- Nadzor nad opravljenimi cikliki OBMP s centralnim registrom OBMP za Slovenijo

**1. Večplodne nosečnosti.** Največji problem programov OBMP je velik porast števila večplodnih nosečnosti. Več kot 50 odstotkov otrok, rojenih iz programa OBMP, je posledica večplodne nosečnosti. Zavedajoč se stroškov večplodnih nosečnosti (medicinskih, stroškov zavarovalnice ter stroškov družbe, z rehabilitacijo prezgodaj rojenih,

pogosto hendikepiranih otrok) so se nekatere države odločile za omejitev števila zarodkov, ki jih vrnejo ob prvem ali drugem poskusu OBMP. Omejitev prenosa na en zarodek velja za ženske, mlajše od 35 let (skupina z največjim tveganjem za večplodno nosečnost). Tako privarčevana sredstva omogočajo razširitev pravice za OBMP s sedanjih 4 na 6 postopkov OBMP.

V Sloveniji prenesemo v maternico, v večini ciklusov, le dva zarodka (zakon dovoljuje tri!). Tako smo skoraj preprečili rojstva trojčkov, rojstva dvojčkov pa so še vedno zelo pogosta (od 30 do 40 odstotkov vseh nosečnosti). Kljub temu je delež ciklusov OBMP s prenosom enega zarodka v Sloveniji nizek (v letu 2001 le 13 odstotkov!).

Spodbujanje bolnic za vračanje manj zarodkov v maternico, kot dovoljuje naš zakon, je težko. Zavedajo se namreč, da ob morebitnem neuspehu zaradi takšne odločitve lahko pridejo v položaj, da si kot samoplačnice (po 4 neuspehih!) ne bodo mogle privoščiti dodatnega poskusa zdravljenja. Jasno je, da je v tem primeru zdravljenje neplodnosti tesno povezano s socialnim statusom neplodnega para. Zato so zavarovalnice v nekaterih evropskih državah (Finska, Švedska, Belgija, Nizozemska) razširile možnosti za zdravljenje z dosedanjih 4 na 6 ciklusov OBMP **le v primeru**, da se v prvih dveh (omenjenih dodatnih dveh!) ciklikih vrne le po en zarodek.

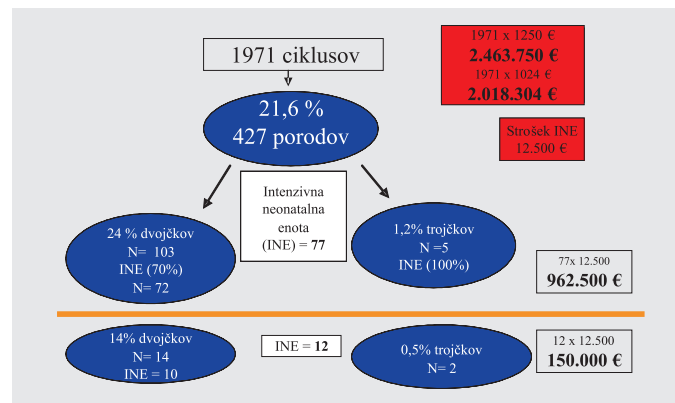
Sredstva, ki so jih privarčevali na račun zapletov, ki jih imajo z večplodnimi nosečnostmi, so upravičila takšen pristop. Menim, da bi bilo nujno, da bi evropske izkušnje z zmanjševanjem deleža večplodnih nosečnosti med zanositvami po postopku OBMP (belgijski model) upoštevali tudi v Sloveniji. Kakšen je izračun privarčevanih sredstev ob upoštevanju belgijskega modela, je razvidno iz naslednjih grafikonov.

Za izračun prihrankov in stroškov belgijskega modela smo uporabili podatke o uspešnosti OBMP v Sloveniji (Evropski register) in podatke o predvidenih stroških oskrbe nedonošenčkov, ki veljajo v Belgiji.

Upoštevač podatke o večplodnih nosečnostih v Sloveniji izračun prihrankov na osnovi belgijskega modela OBMP pokaže, da bi na leto privarčevali 812.500 evrov zaradi t. i. kratkoročnih učinkov (zmanjševanja potreb po intenzivni oskrbi nedonošenčkov) in 8 milijonov evrov zaradi t. i. dolgoročnih učinkov (življenjska oskrba hudo okvarjenih otrok).

### Belgijski model kritja stroškov OBMP

Kratkoročni učinek ( podatki za Slovenijo, EIM 2005)

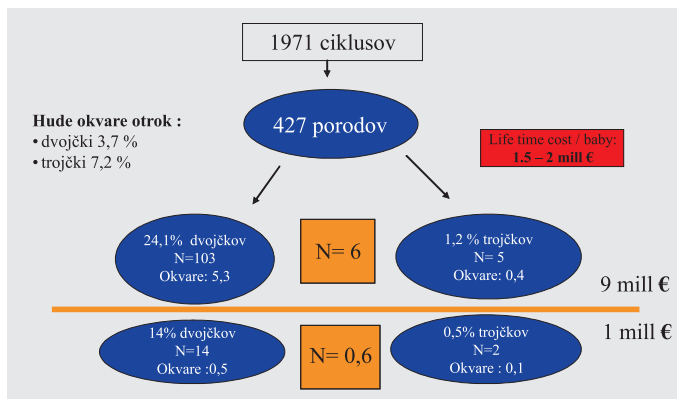


Prirjeno po Ombalet et al. Hum Reprod Update 2005;11:3-14.

**2. Starostna omejitev.** Ali se lahko z boljšo starostno omejitvijo postopkov OBMP privarčuje del sredstev, namenjen za zdravljenje neplodnosti, in poveča število postopkov OBMP? Pri reševanju tega problema smo pogosto v zadregi ob razlagi zakonske določbe o "pravici do postopka OBMP v reproduktivni dobi". Na osnovi rezultatov

### Belgijski model kritja stroškov OBMP

Dolgoročni učinek ( podatki za Slovenijo, EIM 2005)



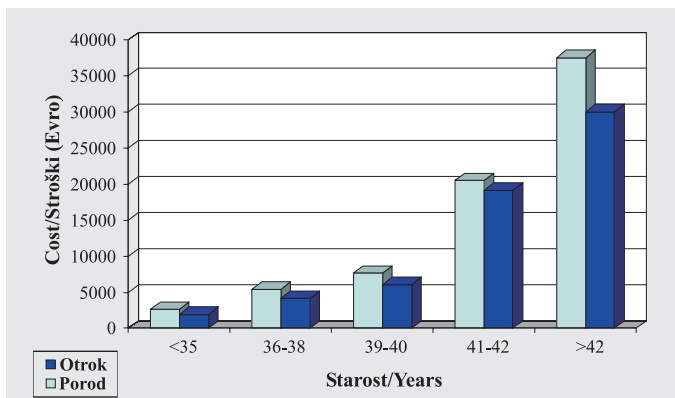
uspešnosti postopkov OBMP po 40. letu starosti smo določili mejo 43 let kot zgornjo mejo za opravljanje postopkov OBMP v zavarovalniškem programu. **Po mednarodnih standardih je 10-odstotna uspešnost OBMP pogoj za licenciranje centra za OBMP.** To velja za minimalni standard. Pri ženskah v 41. letu starosti ni več mogoče zagotoviti niti takšne uspešnosti zdravljenja neplodnosti z OBMP, ki bi zagotovila 10 odstotkov rojstev na začeti ciklus.

Potrebno bi bilo ponovno določiti zgornjo starostno mejo, pri kateri je še smiselno obremenjevati zdravstveno blagajno s stroški zdravljenja. V mnogih državah te dvome rešujejo z doplačilom za zdravila (včasih proporcionalno s porabo). Laboratorijski del storitve OBMP je dostopen vsem bolnicam pod enakimi pogoji, ne glede na starost.

V večjem številu evropskih držav je starostna omejitev med 38 in 40 leti. Primerjava dejanskih stroškov za zdravila v različnih starostnih skupinah glede na porod oziroma na rojenega otroka je razvidna iz grafikona. Pri izračunu so upoštevani dejanski stroški za tržno ceno zdravil v letu 2005.

#### Stroški za zdravila

Izračun stroškov za porod in rojstvo enega otroka pri 3393 ciklih zdravljenja z IVF/ICSI v Mariboru v obdobju med 2000 in 2004



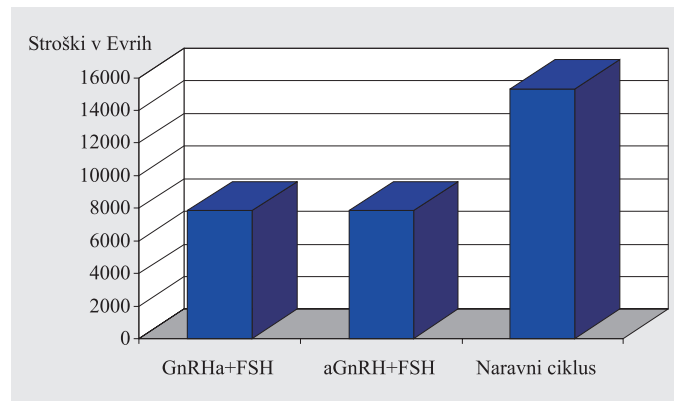
**3. Standardizacija protokolov.** Ali imajo vse bolnice v Sloveniji zagotovljene enake pravice do uspešnega zdravljenja? Težko je to izreči, vendar je odgovor "ne". Protokoli spodbujanja ovulacije za postopek OBMP so različno uspešni, merjeno z "rojstvom otroka na začeti ciklus stimulacije oziroma OBMP". Vse bolnice **nimajo enakih možnosti za**

**uspeh zdravljenja** neplodnosti, kljub priznanemu enakemu številu ciklusov OBMP (štiri!). Pri sedanjem načinu financiranja zdravljenja lahko centri za zdravljenje neplodnosti poljubno izberejo (tudi najcenejšo in najmanj učinkovito) obliko priprave ciklusa za OBMP. V to jih vodi sedanje (pod)vrednotenje financiranja enega ciklusa OBMP. Da bi kljub temu izpolnili program zavarovalnice, se stroškom za zdravila pogosto izogone z izborom metode OBMP v naravnem ciklusu (brez zdravil) ali z izborom cenejših, manj učinkovitih stimulacij (npr. kombinacije gonadotropina in klomifena ali t. i. ultra kratkega protokola z GnRH-agonistom).

Postopek OBMP v naravnem ciklusu je veliko cenejši od standardnega (ni stroška za zdravila, ki so že sedaj vrednost SPP za OBMP). Žal je uspešnost takšnih postopkov veliko manjša od tistih, pri katerih spodbujamo ovulacijo z gonadotropini. Tudi podatki iz tuje strokovne literature o stroškovni upravičenosti takšnih ciklusov, po izsledkih z dokazi podprte medicine (EBM), ne opravičujejo njihove uporabe kot nadomestka za ciklus, spodbujen z gonadotropini.

Ob upoštevanju slovenskega načina financiranja OBMP (s SPP) je glede na uspešnost ciklusov otrok, rojen po OBMP v naravnem ciklusu ("cenovno ugodnem"), veliko "dražji" od otroka, rojenega po OBMP v optimalnem ("dragem") ciklusu.

#### Stroški na enega rojenega otroka glede na izbran protokol spodbujanja ovulacije



<sup>1</sup> V stroških sta upoštevana dejanski strošek za zdravila, za OBMP v naravnem ciklusu le vrednost SPP (1250€)

Nižja uspešnosti postopka OBMP, opravljenega v naravnem ciklusu (uspešnost je 4-krat manjša!), in zagotavljanje enakih pravic bolnic do enako uspešnega zdravljenja bi morali vzbuditi zavarovalnico, da bi upoštevala štiri cikle OBMP v naravnem ciklusu **le kot primerno nadomestilo** za en standardni, stimulirani ciklus, ne pa kot ciklus, enakovreden stimuliranemu. **Treba** je poudariti, da takšen pristop **nima enakega finančnega učinka za zavarovalnico**, saj za uspešno zaključeno zdravljenje (rojstvo otroka) potrebujemo več finančnih sredstev. Zato bi bilo edino primerno, da se OBMP v naravnem ciklusu ovrednoti kot diagnostični postopek pred vključitvijo bolnice v postopek zdravljenja z OBMP.

**4. Enoten sistem beleženja ciklusov OBMP.** Beleženje opravljenih ciklusov zdravljenja z OBMP je pomembno zaradi zagotavljanja pravic bolnic, nadzora uspešnosti centrov in gospodarnega trošenja sredstev iz zdravstvene blagajne. Enega od najbolj izpopolnjenih sistemov registracije imajo Nemčija in nekatere skandinavske države. Kot član državne komisije sem predlagal, da se podatki iz vseh centrov zberejo

na enem mestu: pri **Državni komisiji za OBMP**. Poročanje in zbiranje podatkov naj bo opravljeno po enotni metodologiji, ki velja za poročanje v Evropski register, in ločeno po centrih za OBMP. Poročilo naj se redno objavlja v skupni publikaciji (npr. **Letno poročilo o OBMP v Sloveniji**). Urejen nacionalni register priporoča tudi Evropska federacija za humano reprodukcijo in embriologijo (ESHRE).

## Uspešnost zdravljenja z OBMP: ali so med centri razlike? ◆

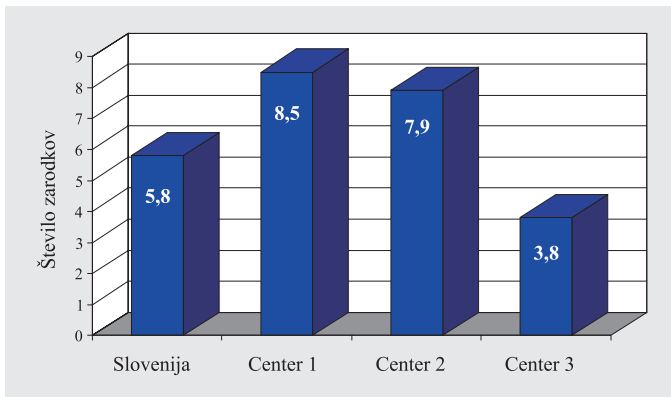
Nekaj pomembnih dejavnikov, ki vplivajo na uspešnost zdravljenja, sem že omenil. Med najpomembnejše sodi starost bolnic. Eno od meril za uspešnost centra je tudi kakovost laboratorijskega dela postopka. Za ocenjevanje tega dela postopka obstaja nekaj različnih kriterijev. Eden od najbolj uveljavljenih je podatek o številu zarodkov, ki jih je treba prenesti v maternico, da bi prišlo do zanositve in rojstva otroka. Tako se izognemo mnogim razpravam o razlogih za različno uspešnost postopkov v različnih centrih.

Odstotek ciklusov OBMP s prenosom enega zarodka je tudi eden od kazalcev kakovosti programa zdravljenja. Danes je evropski trend uvajanje prenosa le enega, izbranega zarodka. Po podatkih iz publikacije Evropskega registra za OBMP smo v letu 2002 v slovenskih centrih vračali večinoma dva zarodka za prenos le enega pa smo se odločali manj pogosto (Maribor 29,7 odstotka, Postojna 26,3 odstotka in Ljubljana 21,6 odstotka). Vendar podatek o odstotku prenosov manj kot 3 zarodkov v maternico uvršča Slovenijo po kazalcih kakovosti na četrto mesto v Evropskem registru, za Švedsko, Finsko in Dansko.

Preglednost podatkov uspešnosti centrov ni neobičajna v evropskem prostoru. V Veliki Britaniji imajo bolnice možnost, da se seznanijo z uspehom vsakega centra, preden se odločijo za izbor. Podatek jim posreduje Human Fertilisation and Human Authority (HFEA, angleška različica naše Državne komisije za OBMP). Pari izbirajo center na osnovi teh podatkov.

### Kakovost laboratorijev (2002)

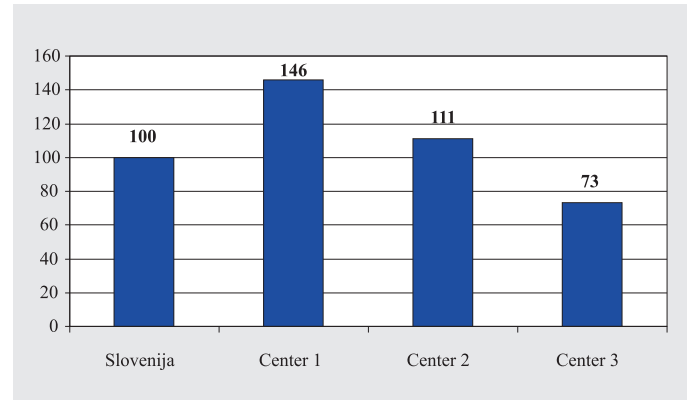
Število prenesenih zarodkov, potrebnih za rojstvo enega otroka, v slovenskih centrih



Ta podatek je pomemben tudi za zavarovalnico in državo (ministrstvo za zdravje). Skupnost bi morala biti zainteresirana, da dobi največ (otrok) za najmanj vloženi finančni sredstev. Tudi v Sloveniji bi lahko že sedaj merili omenjene kazalnike na osnovi podatkov merjenja kakovosti OBMP pri Zdravniški zbornici. Podatke lahko dobimo tudi iz Evropskega registra in iz poročil Državne komisije za OBMP.

Upoštevač vrednost SPP, ki veljav Splošni bolnišnici Maribor, smo izračunali, koliko "stane" zdravstveno blagajno en rojen otrok, spočet z OBMP. Razvidne so velike razlike v stroških med različnimi slovenskimi centri. Zato je otrok v nekaterih centrih "dražji", v drugih pa "cenejši".

### Stroški za enega rojenega otroka v slovenskih centrih Izid postopkov IVF/ICSI/TESA v letu 2002



Vir: Letno poročilo centrov Državni komisiji za OBMP, 2002. Evropski register (EIM 2005)

## Zaključek ◆

Poudarjam, da so strokovni rezultati delovanja slovenskih centrov za OBMP na svetovni ravni.

Dostopnost metode zdravljenja z OBMP (število opravljenih postopkov zdravljenja na število prebivalcev) je pri nas tako dobra, da je Slovenija visoko uvrščena med evropskimi državami (pred nami so le Danska, Finska, Islandija in Švedska). Večji problem je različna dostopnost do ambulantnega zdravljenja neplodnosti med posameznimi območji v Sloveniji.

Organizacija in učinkovitost našega dela je slabša kot v tujini. Posledica so predolge čakalne dobe. Načrtovalci zdravstvene politike bi se morali zavedati problema zdravljenja neplodnosti v luči negativnih demografskih trendov v Sloveniji. Doktrinarna stališča zdravljenja neplodnosti zahtevajo nepretrgano spremljanje bolnic med zdravljenjem iz meseca v mesec. Treba bi bilo omogočiti zdravljenje brez dolgih čakalnih dob v specializiranih ambulantah za zdravljenje neplodnosti in/ali centrih za OBMP.

Problem čakalnih dob za OBMP bi bilo pametno urediti s čakalno listo, ki bi se vodila na enem mestu. To bi omogočilo boljši nadzor učinkovitosti dela. Spremljanje kakovosti zdravljenja z OBMP ter obsega in uspešnosti programa OBMP bo nujno za načrtovanje uspešne zdravstvene politike na tem področju zaradi širitev potreb po zdravljenju neplodnosti.

Problem zdravljenja neplodnih parov težko obvladujejo velike zdravstvene ustanove. V tujini se bolniki zdravijo v manjših, specializiranih institucijah. Pri nas je imel nekoč podobno mesto Inštitut za načrtovanje družine v Ljubljani. Njegova dejavnost ni vplivala samo na načrtovanje prednostnih nalog in spremljanje kazalcev reproduktivnega zdravja žensk v Sloveniji, ampak je imel, kot referenčni center SZO, pomembno vlogo tudi na področju izobraževanja in raziskovanja.

Ali ni morda sedaj čas za ponovno obuditev podobno zasnovane ustanove?

Podatke iz tega prispevka sem predstavil na seji razširjenega strokovnega kolegija za ginekologijo 13. 10. 2005 kot pobudo za spremembo

vrednotenja OBMP in za uvajanje možnosti, da se v maternico prenese en zarodek, v prakso slovenskih centrov za OBMP. ■

Viri:

1. Andersen AN, Gianaroli L, Nygren KG. Assisted reproductive technology in Europe, 2000. Results generated from European registers by ESHRE. Hum Reprod. 2004; 19:490-503
2. Andersen AN, Gianaroli L, Felderbaum R, Mouzon J. Assisted reproductive technology in Europe, 2001. Results generated from European registers by ESHRE. Hum Reprod. 2005;20:1158-1176.
3. Letna poročila Oddelka za reprodukativno medicino SB Maribor za leta 2000-2004
4. Letna poročila Centra za OBMP Postojna za leta 2000-2004.
5. Letna poročila slovenskih centrov Državni komisiji za OBMP za leti 2003 in 2004, Ministrstvo za zdravje.
6. Ludwig M., Rabe T., Buhler K., Diedrich K., Felderbaum R. Efficacy of recombinant human FSH in comparison to urinary hMG following a long don-regulation protocol – an analysis of 24.764 ART cycles. German J Reproduktionssmed Endokrinol 2004;4:1-5.

7. Ombalet W, P De Sutter, J Van der Elst, Martens G. Multiple gestation and infertility treatment: registration, reflection and reaction – the belgian project. Human Reproductive Update 2005;11:3-14.
8. Poročilo slovenskih centrov o poteku programa z darovanimi spolnimi celicami za leto 2002 in 2003, Državna komisija za OBMP 25. 3. 2004, Ministrstvo za zdravje
9. Pročilo slovenskih centrov za leto 2002 v evropski register: Assisted reproductive technology in Europe, 2001. Results generated from European registers by ESHRE. Hum Reprod, 2006 v tisku
10. Smernice na področju načrtovanja družine, ISIS, junij 2005, str. 97.
11. Tomažević T.: Results of ART in Slovenia for European IVF monitoring (2002). Za objavo v Human Reprod 2006.
12. Vlaisavljević V, Reljić M, Gavrić V., Kovacic B. Comarable effectiveness using flexible single-dose GnRH antagonist (cetorelix) and single-dose long GnRH agonist (goserelin) protocol for IVF cycles – a prospective, randomized study. Reproductive BioMedicine Online 2003;7:3001-8.
13. Vlaisavljević V, Kovačić B., Reljić B., Gavrić Lovrec V., Čížek Sajko M. Is there any benefit from the culture of a single oocyte to blastocyst-stage embryo in unstimulated cycles. Human Reprod 2001;16:2379-83.

## Javno dostopni avtomatični defibrilatorji v Sloveniji

Tom Ploj

### Primarni srčni zastoj in pomen čimprejšnje defibrilacije ◆

Bolezni srca so vodilni vzrok smrti, tako v Evropi kot v svetu. Raziskave kažejo, da več kot polovica srčno-žilnih smrti nastopi nenadoma (v eni uri po začetku akutnih simptomov). Z ekstrapolacijo teh statistik na Slovenijo lahko ocenimo, da pri nas zaradi nenadne srčne smrti vsak dan umre od 5 do 6 ljudi. Neposredni vzrok zastoja je največkrat fibrilacija prekatov (VF). Srčni ritem, ki ga reševalci zaznajo ob prihodu, pa ni odvisen le od vzroka, ampak tudi od trajanja zastoja. Amplituda fibrilacije postaja s časom vse manjša in po nekaj minutah preide VF v asistolijo. Ta čas, kot tudi možnost preživetja, lahko bistveno podaljšamo z izvajanjem učinkovitih temeljnih postopkov oživljanja (TPO).

Srčni ritem ob prihodu reševalcev napoveduje prognozo. Podatki iz Ljubljanske regije za obdobje od 1995 do 1997 kažejo, da je povrnitev spontanega obtoka z oživljanjem uspela pri polovici bolnikov, najdenih v VF, in le pri slabi četrtini najdenih v asistoliji. Za izboljšanje preživetja



Veriga preživetja. Verjetnost preživetja določa najšibkejši člen verige. TPO – temeljni postopki oživljanja, DPO – dodatni postopki oživljanja



Na tržišču (tudi slovenskem) najdemo številne proizvajalce avtomatičnih defibrilatorjev. Vsak ponuja cenovno in zmogljivostno različne modele.

je nujno skrbeti za vse štiri »člene verige preživetja« (slika 1). Največje spremembe se v zadnjih letih dogajajo pri izboljšavi tretjega člena – zgodnja defibrilacija.

VF je ob prihodu reševalcev prisotna pri 40 odstotkih odraslih bolnikov z nenadnim srčnim zastojem. Zelo verjetno je, da je ta odstotek

še precej višji v trenutku zastoja. Raziskave kažejo, da lahko z defibrilacijo v 3 do 5 minutah po srčnem zastoj dosežemo preživetje 50 do 75 odstotkov bolnikov. Vsaka minuta zamude z defibrilacijo zmanjša verjetnost preživetja za 10 do 15 odstotkov. Tudi najbolj organizirani sistemi nujne medicinske pomoči na svetu le s težavo dosega do stopne čase 5 minut. Svežih domačih podatkov nimam, v letih od 1995 do 1997 pa je znašal povprečni dostopni čas v Ljubljanski regiji dobrih 12 minut. Če torej ne moremo dovolj hitro pripeljati defibrilatorja do bolnika, se ponuja rešitev v namestitvi defibrilatorjev na mesta, kjer obstaja velika verjetnost srčnega zastoja. Seveda mora biti tak aparat prirejen za uporabo naključnih očividcev. Napredek tehnike je omogočil izdelavo avtomatičnih defibrilatorjev (AED), ki jih lahko varno in enostavno uporabljajo tudi ljudje brez vsake medicinske izobrazbe. V razvitem svetu postajajo vse bolj razširjeni, zato postaja tudi njihova cena vse dostopnejša (slika 2). Uvajajo jih na dva načina:

- z njimi opremljajo službe, ki se poklicno odzovejo na urgentni dogodek (policijske patrulje, gasilske enote, varnostnike, reševalce iz vode ipd.)
- ali pa jih prosto dostopne nameščajo na javna mesta (običajno v dobro označenih zidnih omaricah, opremljenih z alarmom – podobno kot gasilske aparate).

Ob vklopu začne AED dajati zvočna (govorna) navodila uporabniku. Ta mora le prilepiti dve samolepilni elektrodi na golo kožo prsnega koša bolnika. AED samodejno zazna, da so elektrode prilepljene in prične z avtomatično analizo srčnega ritma. V primeru prekatne fibrilacije samodejno odmeri električni sunek, nato oceni uspeh. V primeru, da električni sunek ni potreben, pomaga reševalcu z nasveti, kako prepoznati srčni zastoj in mu (po korakih) daje navodila za izvajanje temeljnih postopkov oživljanja. Zaradi slednjega je AED koristen tudi pri zastojih z ritmom, ki ne potrebujejo sunka elektrike – laika namreč spodbuja k TPO in mu daje sprotna konkretna navodila. Pri nekaterih proizvajalcih s senzorji tudi nadzira učinkovitost TPO in po potrebi svetuje (npr. »Pritiskajte močneje«) ali pa hrabri in spodbuja (»Dobri pritiski«).

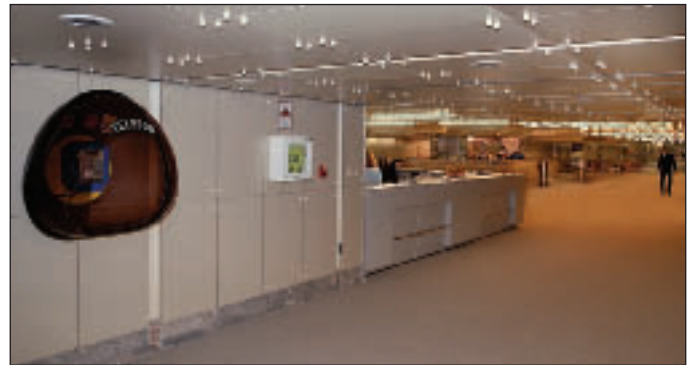
## Avtomatični defibrilatorji v Sloveniji ◆

Prihod avtomatičnih defibrilatorjev v Slovenijo se je začel s posameznimi aparati. Kupili so jih nekateri oddelki bolnišnic, kjer so srčni zastoji redki, pa tudi posamezni zdravstveni domovi in zasebniki. Številka se je občutneje povečala šele z zakonskim določilom, da morajo biti z AED-ji opremljena kopaljšča. Uporabljajo jih reševalci iz vode, ki se na svojih tečajih praviloma tudi naučijo uporabe.

Letos poleti pa smo na pobudo Centra za intenzivno interno medicino in Sveta za reanimacijo Slovenskega združenja za urgentno medicino (SZUM) po Sloveniji namestili tudi prve javno dostopne avtomatične defibrilatorje (slika 3). Nakup je izvedlo slovensko farmacevtsko podjetje. Podarjenih je bilo 18 AED-jev, prirejenih za uporabo laikov, ki so nameščeni na naslednjih lokacijah:

- Ljubljana, Centralna lekarna, Tromostovje
- Ljubljana, Cankarjev dom
- Ljubljana, lekarna Bizjak, BTC, hala A
- Ljubljana, lekarna Miklošič, Miklošičeva 24
- Ljubljana, Hala Tivoli
- Ljubljana, Zveza koronarnih društev Slovenije, Ulica stare pravde 2 – za uporabo na srečanjih, pohodih in pri telovadbi koronarnih bolnikov
- Ljubljana, Medicinska fakulteta, Korytkova 2
- Ljubljana, Krka, Dunajska 65
- Ljubljana, Krka – za uporabo na strokovnih srečanjih zdravstvenih delavcev po Sloveniji

- Maribor, Lekarna Center, Gosposka 9
- Maribor, Lekarna v Evroparku
- Maribor, Društvo za zdravje srca in ožilja, Partizanska cesta 12
- Novo mesto, Društvo za zdravje srca in ožilja, Glavni trg 10
- Novo mesto, Krka - poslovna stavba, Šmarješka cesta 6
- Novo mesto, Krka - proizvodna stavba, Šmarješka cesta 6
- Piran, Lekarna, Tartinijev trg 4
- Ptuj, Lekarna, Trstenjakova 9
- Radovljica, Gasilska zveza, Gorenjska cesta 31



AED v Cankarjevem domu

Iskanje primernih lokacij je izpostavilo problem, da tudi številne manjše in oddaljene zdravstvene postaje nimajo defibrilatorja. Donatorska akcija je bila zato razširjena še z nakupom 16 naprednejših AED-jev, namenjenih zdravstvenim delavcem (medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom in zdravnikom). Nameščeni so bili v ZP Gornji Petrovci, ZP Rogašovci, ZP Grad, ZP Sladki Vrh, ZD Dravograd, ZP Lovrenc na Pohorju, ZP Mislinja, ZP Vitanje, ZP Luče, ZP Jezersko, ZP Kranjska Gora, ZP Polhov Gradec, ZP Kojško, ZP Straža, ZP Loški Potok in ZP Vinica. Zdravstvene delavce smo spodbudili, da v času, ko našteje postaje ne delajo, vzamejo aparate s seboj (in jih imajo npr. v svojih avtomobilih). Dostopnost defibrilatorja lahko s tem še nekoliko povečamo.

Pri uvajanju javno dostopnih defibrilatorjev je nakup in namestitev aparatov organizacijsko (in verjetno tudi finančno) lažji del projekta. Sistem bo učinkovito deloval šele s sistemom nadzora uporabe in vzdrževanja aparatov ter z izobraževanjem možnih uporabnikov. Za vsak javno dostopni defibrilator je zato imenovana odgovorna oseba, ki mora tudi nemudoma sporočiti morebitno uporabo. Nadzor nad mrežo aparatov in strokovno podporo zagotavljamo trenutno v okviru Sveta za reanimacijo. V ta namen je bil odprt elektronski poštni naslov defibrilator@kclj.si, kjer bodo dobrodošla tudi mnenja in predlogi bralcev Izide.

## Izobraževanje ◆

S pomočjo omenjene donacije smo izvedli tudi začetno izobraževanje. Namenjeno je bilo najverjetnejšim uporabnikom – ljudem, ki so zaposleni v okoljih, kjer so defibrilatorji nameščeni. V skladu s priporočili Mednarodne povezovalne komisije za reanimacijo (ILCOR) in Evropskega sveta za reanimacijo (ERC) smo zasnovali 5-urni tečaj, namenjen laikom brez medicinskega predznanja. Tečaj obsega prepoznavo srčnega zastoja, alarmiranje službe nujne medicinske pomoči, izvajanje TPO in uporabo AED. Začne se s kratkim uvodnim predavanjem, sledijo prikazi in praktične vaje na lutkah (slika 4). Zaključni se z individualnim praktičnim preizkusom znanja. Pouk poteka v majhnih





Tečajji so potekali v majhnih skupinah in predvsem praktično.

skupinah – največ 10 tečajnikov z enim inštruktorjem. Voditelji tečajev imajo inštruktorsko licenco ERC. Za potrebe tečaja smo naredili tudi kratek, slikovno opremljen priročnik.

V času od 21. julija do 25. oktobra letos smo izvedli 15 tečajev s po dvema inštruktorjema. S tem smo izurili 252 posameznikov oziroma povprečno 14 ljudi na en AED. Izobrazbena struktura je bila izrazito mešana – od končane osnovne šole do univerzitetnih diplom različnih področij. Vključeni so bili varnostniki, varnostni inženirji, gasilci, receptorji, iz lekarn je prišlo precej farmacevtov, pa tudi nekaj kemikov in biologov. Delodajalci so udeležbo na tečaju običajno zahtevali, čeprav je potekal izven delovnega časa. Inštruktorji smo bili zato še posebej presenečeni nad nadpovprečnim navdušenjem tečajnikov. Največkrat je bil tečaj organiziran po končanem delavniku in je trajal do večera, pa vendar je v anonimni anketi le 8 udeležencev od 252 ocenilo tečaj kot predolg. Niti enkrat se ni zgodilo, da bi se želel kdo izogniti preverjanju znanja. Med predloge so pogosto zapisali, da si želijo periodično obnavljanje večšin in da bi v tečaje morali vključiti še mnogo večje število ljudi.



Za uspeh projekta bo sedaj nujno »vzdrževati tonus«: ohranjati stik z odgovornimi osebami, vzdrževati aparate in skrbeti za nadaljnje izobraževanje. Potrebni bodo občasni tečajji za novo zaposlene, kot tudi obnovitveni tečajji za ostale. Glede na izkušnje iz tujine bi bilo treba organizirati obnovitvene tečaje na eno do dve leti.

## Pogled v prihodnost ◆

Pričakujemo, da se bo prodaja avtomatičnih defibrilatorjev v prihodnjih letih povečevala, zaradi česar bodo postali cenovno še dostopnejši. Namešeni bodo na lokacijah, kjer defibrilacija v sprejemljivem času sicer sploh ne bi bila možna (npr. letala, ladje, vlaki, dobro obiskane, a odmaknjene izletniške točke). Namešeni bodo tudi na drugih javnih mestih, kjer obstaja večja verjetnost srčnega zastoja (letališča, železniške in avtobusne postaje, igralnice, športni objekti, trgovski centri, hoteli, mesta, kjer se zbira večje število starostnikov). Z nižanjem cene si jih bomo najbrž lahko privoščili tudi v stanovanjskih naseljih, manjše izvedbe pa v zdravniških torbah. Na trgu se že pojavljajo tudi prvi osebni defibrilatorji. Namenjeni so ogroženim posameznikom, pri katerih ni indikacije za uporabo vsadnega (implantabilnega) aparata. Velikost in teža omogočata, da ga ima bolnik stalno pri sebi.

Veliko bo treba narediti tudi na področju ozaveščanja javnosti. Vsakodnevne izkušnje kažejo, da je čas do sprožitve sistema NMP pri nas predolg, izvajanje TPO pred prihodom reševalcev pa bolj izjema kot pravilo. Izobraževanja laikov moramo oklestiti nepotrebnega in se osredotočiti na praktične simulacije resničnih dogodkov ter kratka in jasna navodila. Uporaba AED mora čim prej postati sestavni del tečajev TPO. Certifikate inštruktorjem mora podeljevati neodvisno strokovno telo, npr. Svet za reanimacijo. Z večanjem števila javno dostopnih AED bi bilo koristno voditi centralni register z natančnimi lokacijami, ki bi bil vsakomur dostopen na internetu.

Tehnološki napredek bo prinesel manjše in lažje aparate. Analiza ritma bo naprednejša in hitrejša. Izvajala se bo nenehno, tako da ne bo treba prekinjati srčne masaže. Pričakujemo, da bo znal defibrilator na osnovi analize krivulje EKG izračunati in svetovati trenutek, ko bo uspeh defibrilacije najbolj verjeten. S tem se bo zmanjšala nevarnost poškodbe srca zaradi neuspešnih sunkov in odpravili bomo nepotrebne prekinitve masaže. Tudi pri ritmih, kjer električni sunek ne bo indiciran, bo aparat nudil vse boljše pomoč in nadzor kakovosti TPO. Pričakujemo torej nastanek vsestranskega pripomočka za oživljanje, ki nas bo vodil skozi postopke in jih sproti prilagajal konkretnemu bolniku.

Namestitev prvih javno dostopnih defibrilatorjev v Sloveniji je z donacijo omogočila Krka, tovarna zdravil, d.d., Novo mesto. ■

# Bolniška odsotnost

Mirjana Stantič Pavlinič

**N**a podlagi kakovostnih in zanesljivih podatkov lažje načrtujemo in upravljamo zdravstvene sisteme. V položaju, ko se je treba odločiti med dvema danima možnostima – ali smo preveč ali premalo odsotni z dela zaradi bolezni – se nenehno nahajamo zdravstveni delavci, načrtovalci zdravstvenih sistemov in tudi splošna javnost. Pri presoji in objektivizaciji dejanskega stanja iščemo aktualne podatke in primerjave v domačem in širšem evropskem prostoru.

Pri iskanju primerljivosti, sodobnih možnosti racionalizacije in obvladovanja stroškov v zdravstvu se delno opiramo na kazalnike in podatkovne baze Svetovne zdravstvene organizacije. Na tak način prispevamo k boljši obveščenosti in večji odgovornosti zdravstvenih delavcev in uporabnikov, sledimo novim izzivom sodobne zbolelosti, ki jo srečujemo na začetku 21. stoletja, ter skušamo najti nove programske usmeritve in ukrepe za nadaljnje smiselno in strokovno delo. Pri vsem tem upoštevamo star pregovor *Primum non nocere* (predvsem ne škoduj), ki ga podpirajo zdravstveni delavci po vsem svetu, stanovske zbornice in tudi zdravstvene zavarovalnice.

## Evropske podatkovne zbirke svetovne zdravstvene organizacije

Register podatkovnih baz Urada Svetovne zdravstvene organizacije za evropske prostore (1) vsebuje:

- evropsko podatkovno bazo Zdravje za vse (splošna zdravstvena statistika), ki vsebuje tudi podatke o bolniških odsotnostih,
  - kazalnike umrljivosti po starosti,
  - računalniški informacijski sistem za nalezljive bolezni (CISID),
  - podatkovno bazo o nadzoru nad uživanjem alkohola,
  - podatkovno bazo o nadzoru nad kajenjem,
  - obnašanje otrok v šolskem obdobju (HBCS),
  - dejavnike tveganja za nenalezljive bolezni (CINDI).
- Podatkovne baze temeljijo na:
- podatkih državnih statističnih uradov ali
  - zbirkah, ki vsebujejo predvsem podatke o raziskavah na skupinah prebivalstva.

Nekatere zdravstvene kazalnike so začeli zbirati že v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja, nekateri pa so šele v fazi oblikovanja in standardizacije. Primerljivost med državami ali kazalniki omogoča natančne izhodiščne definicije, opredeljene so v metodoloških pojasnilih podatkovnih zbirk. Podatki se zbirajo po praviloma vse leto. Raziskovalci kakovost pridobljenih podatkov kritično preverjajo in ocenjujejo njihovo zanesljivost ali primerljivost znotraj posameznih podatkovnih zbirk.

Med kazalniki zdravstvenega stanja, demografskimi in socialno-ekonomskimi kazalniki življenjskega sloga, viri, stroški in izkoriščanjem zdravstvenega varstva, vplivi okolja ter razvitostjo zdravstva po posameznih državah Evropske skupnosti najdemo podatke, ki se nanašajo na posamezne države članice Evropske skupnosti (EU) in tudi Slovenijo, velikokrat celo na glavna mesta posameznih držav. Dostopna so tudi veljavna povprečja v državah članicah. Na podlagi podatkov je možen vpogled v dinamiko izbranega kazalnika v daljšem časovnem obdobju ter ugotavljanje trenda gibanja opazovanega pojava ali kazalnika. Do-

stopni so tudi podatki o bolniških odsotnostih z dela zaradi boleznih aktivnega prebivalstva, ki sprožajo številne razprave znotraj zdravstva, zavarovalnic in drugih zainteresiranih ustanov.

## Odsotnost z dela zaradi bolezni – podatkovne baze in definicije

Odsotnost z dela zaradi bolezni, predstavljena v dnevih na leto na zaposlenega prebivalca, je dostopna v skupini kazalnikov, poimenovani Zbolevnost, invalidnost in bolnišnični odpusti. Kazalnik je kodiran pod kodo Zdravje za vse (HFA) 040102. Podatki so zbrani za vsako posamezno leto, vključno s podatki za zadnje dostopno leto.

Na podlagi raziskave (3), ki je potekala na Zavodu za zdravstveno varstvo Ljubljana, so dosegljivi tudi podatki o bolniških odsotnostih v Ljubljani. Podatki zajemajo vse bolniške odsotnosti, ki so bile predpisane, ali povprečje delovnih dni v enem letu. Podatke lahko spremljamo:

- v daljšem opazovalnem obdobju
- in primerjamo bolniško odsotnost zaposlenega prebivalca Slovenije z odsotnostjo zaposlenih v nekaterih državah Evropske skupnosti ali celotni Evropski skupnosti (25 članic po maju leta 2004),
- ugotavljamo razlike med državami, natančnost metodološkega zajetja podatkov in s tem vrednotimo opazovana povprečja.

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje absentizem kot povprečno število izgube delovnih dni zaradi bolezni ali poškodb v enem koledarskem letu na zaposlenega delavca. V teh številkah niso zajete odsotnosti zaradi materinstva.

## Bolniške odsotnosti v evropskem prostoru, Sloveniji in Ljubljani

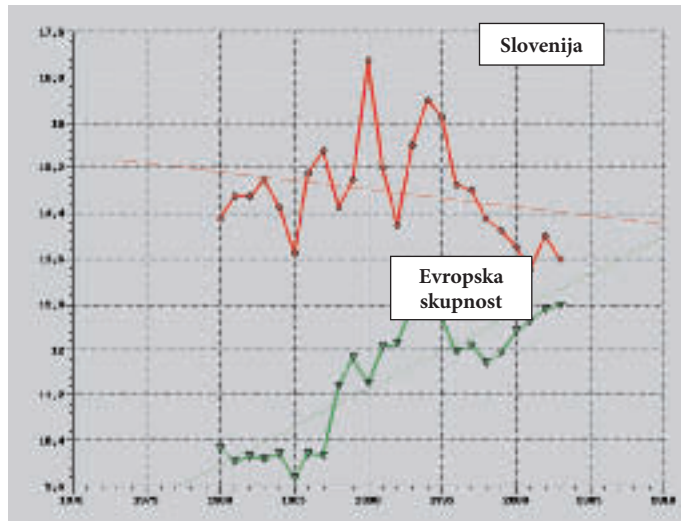
Prebivalci Slovenije so v povprečju (tabela 1) manj odsotni zaradi bolezni kakor prebivalci nekaterih drugih držav članic (Češke, Madžarske, Nemčije, Slovaške, Švedske in drugih) in nekoliko več kakor zaposleni v Avstriji, na Hrvaškem, v Luksemburgu, na Nizozemskem, v Veliki Britaniji. V podatkih, ki se nanašajo na Češko, so metodološko vključeni "koledarski dnevi", kar vpliva na rezultate. Zaradi razlik v metodologiji zajetja podatkov le-ti niso primerljivi tudi za Estonijo, kjer se prvi dan odsotnosti zaradi bolezni ne upošteva v zajemu podatkov, ali Švedsko, ki v zajemu izključuje prvih 14 dni bolniške odsotnosti pri primerih, ki so glede bolniške odsotnosti daljši od 14 dni.

Na podlagi potrtila o upravičeni zadržanosti od dela ali računalniško podprtih poročil o bolniški odsotnosti so na zavodih za zdravstveno varstvo ter Inštitutu za varovanje zdravja RS na voljo strnjeni oziroma nakopičeni podatki o bolniški odsotnosti v Sloveniji in na posameznih območjih.

V zadnjih letih so prisotne težnje po upadanju odsotnosti zaradi bolezni v Sloveniji, kar vpliva na približevanje našega povprečja zdravstveno upravičene začasne nezmožnosti za delo zaradi bolezni povprečju EU. Podatki oziroma težnje so nazorno predstavljeni na sliki 1.

Prebivalci mestne občine Ljubljana so bili v primerjavi s prebivalci celotne Slovenije ali Evrope med letoma 1998 in 2002 manj pogosto odsotni zaradi bolezni (izjema je leto 1998) (3). Vsak zaposleni je bil povprečno odsoten 11,6 do 16,1 dni, kar je nižje od vseslovenskega povprečja.

**Slika 1:** Primerjava teženj odsotnosti zaradi bolezni – Slovenija in Evropska skupnost



**Tabela 1:** Bolniške odsotnosti na izbranih evropskih prostorih – dnevi na zaposlenega na leto

Države	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Avstrija	13,7	13,2	12,9	12,4	12,6	12,5	12,6	12,4	12,2	12
Hrvaška	9,1	10,3	11,2	10,4	12,5	11,3	11,6	10,4	11,7	11,5
Češka	21,1	22,5	22,1	22,8	21,2	21,7	23,6	24,6	24,7	24,9
Estonija	...	9,3	8,2	10,5	10,3	8,9	10	9,1	9,1	9,2
Finska	7,7	7,6	7,5	7,5	7,4	8	8,5	...	...	...
Nemčija	18	19,2	18,7	16,9	16,2	17,1	16,5	...	...	...
Madžarska	22,0	19,1	15,3	15,4	14,9	15,6	14,7	14,9	15,4	15,6
Litva	8,6	7,8	8,1	9,2	8,8	9,1	9,1	8,3	8,2	8,3
Luksemburg	...	9,8	10,3	10,4	10,1	10,1	9,8	...	...	...
Norveška	...	...	...	...	...	...	...	15,4	16,1	16,9
Rumunija	10	10	11	9	10	10	9	9	9	11
Rusija	7,6	8,2	9,2	8,9	9,3	9,1	9,6	9,6	9,5	8,3
Srbija in Črna gora	26	32	34	35	63	75	71	...	...	...
Slovaška	23,5	23,3	24	23,3	23,5	23,5	26,7	27,5	29,1	29,2
Slovenija	16,4	16,1	14,9	14,8	14,3	14,1	13,8	13,4	14	13,6
Švedska	16,6	15,7	15	15	16	19	22	25	27	...
Ukrajina	6,8	6,8	6,6	6,9	6,3	6,3	6,6	6,5	6,9	7,4
Velika Britanija	7,8	...	8,4	8,4	8,5	7,8	...	...	...	...
EU-članice po maju 2004	12,6	12,6	12,0	12,1	11,8	11,9	12,3	12,5	12,7	12,8

**Tabela 2:** Dnevi povprečne odsotnosti zaradi bolezni na zaposlenega – primerjava med Ljubljano in Slovenijo

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Ljubljana	16,1	13,2	12,2	11,6	12,2	...
Slovenija	14,3	14,1	13,8	13,4	14,0	13,6

## Kako naprej

Ali predpisujemo preveč ali premalo bolniškega dopusta, bo še naprej vsakdanji dvom slehernega zdravstvenega delavca, ki predlaga, predpisuje ali presoja utemeljenost bolniške odsotnosti z dela. Standardizacija dvomov ali zagrad ni izvedljiva. Kategorizacija resnosti primerov se tudi pri enakih diagnozah skriva v obsežni pahljači različnih zahtevnosti posameznih primerov, dinamičnem prehajanju bolezenskega stanja bolnika in nepredvidljivih zapletih, ki so podlaga za težave pri napovedi dolžine

trajanja bolniške odsotnosti. Dvomi se pojavijo pri bolniku na samem začetku bolezenskega stanja tudi v primerih, ko je delovna diagnoza v kratkem času razvrščena v jasno diagnozo znotraj šifrantna mednarodne klasifikacije bolezni in bolezenskih stanj (MKB).

Statistične zbirke velikih podatkovnih baz ponujajo bolj zanesljive podatke kakor vzorčne raziskave prebivalstva. Podatki o bolniški odsotnosti slonijo na velikem številu kliničnih primerov in zajemajo vse aktivne prebivalce posamezne države. Torej jih lahko kljub vsem pomislekom uvrščamo med dokaj zanesljive vire informacij, ki jih nujno potrebujejo načrtovalci zdravstvene politike in analitiki zdravstvenega stanja prebivalstva.

Nihanja bolniških odsotnosti pri posameznih zdravnikih so posledica različnih dejavnikov, predvsem pa bolezenskega stanja posameznih varovancev izbranega zdravnika. Strnjeni podatki, ki vsebujejo ogromna števila opazovanih enot, kakor v primeru bolniškega dopusta, povejo veliko več kakor opazovanje posamezne bolniške odsotnosti varovanca ali njenega obsega, ki jo predpisuje posamezen zdravnik. Ocenjujemo, da je Slovenija glede predpisanega bolniškega dopusta primerljiva z razvitimi evropskimi državami, in upamo, da bo s pomočjo prizadevanj na tem področju tudi ostala tam.

Spremenjena izhodišča za uveljavljanje odškodninskih zahtevkov pri zavarovalnicah lahko skrajšajo bolniški dopust. Zavarovalnice naj bi povrnitve zahtevkov uresničevale na podlagi diagnoz in ne stroškov, ki nastanejo zaradi vsebine zdravljenja in trajanja bolniške odsotnosti. Na obseg in trajanje vplivajo tudi številni nezdravstveni dejavniki, ki so predvsem posledica vpliva delodajalcev:

- izobraževanje vodij oziroma delodajalcev,
- vzpodbujanje zaposlenih za zdravo življenje,
- zdravstveno-preventivni rekreativni programi,
- pogovori po končani bolniški odsotnosti,
- ergonomski ureditev delovnega mesta.

Potrebno je tudi ustrezno obveščanje bolnika o pravicah in obveznostih, ki jih ima v času bolniške odsotnosti.

Na čim hitrejšo vrnitev zaposlenega na delo vplivajo različni dejavniki (4):

- medicinsko znanje zdravnika,
- organiziranost delovnega procesa delavca,
- motiviranje delavca,
- čakalna doba za preiskave,
- učinkovitost rehabilitacije,
- trg delovne sile,
- zakonodaja.

V tujini narašča zanimanje za psihosocialni vidik ocenjevanja invalidnosti in sposobnosti za delo. Poudarjajo vlogo zdravnikov osnovnega zdravstvenega varstva pri uspešnem zdravljenju in čimprejšnji vrnitvi na delo. Po večmesečni odsotnosti z dela so možnosti vrnitve delavca na delo manjše. Poudarjajo, da je ena od prednostnih nalog zdravstvene politike oziroma zdravstvene reforme zmanjšanje bolniških odsotnosti, pri čemer je osnovna odgovornost zmanjšanja sposobnosti za delo pri delodajalcih ter aktivni politiki zaposlovanja. ■

### Viri:

1. Register of Databases in the WHO Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/document/idb/register\\_of\\_db.pdf](http://www.euro.who.int/document/idb/register_of_db.pdf)
2. European health for all database (HFA-DB) <http://www.euro.who.int/hfad>
3. Kofol Bric, T., Jerman, T., Stantič Pavlinič, M., Grilc, E., Domanjko, M.: Poglavje: Bolnišnično zdravljenje, bolniški stalež, osnovna zdravstvena dejavnost. V: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane. Oblikovanje sistema indikatorjev. Raziskovalno poročilo. Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, april 2005, 85 – 89.
4. Knol, A., Blažič, D., Rus, M.: Poročilo z mednarodne konference o ocenjevanju delovne zmognosti ob upoštevanju delovnega mesta, London, 8. – 9. september 2005. Občasnik št. 5. 2005: 37 – 39.

# Doktrina

Zlata Remškar

**Z**aupno, z neprikrito avtoritativnostjo let in svojega položaja, se je sklonil proti meni in mi rekel: "Veš, protibolečinsko zdravljenje, ki ga vodiš, saj veš, pri katerem bolniku, ni v skladu z doktrino. Moram te opozoriti – ni v skladu z doktrino!"

Bila sem presenečena in postala sem, pravzaprav ne vem, zakaj, potrta.

"Ni v skladu z doktrino!" se mi je vračalo v zavest.

Ali bolnika pozna? Ali ve o bolniku kaj, kar sem spregledala? Ugotovila sem tudi, da me ni vprašal, zakaj ravnam tako, kot ravnam! Je užalil moj ego? Vedela sem, da kljub avtoritativnosti pripomba ni bila mišljena zlonamerno. Bi bilo možno, da je bila le posledica ujetosti v sheme, s katerimi v zadnjem času poskušamo zmanjšati pogostnost naših strokovnih napak, a na drugi strani večkrat povzročamo odtujenost zdravnika od bolnika?!

Bolnika sem zdravila že več kot pol leta. Prejemal je citostatsko zdravljenje za drobnocelični rak pljuč v skladu z današnjo medicinsko doktrino. Citološka opredelitev bolezní, da gre za drobnocelični rak, me je presenetila. Znaki in rentgenska slika bolezní so namreč bolj kazali na žlezni rak pljuč. Kasnejši potek zdravljenja tudi ni bil povsem značilen, saj je bolezen nezadržno napredovala neodvisno od zdravljenja ter je ni zavrla, niti za krajše razdobje, ne začetna in tudi ne zamjenjana kemoterapija.

Prejel je celokupno šest ciklusov citostatikov, nato smo od "diferentnega" zdravljenja odstopili ter odredili simptomatsko zdravljenje, vse v skladu z veljavno doktrino zdravljenja raka pljuč.

S "ciklusi" se je vračal k meni. Srečala sem ga naključno. Bil mi je povsem tuj človek, ki je bil pred malo več kot šestimi meseci sprejet v sobo, v kateri sem bila sobni zdravnik. Med nama se je pričela tkati nevidna mreža. Opazovala sem redčenje njegovih las, spreminjanje barve njegove kože in v njegovih očeh je ugašalo začetno upanje, da bo ozdravel.

Ker se je vračal in sva se spoznavala, se je med nama vzpostavilo tudi sporazumevanje brez besed, s katerim sva si lahko povedala stvari, ki si jih z besedami nisva upala. V času, ki mu je uhajal, sem ga vzpodbujala in mu s prilagajanjem zdravljenja omogočala, da je živel, da je počel vse tisto, kar je rad počel, kar ga je izpolnjevalo. Bolj ko je bolezen napredovala, bolj sva bila povezana.

Zaznaval je odhajanje življenja. Vedel je, da bo kmalu umrl, in pripravljal se je, da bo umrl, ter me v tistem najinem tihem sporazumevanju zadolževal, da ga bom vodila tudi skozi tisto zadnje razdobje, ki se ga

je bal. Določila sem simptomatsko zdravljenje. Previdno sem pričela, pri že zelo izčrpanem bolniku, nazadnje bolečino obvladovati z nizkimi odmerki morfija, s katerimi sem jo ublažila v takšni meri, da je bila za bolnika znosna, a mu ni povzročala motenj v zaznavanju in miselne upočasnjenosti, ki jo je bolnik zavračal. Hotel je živeti do konca. Hotel je vonjati jesen, srkati vase rumenenje listja in razkošje sonca... "Zadnjič!" kot je rekel sestri, ki mu je prinesla enega od njegovih zadnjih odmerkov zdravila.

Spštovala sem njegovo voljo in mu po svoji moči čim bolj obzirno pomagala pri njegovem načinu poslavljanju od vseh, ki jih je imel rad, in od njegove zadnje jeseni.

Nato v ta odnos vstopi nekdo od zunaj, ki ne ve ničesar od vsega tega, in reče, da protibolečinsko zdravljenje ni v skladu z doktrino. Ne potrudi se ničesar izvedeti(!), le avtoritativno obsodi(!), čeprav, kot ga poznam, ne zlonamerno! Toda, kaj je doktrina pri simptomatskem zdravljenju? Ali lahko pri simptomatskem zdravljenju sploh govorimo o doktrini? Vsi smo že izkusili, da je potrebno bolnikovo bolečino obravnavati izrazito individualno, ker je njeno doživljanje tako subjektivno, ter da na žalost ni nekega splošnega in vedno uspešnega predpisa.

Koliko lažje je bilo, tako mislim, opisanemu bolniku, ker sva si dovolila, da sva ostala skupaj. Bil je eden tistih, ki se je odločil, da se bo zaupal. Sprejela sem njegovo odločitev in odgovornost zanj ter delček svojega življenja potovala z njim, ki me je povabil na svojo zadnjo pot. Kajti tudi to je del našega poslanstva, za katerega bi si želela, da bi ga doživela, ko bo prišel moj čas. Želela bi tudi, da bi se ga naučili mlajši zdravniki. Mislim, da sedanje vse bolj razširjeno zapostavljanje odgovornega in zavezujočega odnosa med zdravnikom in bolnikom, nadomeščanje tega odnosa s shemami, ki ga prinaša podjetniško razumevanje medicine, vendarle ni tista prava medicina. Medicina nikoli ne bo le matematika. Če ni v njej človeškega občutenja, postane celo brezdušna! ... In take medicine me je strah!

Kaj smo pridobili udeleženci trikotnega odnosa v opisani prigodi? Sprožitelju dogodka zaradi avtoritativnega pristopa nisem razodela svojih misli, ki ga tudi niso zanimale, saj je vstopil v komunikacijo z že dokončno izdelanim stališčem do problema. Sama nisem izvedela, iz česa je izhajala njegova avtoritativna ugotovitev, in sem postala potrta. Naj pomembneje je, da bolnik zaradi najine slabe komunikacije ni pridobil ničesar za svojo boljšo obravnavo. Zdrava odprta razprava o problemu bi morda lahko prinesla kaj pozitivnega vsem trem, predvsem pa bolniku! Tako pa je ostalo vse na pol poti! ■



# Ko spregovori žalost

Petra Urek

*Ko umrejo starši,  
izgubiš svojo preteklost.  
Ko umre otrok,  
izgubiš svojo prihodnost.  
(Ellio Luby)*

Otrok predstavlja marsikaj: del tebe in del ljubljene partnerja, darilo prejšnjih generacij, ljubezen, prihodnost... Otroci naj ne bi umirali... Starši pričakujemo, da bodo naši otroci živeli in odrasli. Vsak starš pričakuje, da bo umrl pred svojim otrokom... To je naravni potek življenjskih dogodkov, življenjski krogotok.

Na otroka se navadimo že veliko pred njegovim rojstvom. Kmalu začutimo njegove gibe, vidimo in slišimo bitje srca, lahko izvemo za otrokov spol... In potem, ob smrti otroka med nosečnostjo ali kmalu po rojstvu se od nas, žalujočih staršev, pričakuje, da bomo živeli naprej, pozabili na neljubi dogodek. Mogoče slišimo še kakšno besedo tolažbe, ki je vse prej kot to: npr. saj sta še mlada, saj ga nisi poznala, saj imaš doma še druge otroke. To boli. Boli spoznanje, da se moramo starši tako majhnih otrok še boriti za obstoj otroka in za žalovanje.

Kljub razmeroma pogostemu dogodku to izgubo molče obidemo. Otroci, umrlih med nosečnostjo ali kmalu po rojstvu, pogosto ne najdemo niti na naših pokopališčih.

Ker ne pričakujemo smrti otroka, smo najprej v šoku, ko niti ne vemo, kaj se je zgodilo, kaj nas še čaka. In takrat smo poslušni, slepo verjamemo vsemu, naredimo, kar zahtevajo od nas.

Šele potem, ko prvi šok mine, ko se zavemo svoje izgube, je bolečina zelo močna. In ravno v tistih prvih trenutkih, ko smo najbolj ranljivi, moramo delovati razumno, kar je nemogoče.

Potrebovali bi čas. Čas za odločitve, ali otroka pogledati, ali se posloviti od njega, ali ga pokopati. Že v porodni sobi moramo podpisati na kupe obrazcev in se odločiti, kaj bodo naredili z otrokom. To je čas, ko smo sami čustveno močno prizadeti, ko si želimo iti za otrokom, čas, ko nismo sposobni razumno odločati, kaj narediti. In to je tudi tisti čas, ko si ustvarimo spomine na otroka. Vse, kar se dogaja v tistem času, je kasneje živ spomin na našega otroka. In če so ti spomini polni bolečin, spomini na nerazumevanje medicinskega osebja, okolice... je žalovanje oteženo. Starši, ki smo izgubili tako majhnega otroka, nimamo spominov, zato si jih moramo ustvariti. In pogosto se spominjamo medicinskega osebja, spominjamo se, kako je bil otrok negovan po smrti, kako so nam sporočili novico o otrokovi smrti itd.

Ko si opomoremo od prvega šoka, si najpogosteje zaželimo, da bi lahko otroka pogledali, se poslovili od njega in ga pokopali. A največkrat je za takšna dejanja prepozno. Potem se v nas porajajo različna

mučna vprašanja in obtoževanja: Kdo je kriv? Zakaj moj otrok? Kako živeti naprej?

V slovenskem prostoru do leta 2003 ni bilo literature, ki bi žalujočim staršem pomagala v težkih obdobjih žalosti. Knjiga **Prazna zibka, strto srce** je plod dela žalujočih staršev ob sodelovanju strokovnjakov s področij, ki so kakorkoli povezana z omenjeno tematiko. Knjiga je nastala iz bolečine in ljubezni. Poglavlja so razdeljena kronološko: od izgube otroka, kratkega bivanja v porodnišnici, pokopa, daljšega žalovanja doma do vnovičnega odpiranja svetu in drugim ljudem. Drugi del knjige je zelo dragocen, saj so v njem pripovedi staršev, ki so spregovorili o doživljanju izgube. Knjiga je v prvi vrsti namenjena žalujočim staršem, ki skozi dolgo in težko obdobje žalovanja iščejo številne odgovore. Prav tako je namenjena tudi vsem, ki se z njimi srečujejo: zdravniškemu osebju, sorodnikom, prijateljem, sodelavcem... Če bo pripomogla k spremembi mišljenja in odzivanja v smislu večje pomoči in opore žalujočim staršem, bo knjiga dosegla svoj namen.

Skoraj sočasno z izidom knjige so odprli drugi spominski park v Sloveniji, Polje belih vrtnic v Mariboru. Pobudniki so bili žalujoči starši in društvo za pomoč prezgodaj rojenim iz Maribora. Do sedaj imamo dva parka: Park zvončkov in Polje belih vrtnic. Prav kmalu se bo pridružil še spominski park v Celju in tudi drugje po Sloveniji iščemo možnosti za spominske parke. V istem letu je začelo delovati tudi društvo Solzice, ki pomaga staršem ob izgubi otroka med nosečnostjo ali kmalu po rojstvu. Društvo ima sedež v Krškem, deluje pa po vsej Sloveniji.

Staršem pomagamo na naslednje načine:

- seznanjamo jih z njihovimi pravicami in pravicami mrtvega otroka,
- organiziramo podporne skupine,
- pomagamo po telefonu in elektronski pošti,
- organiziramo individualne pogovore,
- zagotavljamo pomoč pri reševanju pravnih vprašanj, pri pokopu,
- organiziramo delavnice za žalujoče starše, družine,
- organiziramo predavanja raznih strokovnjakov.

Zelo obiskana je tudi spletna stran [www.solzice.com](http://www.solzice.com). Starši sodelujejo na forumih, zahajajo v pogovorne sobe. Po njihovih pričevanjih jim je potem lažje, spoznajo, da niso sami, spoznajo, kaj se dogaja v času žalovanja, itd.

V društvu si želimo in se trudimo, da bi žalujočim družinam, ki prihajajo za nami, vsaj malo omilili težave, ki jih spremljajo ob že tako napornem žalovanju. Ker smo humanitarno društvo, zbiramo tudi donatorska sredstva in jih namenjamo za pomoč družinam (nakup paketkov za umrle otroke, urejanje spominskih parkov...). ■

# 60-letnica Društva zobozdravstvenih delavcev Slovenije, Zobozdravstvenega vestnika, Stomatološke klinike in Zobotehnične šole

Erika Cvetko, Uroš Skalerič

**Z**adnjo sredo v septembru (28. 9. 2005) je dopoldne v ljubljanskem hotelu Mons v navdse prijetnem vzdušju potekala proslava ob 60-letnici obstoja in razvoja Društva zobozdravstvenih delavcev Slovenije (DZDS), Zobozdravstvenega vestnika, Stomatološke klinike in Zobotehnične šole. Na prireditvi je bilo 200 udeležencev, med njimi številni ugledni gostje: minister za zdravje mag. Andrej Bručan, predsednik Slovenske akademije znanosti in umetnosti prof. dr. Boštjan Žekš, dekan Medicinske fakultete v Ljubljani prof. dr. Dušan Šput, predsednik Zdravniške zbornice Slovenije prof. dr. Vladislav Pegan, številni profesorji Medicinske fakultete, nekdanji predsedniki DZDS, nekdanji direktorji Stomatološke klinike in upokojeni uslužbenci Stomatološke klinike. Vabljeni gostja je bila gospa Agneta Ekman, "Chief Dental Officer" s švedskega ministrstva za zdravje. Program je povezovala simpatična gospa Tajda Lekše, za prijetno vzdušje med programom pa je poskrbela skupina Katrinas.

Razvoj Društva zobozdravstvenih delavcev Slovenije, ki združuje zobozdravnike, zobotehniko in zobne instrumentarke, je orisal predsednik društva prof. dr. Uroš Skalerič. Društvo je bilo ustanovljeno takoj po vojni. Pionirsko obdobje društva so zaznamovali organizacija strokovnih srečanj, začetek izobraževanja vseh zobozdravstvenih delavcev in ukinjanje zasebnega dela. Za obdobje razvoja društva je bilo značilno nezadostno število zobozdravnikov, zobotehnikov in zobnih instrumentark ter zelo pogosta oralna patologija. Šestdeseta leta prejšnjega stoletja je zaznamovalo hitro rastoče število zobozdravnikov ter organiziranje zobozdravstvenega preventivnega dela zobozdravnikov in sester v šolah in vrtcih. Prof. dr. Uroš Skalerič je poudaril, da smo lahko ponosni na doseženo pri pre-



Od leve proti desni: prof. dr. Boštjan Žekš, predsednik SAZU, prof. dr. Vladislav Pegan, predsednik Zdravniške zbornice Slovenije, mag. Andrej Bručan, minister za zdravje, prof. dr. Uroš Skalerič, predsednik DZDS in direktor Stomatološke klinike in prof. dr. Mitja Bartenjev, bivši predsednik DZDS in bivši direktor Stomatološke klinike

prečevanju kariesa otrok in mladostnikov ter na dosežke odpravljanja ortodontskih nepravilnosti. Nasprotno pa smo lahko zaskrbljeni nad vsesplošno razširjenostjo parodontalne bolezni in njenimi posledicami, visoko pojavnostjo raka v ustni votlini in naraščajočo oralno patologijo vse starejših prebivalcev.

Zobotehniko se kot nepogrešljiv člen zobozdravstvenega tima soočajo z nastalim položajem v zobozdravstvu, ko bodo pacienti morali vse večji del stomatoprotetične oskrbe plačevati iz lastnega žepa. Treba bo zmanjšati število vpisnih mest na zobotehnično šolo, kajti vedno več je zobotehnikov, ki ne dobijo zaposlitve.

Na ravni stomatoloških sester se obetajo težave, saj sta pretekli že dve desetletji, odkar je ukinjena zobozdravstvena smer na srednji zdravstveni šoli. Tako se na mestih zobozdravstvenih sester zaposlujejo zdravstveni tehniki in zobotehniko, ki nimajo ustreznih znanj. Upamo, da bodo prizadevanja, da se za zdravstvene tehnike organizira šestmesečno zobozdravstveno izpopolnjevanje, v bližnji prihodnosti obrodila sadove. Pri sekciji sester v DZDS je treba poudariti, da so že več kakor dve desetletji temeljni člen pri organizaciji strokovnih seminarjev v Rogaški Slatini.

Uresničila se je želja po ustanovitvi Višje strokovne šole za ustne higienike in v letošnjem letu bo diplomiralo prvih 18 študentov. Tako bo društvo poleg zobozdravnikov, zobotehnikov in sester dobilo še četrtega člana, ki bo prispeval k preprečevanju oralne patologije prebivalstva.

Nenehen prispevek k izobraževanju vseh zobozdravstvenih delavcev so vsakoletni strokovni seminarji v Rogaški Slatini kot nepogrešljiv vir teoretičnih in kliničnih znanj. V zadnjem desetletju so seminarji organizirani pod naslovom "Doktrina Stomatološke klinike", v spomin na pionirja slovenskega povojnega zobozdravstva prof. dr. Jožeta Ranta in častnega predsednika DZDS pa je društvo vpeljalo spominsko predavanje, vsako leto nastopi eden od uglednih tujih ali domačih strokovnjakov s posameznega področja zobozdravstva.

V 60 letih se je društvo ves čas trudilo, da bi s strokovnimi prireditvami in s strokovnim glasilom Zobozdravstveni vestnik dvigovalo in razvijalo teoretično in praktično znanje vseh zobozdravstvenih delavcev in služilo kot mesto dogovarjanja in izmenjave mnenj vseh poklicev v zobozdravstvu. Prof. dr. Uroš Skalerič je prepričan, da bo društvo to vlogo ohranilo tudi v prihodnje. Na koncu se je zahvalil vsem dosedanjim urednikom



Dr. Agneta Ekman, Ministrstvo za zdravje, Švedska

Zobozdravstvenega vestnika, bivšim predsednikom DZDS, ki so prispevali k uveljavljanju društva in njegovemu razvoju v 60 letih, članom izvršilnega odbora DZDS in vsem organizatorjem strokovnih srečanj.

Strokovno in razvojno pot Zobozdravstvenega vestnika je orisala sedanja glavna in odgovorna urednica prof. dr. Erika Cvetko. Revija je bila ustanovljena leta 1945 kot strokovno glasilo slovenskih zobozdravstvenih delavcev. Najtežje delo pri urejanju revije je čakalo prvega urednika prof. dr. Lojzeta Brenčiča (1945 – 1950), saj je šele zbiral izkušnje z urejanjem strokovne revije. Krog piscev, ki so ustvarjali slovenska strokovna in znanstvena besedila, je bil maloštevilen. Delo profesorja Brenčiča je naslednjih 10 let (1951 – 1960) nadaljeval prof. dr. Valter Krušič. Več kakor štiri desetletja (1961 – 2002) pa je za ugled revije skrbel prof. dr. Rajko Sedej. Tako dolgo obdobje dela urednika je redkost ne le v domačem, temveč tudi v mednarodnem strokovnem prostoru. To nevhvaležno vlogo je opravljal človek, ki so ga odlikovale številne zlahtne lastnosti: bil je cenjen zaradi svojega znanja, visokih moralno-etičnih načel in obdarjen z vizijo dela in ustvarjalno močjo. Z velikim osebnim trudom in popolno predanostjo urejanju revije je bil v obdobjih pomanjkanja kakovostnih prispevkov sam tvoren soustvarjalec člankov, saj spontane zavzetosti za pisanje kakovostnih prispevkov v slovenskem strokovno majhnem prostoru žal ni bilo nikoli v izobilju. Z lastnim pisanjem je bogatil in pestril slovensko strokovno izrazje in tako postal zgled za strokovno neoporečno in jasno, jezikovno pa bogato izražanje strokovnih dejstev. Za opravljeno delo se mu je sedanja urednica prof. dr. Erika Cvetko v imenu bralcev, piscev in članov uredniškega odbora zahvalila, ob čemer je dolgo odmevalo ploskanje prisotnih kot priznanje in dokaz spoštovanja profesorja Sedeja in njegovega dela.

V 60 letih je izšlo 11.470 strani strokovnih, znanstvenih in drugih besedil. Od leta 1998 je revija tiskana v barvah. V reviji ponujajo slovenskemu strokovnemu prostoru dognanja stroke najuglednejši strokovnjaki, ne le s področja zobozdravstva, temveč tudi z drugih področij. Poleg stroke poskuša revija negovati tudi lepo slovensko besedo in se bo še naprej trudila z uveljavljanjem slovenskega strokovnega izrazja v okviru možnosti, ki jih nudi slovensko besedotvorje. Glede na finančno-ekonomske zmožnosti se bo prilagajala novi informacijski tehnologiji. Sedanja urednica se je zahvalila članom uredniškega odbora, piscem, bralcem in vsem, ki so kakor koli prispevali k večji kakovosti in ugledu revije.

Razvoj Stomatološke klinike, ki že 60 let predstavlja vrhunsko terciarno ustanovo na področju zobozdravstva v Sloveniji, je predstavil njen strokovni direktor prof. dr. Uroš Skalarič. Začetki so bili v skromni hišici, ko je prvi predstojnik prof. dr. Jože Rant okrog sebe zbral peščico povojnih zdravnikov stomatologov, ki so pozneje postali predstojniki posameznih oddelkov in kateder na Medicinski fakulteti, ko se je leta 1949 začel študij stomatologije. Danes se strokovno delo odvija v okviru šestih centrov: Centra za otroško in preventivno zobozdravstvo, Centra za čeljustno in zobno ortopedijo, Centra za ustne bolezni in parodontologijo, Centra za zobne bolezni, Centra za fiksno protetiko in Centra za snemno protetiko. V vseh organizacijskih eno-



**Prof. dr. Erika Cvetko, glavna in odgovorna urednica Zobozdravstvenega vestnika**

tah zobozdravniki in njihovi sodelavci obravnavajo bolnike z zapleteno oralno patologijo, ki zahteva specialistično in interdisciplinarno oskrbo. Druga osnovna sestavina delovanja Stomatološke klinike je pedagoško delo. V obdobju od leta 1949 je Stomatološka klinika v sodelovanju z Odsekom za dentalno medicino Medicinske fakultete izobrazila več kakor 1600 stomatologov in več kot 200 specialistov vseh vej zobozdravstva. Dejstvo, da je večina stomatologov na Stomatološki kliniki habilitirana na Medicinski fakulteti, je porok za visokokakovostno pedagoško delo na dodiplomskem in podiplomskem študiju. Rezultati raziskovalnega dela kot tretje sestavine dela Stomatološke klinike so večje število magistrstev, doktoratov znanosti, objav v tuji literaturi ter aktivnih nastopov na domačih in mednarodnih kongresih. Prof. dr. Uroš Skalarič se je zahvalil vsem sodelavcem klinike, še posebej vsem direktorjem, prof. dr. Jožetu Rantu, prof. dr. Čedomirju Ravniku, prof. dr. Francu Farčniku in prof. dr. Mitji Bartenjevu, ki so v 60 letih soustvarjali in vodili kliniko ter pripomogli k njenemu ugledu v slovenskem zdravstvu in celotni družbi.

Razvoj Zobotehnične šole, ustanovljene leta 1945, je opisala Valerija Sedlar, inženirka laboratorijske protetike. Po 15 letih je šola leta 1960 dobila lastne prostore. V sedemdesetih letih so jo priključili drugim srednjim šolam in jih imenovali Šolski zdravstveni center. Leta 1999 pa se je šola preimenovala v Srednjo šolo za farmacijo, kozmetiko in zdravstvo. Dosedanje prenovne niso prispevale k večji strokovni usposobljenosti zobotehnika. Potrebe današnjega časa zahtevajo višjo raven strokovno-teoretičnega in praktičnega znanja na različnih področjih zobne protetike, zato je nujno potrebna nadgradnja v obliki višje ali visoke strokovne šole, ki bi zobotehniku omogočila pridobitev posebnih tehničnih znanj. V šestdesetih letih je šola izobrazila veliko dobrih in tudi nekaj svetovno priznanih zobotehnikov. Ob koncu se je gospa Valerija Sedlar zahvalila vsem učiteljem zobotehnične šole, ki so del svojega življenja posvetili vzgoji in izobraževanju zobotehnikov ter razvoju šole, pa tudi Društvu zobozdravstvenih delavcev Slovenije, ki je pripomoglo k ustanovitvi šole in ji je tudi pomagalo pri njenem razvoju.

Vabljen predavateljica gospa dr. Agneta Ekman je v preglednem in zanimivem predavanju predstavila organizacijo in delovanje zobozdravstvenega sistema na Švedskem. Za njihov sistem je značilno stalno izpopolnjevanje in iskanje optimalnih rešitev zobozdravstvene oskrbe prebivalcev. Njihova glavna skrb je posvečena preventivni in zobozdravstveni oskrbi otrok in mladine ter občanom, ki so upokojeni in starejši od 65 let. Odrasli zaposleni prebivalci pa morajo večji del zobozdravstvene oskrbe kriti iz lastnih prihodkov. Široka zobozdravstvena prosvetljenost in draga stomatoprotetična rehabilitacija vodi do dobrih ustnih higienskih navad in preventivnih kontrolnih pregledov pri zobozdravnikih in ustnih higienikih. Model zobozdravstvenega varstva na Švedskem bi lahko ob prilagoditvi verjetno ustrejal slovenskim razmeram.

Po uradnem delu proslave je bila v predverju pogostitev z družabnim srečanjem, ob katerem je bilo obilo priložnosti za strokovne pogovore in prijateljsko druženje. Spominjali smo se prehojene poti in pripravljali načrte za prihodnost. V času pred novimi izzivi si želimo, da bi bila tudi nadaljnja pot tako plodna in bogata. ■



**Valerija Sedlar, inž. laborat. prot., Srednja šola za farmacijo in zdravstvo**

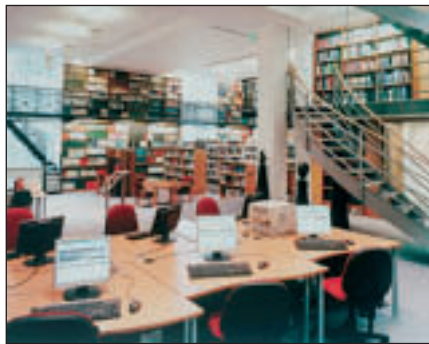
# Od zdravniškega recepta na papirusnem zvitku do sodobne digitalne knjižnice

Strokovni obisk univerzitetnih, raziskovalnih in medicinskih knjižnic v Londonu

Stanka Jelenc

**N**a začetku jeseni, med 6. in 9. septembrom, sem po dolgih letih spet obiskala London. Rdeči avtobusi, rdeče telefonske govorilnice, ljudje v vrsti vstopajo na avtobus, vse se je zdelo enako, le taksiji so se spremenili, danes so precej sodobnejših oblik in pisanih barv. V deželi, kjer ima tradicija pomembno mesto, še vedno skrbno negujejo kulturo pitja čaja, vozijo po levi, razdalje merijo v miljah namesto v kilometrih in večina Britancev je strašno ponosna na kraljevo družino. Podobno velja tudi za knjižnice, tako večje kakor manjše, z obsežnimi zbirkami gradiva, razporejenega na policah, kjer diši po starem papirju in znanju. Knjižnice so tam že od nekdaj in tudi v sodobnih časih digitalizacije in računalnikov ne bodo izgubile svojega pomena.

V Centralni medicinski knjižnici (CMK) se že nekaj let ukvarjam z medknjižnično izposojajo, kar pomeni, da precej sodelujem tudi s tujimi knjižnicami tako v Evropi kakor v Ameriki. Zato sem si želela obiskati nekaj univerzitetnih in medicinskih knjižnic ter si natančneje ogledati njihovo delovanje.



Notranost knjižnice društva Royal Society of Medicine na ulici Wimpole

## Royal Society of Medicine Library ♦

Sijalo je sonce, bilo je prijetno toplo, ko sem bila na poti v prvo knjižnico v centru Londona, knjižnico Kraljevega medicinskega društva na Wimpole Street 1.

Začetki že omenjenega društva – Royal Society of Medicine

(RSM), segajo nazaj v 18. stoletje, takrat so se namreč po Evropi in še zlasti v Veliki Britaniji začela oblikovati medicinska združenja, ki so med seboj povezovala zdravnike, kirurge in podobno misleče ljudi.

Danes je RSM neodvisno društvo, v katerem svoje poklicne interese združujejo zdravniki, veterinarji, študentje, profesorji in raziskovalci ter si izmenjujejo informacije in izkušnje na področju znanosti in medicinske prakse. V njihovih prostorih potekajo številne delavnice, kongresi, srečanja in tudi prijateljska druženja ter praznovanja.

Stavbo na ulici Wimpole so temeljito prenovili med letoma 1982 in 1986. V prostorih, kjer je nekdaj delovala okrajna pošta, je društvo dobilo veliko predavalnico ter razkošne klubske prostore, knjižnica pa približno šest kilometrov novih polic.

Pri vходу me je pričakal prijazen gospod, Ian Snowley, direktor

omenjene knjižnice. Pogovor sva začela ob skodelici čaja.

Knjižnica velja s svojo obsežno zbirko 500.000 knjig in 10.000 naslovi revij za največjo tovrstno ustanovo, namenjeno podiplomskim študentom v Evropi. V Londonu je javni prevoz zelo dobro organiziran, zato študentom ni težko najti poti do knjižnice, ki ima na voljo precej boljši izbor biomedicinske literature kakor posamezne medicinske fakultete v mestu.

Poleg revij in knjig, ki pokrivajo vsa medicinska področja, boste na policah našli tudi številne biografije, zdravstvene statistike ter tudi literaturo s področja medicinske etike. Med revijami so še vedno bolj naklonjeni tiskanim kakor pa sodobnim elektronskim verzijam. Med bralci namreč prevladujejo starejše osebe, ki pogosteje posegajo po klasičnih informacijah na papirju.

Ne glede na dejstvo, da samo za nakup strokovnih in znanstvenih revij vsako leto porabijo kar 350.000 funtov, je elektronske revije možno pregledovati le v prostorih knjižnice, saj jim založniki, kot je Elsevier, ne nudijo oddaljenega dostopa z domačih računalnikov.

Zelo ponosni so na zbirko več sto let starega gradiva. Najstarejša knjiga je iz leta 1474 in dva rokopisna zvitka, na katerih so zapisi o hemofiliji, za katero je bolehal kraljeva družina.

Ker je restavriranje gradiva zelo drag in zapleten postopek, poizkušajo nekaj sredstev pridobiti tudi od svojih obiskovalcev. Z akcijo Adopt a Book lahko obiskovalci za najmanjši znesek 35 funtov "posvojijo" eno od poškodovanih knjig ter sponzorirajo njeno vzdrževanje, v zahvalo pa je v njej zapisano njihovo ime.

Kar 90 odstotkov celotne zbirke lahko obiskovalci najdejo sami, saj je razvrščena na policah v ločenih nadstropjih. Prostorji so prijetni in imajo veliko dnevne svetlobe. Vseposod je dovolj mest za branje in študij, velikih in manjših čitalnic in tudi individualnih kotičkov za samostojno raziskovalno delo, ki so opremljeni za uporabo prenosnih računalnikov. Zanimivo je, da je bil ta prostor kot knjižnica zasnovan že leta 1912, tako da temeljito preurejanje niti ni bilo potrebno, pač pa so pozneje dodali le vso sodobno napeljavo.

V deželi, kjer je status knjižničarja podoben kakor v Sloveniji, saj je plačan slabše od učitelja, to vsekakor ni samo ženski poklic. V knjižnici RSM je od skupno 22 zaposlenih kar slaba polovica moških. Poleg tehničnega osebja so to večinoma knjižničarji z visokošolsko izobrazbo.

RSM je neprofitna organizacija, kar pomeni, da denarja ne dobivajo iz državne blagajne, pač pa izključno preko članarin svojih uporabnikov. Cene so različne, najnižje so za podiplomske študente, 25 funtov na leto, najvišje za profitne organizacije.

## Imperial College v South Kensingtonu ♦

V zahodnem delu Londona, v South Kensingtonu, prav blizu Hyde Parka, stoji ogromen kompleks, imenovan Imperial College. Na tem



mestu je že vse od leta 1907, čeprav ne v takšnem obsegu kakor danes, ko se prostori posameznih fakultet razprostirajo na nekaj hektarih površin, ime Imperial pa nosi celo ena od ulic v študentskem naselju.

Ustanova je po podatkih šanghajske univerze uvrščena na seznam 50 najboljših univerz na svetu. Raziskovanje in izobraževanje potekata na štirih fakultetah: na fakulteti za naravoslovne vede, za tehnologijo, za bioznanosti in na medicinski fakulteti. Skupno število študentov na dodiplomski in podiplomski ravni je 11.152, kar slaba četrtina jih je iz tujine. Polovica tujih študentov je predvsem iz bogatih azijskih dežel, Kitajske, Malezije in Singapurja.

Na medicinski fakulteti trenutno študira približno 2000 študentov, vsako leto se jih na dodiplomski študij vpiše 300. Študij traja šest let, velik poudarek je na kliničnem delu, ki se odvija kar na šestih učnih bolnišnicah v Imperialu. Fakulteta tesno sodeluje z osrednjo zdravstveno organizacijo v Veliki Britaniji, z NHS – National Health Service. Na trgu delovne sile se vsako leto pojavi 1000 novih zdravnikov, kar pa še vedno ne zadostuje dejanskim potrebam. V dneh mojega bivanja v Londonu je bilo precej vročih razprav, v katere je bil vključen celo sam ministrski predsednik Tony Blair. Po priporočilih NHS naj bi prišel vsak državljan do svojega splošnega zdravnika v 48 urah. Statistike pa prikazujejo drugačno zgodbo, vsaj pet milijonov pacientov mora na obisk čakati več kakor dva dneva, kar dejansko spodbija trditve pristojnih služb, da je pot do zdravnika v Veliki Britaniji hitra in enostavna.

Univerzitetni študijski programi na posameznih smereh spodbujajo interdisciplinarno delo, so tesno povezani z industrijo, trgovino in zdravstvom ter se močno prilagajajo spreminjajočim se potrebam v družbi.

Imperial želi ostati med najboljšimi svetovnimi univerzami in v svoje vrste vključiti najboljše študente ter najkakovostnejše profesorje z vsega sveta.

Sredi akademskega okolja deluje tudi osrednja knjižnica Imperial College London Library.

Pot v notranjost štirinadstropne stavbe vodi mimo vratarja, ki ni le vratar, po poletnih terorističnih napadih mora namreč poskrbeti tudi za dodatno varnost.

Gradiva je ogromno, skrbno je urejeno po znanstvenih disciplinah ter shranjeno v različnih nadstropjih. Trenutna zbirka revij šteje 13.500 naslovov, od teh jih je kar 11.000 v elektronski obliki. Samo za nakup revij vsako leto odštejejo kar 2,8 milijona funtov. Razpršenost in veliko število elektronskih informacijskih virov je dandanes postalo težko obvladljivo, iskanje ustrezne literature pa zahteva ogromno časa. Na Imperialu so v začetku letošnjega leta uvedli knjižnični informacijski portal, ki omogoča tako uporabnikom kakor knjižničarjem hkratno iskanje po vseh dosegljivih e-virih v matični ustanovi, ne glede na različne ponudnike ali vmesnike, ki jih uporabljajo založniki. Dodatna programska oprema nam omogoča, da z nekaj kliki pridemo do želenega članka v polnem obsegu.

Pri ogromnih vsotah, namenjenih za znanstveno literaturo, so tudi licenčni pogoji uporabe elektronskih virov precej bolj prilagodljivi kakor v manjših knjižnicah. Imperial vsem svojim članom omogoča, da z gesli uporabljajo informacijske vire tako znotraj fakultet in knjižnice, kakor tudi doma na svojih računalnikih.

Informacijski portal in oddaljeni dostop tudi v slovenskem knjižničnem prostoru nista novost.

Ena od zanimivosti je tudi urejanje bibliografske podatkovne baze, v katero so vključena vsa dela in objave profesorjev, raziskovalcev in drugih zaposlenih na Imperialu. Knjižnica je za vzdrževanje in redno osveževanje prejela posebno finančna sredstva.

Knjižnica je študentom na voljo vse dni v tednu, s prilagojenim urnikom ob sobotah in nedeljah. V letu 2004 se je pojavila želja, da bi bila odprta vse dni v tednu, 24 ur na dan. Osebe se je zavzelo lotilo

projekta 24/7 in študentom ponudilo uporabo gradiva, študijskih čitalnic, računalnikov in kopirnih strojev tudi v nočnem času. Največ obiska so zabeležili v času izpitnih rokov v aprilu in maju, takrat je bilo namreč še ob štirih zjutraj v knjižnici vsaj 100 obiskovalcev. Žal je to imelo tudi nekaj slabih strani, kot na primer velik nered, gradivo je bilo neurejeno, bilo je precej hrupa ter tudi smeti, tako da do jutranjih ur prostorov enostavno niso mogli pripraviti za normalno delovanje. Glede na tovrstne izkušnje je osrednja knjižnica 24 ur na dan odprta le v času velikonočnih počitnic in poletnega semestra.

Tako kakor vse knjižnice se tudi Imperial svojim bralcem predstavlja preko spletnih strani. Ob vsej poplavi informacij v elektronski obliki pa štirikrat na leto izdajo svoje glasilo v tiskani obliki. Vsem uporabnikom namreč želijo na bolj osebni način sporočiti, da ima knjižnica poleg virtualne podobe tudi svoj človeški obraz.

Ura je bila že precej čez peto, ko sem se vračala nazaj v hotel. Večina Londončanov je v tem času ravno odhajala iz službe domov. Pred številnimi publi se je gnetla množica moških in žensk, oblečenih v elegantne temne obleke, vsak s svojim vrščkom piva v roki in se grela na popoldanskem soncu. Navada je, da greš po službi s sodelavci ali prijatelji še na en "pint", so mi razložili.



Nekdaj prvi londonski nebotičnik, v katerem je danes sedež londonske univerze, v zgornjih nadstropjih nebotičnika domuje Senatna knjižnica (Senate Library).

## Senate House Library

"Se zanimate kaj za kriket?" so me vprašali, ko sem na četrtkovo jutro obiskala knjižnico v Senatni hiši. Po enodnevem bivanju v Londonu sem že sama opazila, da so televizajska poročila nenehno omenjala kriket, vremenarji pa so držali pesti za lepo vreme. V tistih dneh se je namreč odvijalo prvenstvo med Angleži in Avstralci za prestižni pokal, imenovan Ashes, ki ga Angležem ni uspelo osvojiti zadnjih 18 let. Jim bo morda uspelo letos?

Knjižnica Senatne hiše deluje v okviru lon-

donske univerze ter s še nekaterimi drugimi sestavlja skupino raziskovalnih knjižnic, ki nudijo podporo študiju in raziskovanju na področju umetnosti, humanistike in družboslovja. Njihove zbirke so uporabnikom na voljo preko vzajemnega kataloga COPAC ([www.copac.ac.uk](http://www.copac.ac.uk)).

Knjižnica deluje že vse od leta 1870 in zaseda prostore od četrtega do sedmega nadstropja precej v nebo segajoče stavbe, v kateri je sedež londonske univerze. Kot prvi londonski nebotičnik je Senatna hiša s svojim takrat nenavadnim videzom na nek način navdušila slavnega pisatelja Georga Orwella, ki je o njej pisal v svojem romanu "1984".

Na prvi pogled velike sobane s stari lesenimi pohištvo in škripajočimi lesenimi tlemi delujejo kot ogromen labirint. Za več kakor dva milijona knjig počasi že zmanjkuje prostora, zato so nekatere skrbno zložene kar na tleh. Po vselitvi dveh manjših knjižnic bo prostorska

stiska še večja.

Pa vendar tu ne diši samo po starih knjigah iz časov Shakespeara, temveč tu domujejo tudi sodobne pridobitve v obliki računalnikov, podatkovnih baz in najrazličnejših elektronskih virov.

Ta knjižnica ima zelo pomembno funkcijo, saj je največji repozitorij disertacij celotne univerze. Vse gradivo tam tudi katalogizirajo, nato pa en izvod vsake naloge vrnejo matični fakulteti, drugega pa obdržijo. Uporabnikom je gradivo dostopno le v čitalniških prostorih, druge knjižnice pa si ga lahko izposodijo preko medknjižnične izmenjave. Trenutno imajo skupaj 170.000 del. Zanimivo je, da so naloge na voljo le v tiskani obliki oziroma na mikrofilmu. Zaenkrat še ne razmišljajo o prenosu na elektronski medij.

Precej besed je bilo namenjenih tudi avtorski zakonodaji. To je nekaj, s čimer se uporabniki knjižnic v Veliki Britaniji srečujejo vsak dan. Vsakič, ko potrebujejo kopijo članka, morajo podpisati obsežno izjavo o zaščiti avtorske lastnine.

Britanci se pri tem sklicujejo tako na (tudi nam znano) evropsko smernico iz leta 2001 kakor tudi na spremenjeni zakon o avtorskih pravicah iz oktobra 2003, ki močno omejuje vsakršno posredovanje gradiva v komercialne namene.

Ob obisku v knjižnici morate torej izjaviti, da kopije, za katero prosite, niste naročili že prej, ne vi ne vaš sodelavec. Uporabite jo lahko samo v nepridobitne namene in je ne smete posredovati drugim osebam. V primeru, da ste članek prejeli v elektronski obliki, si ga lahko natisnete samo enkrat. Podobna pravila, kot so "prepovedano kakršnokoli razmnoževanje in shranjevanje" so znana tudi nam, vendar s to razliko, da se teh načel v Veliki Britaniji držijo dosledno, pa naj gre za kopiranje cele knjige ali samo članka na nekaj straneh.

Britanske knjižnice ravno zaradi stroge avtorske zakonodaje ne sodelujejo s konzorcijem nemških knjižnic Subito.

## Wellcome Library

Nedaleč stran od Britanske knjižnice ter železniške postaje St. Pancras, najlepšega primerka gotske arhitekture iz viktorijanskega obdobja, na hrupni in zelo prometni Euston Square domuje manjša, a zelo prijetna knjižnica za zgodovino medicine – Wellcome Library. Hišna številka 210 je le začasna, spomladi 2006 se bo namreč preselila v svoje stare, takrat že povsem prenovljene prostore na nasprotni strani ulice.

Knjižnica deluje v okviru Centra za zgodovino medicine – Wellcome Trust Centra, ki je v Veliki Britaniji najpomembnejši sponzor biomedicinskih raziskav. To neodvisno raziskovalno organizacijo so ustanovili leta 1936 na željo Henryja Wellcomea, zelo uglednega in bogatega gospoda, lastnika farmacevtske družbe in obsežne zbirke literature s področja alkimije, etnografije in antropologije.

Wellcome Trust Centre se ukvarja z raziskovanjem zgodovine medicine kot znanstvene discipline in področja, ki vzbuja zanimanje širše javnosti. Zgodovina je zelo pomemben dejavnik v našem življenju, saj so ljudje od nekdaj zbolevali in umirali za različnimi boleznimi. Skozi zgodovino medicine lahko pojasnimo nastanek in razvoj določenih bolezenskih stanj, številne nalezljive bolezni in tudi vzroke, ki so povzročili smrt.

Od 2000 naprej je tesno povezan z eno pomembnejših londonskih univerz – University College London in organizira tri različne programe študija zgodovine medicine na dodiplomski in podiplomski ravni.

Knjižnica Wellcome je ena od vodilnih ustanov na svetu, ki zbira in hrani gradivo s področja zgodovine medicine ter hkrati tesno sodeluje pri izobraževalni in raziskovalni dejavnosti.

Odpрта je širši javnosti, vstop je prost, ob prvem obisku je potrebna prijava. Lepo oblikovana izkaznica s fotografijo, izdelana na licu

mesta, velja tri leta, z njo pa lahko vstopate v različne prostore znotraj knjižnice.

Lani so imeli kar 30.000 obiskovalcev, poleg zdravnikov in študentov še številne zgodovinarje, novinarje in umetnike.

Obsežna zbirka gradiva je začasno shranjena v manjših sobah in razpostavljena na kovinskih policah. Zaradi omejenih finančnih sredstev revije niso v vezanih zvezkih s trdimi platnicami, temveč so posamezne številke shranjene v plastičnih ali kartonastih koških in na tak način vsaj delno zavarovane pred poškodbami. Nekaj podobnega sem opazila tudi v drugih londonskih knjižnicah.

Prijeten in domač občutek bralcu nudijo svetle čitalnice z velikimi lesenimi mizami in sodobno računalniško opremo.

V teh prostorih boste našli literaturo v vseh svetovnih jezikih, od Daljnega vzhoda do Evrope in obeh Amerik, za vsa časovna obdobja od 14. stoletja pa vse do danes. V več kakor 600.000 knjigah in revijah lahko prebiramo o evoluciji, religiji, javnem zdravstvu, čarovništvu in magiji ter tudi o astrologiji in uporabi zdravilnih rastlin. Pozornost je namenjena tako zgodovinskemu razvoju tradicionalne medicine, kakor tudi alternativnih načinov zdravljenja v orientalskih deželah, na primer v Indiji in na Kitajskem. Med najstarejšimi dokumenti naj omenim na roke napisan listič, zdravniški recept na papirusu iz 1100 pr. n. št. in dokumente iz osebne zbirke medicinske sestre Florence Nightingale.

Zgodovina medicine je vsekakor več kakor le kronološki pregled posameznih bolezni, poteka zdravljenj, revolucionarnih odkritij in pomembnejših imen zdravnikov.

V času novih prihajajočih tehnologij se je ambicioznega projekta, imenovanega digitalizacija, lotila tudi knjižnica Wellcome. Po podpisu sporazuma z ameriško nacionalno knjižnico za medicino NLM ter zagotovljenih finančnih sredstvih so že začeli z digitaliziranjem dveh milijonov strani besedil (iz približno 15 revij). To gradivo bo brezplačno dostopno na internetu, in sicer v okviru PubMed Central, elektronskega arhiva biomedicinske literature na spletnih straneh NLM.

## British Library

V petek, zadnji dan svojega bivanja v Londonu, sem obiskala britansko nacionalno knjižnico (British Library), ki stoji le nekaj metrov stran od železniške postaje King's Cross/St. Pancras, ki je bila pred nekaj meseci tarča terorističnih napadov. Tudi danes se človek ne počuti povsem varno v zatohlih hodnikih podzemne železnice, niti pogled na uniformirane policiste s strelnim orožjem v rokah in slednimi psi ne daje



British Library - ena izmed ogromnih in sodobno opremljenih čitalnic



Zapuščina kralja Jurija III - ena od številnih dragocenosti v British Library

občutka, da bi potnike lahko obvarovali pred ponovnim napadom. Množica mimoidočih blelih anglosaških obrazov, temnopoltih Afričanov, v turbane in sarije zavitih Indijcev ter številnih drugih priseljencev v etnično razgibanem Londonu je neobvladljiva. Človek dobi občutek, da je vsak od njih lahko terorist.

Britanska knjižnica deluje na treh različnih lokacijah. Poleg nacionalne deluje v Yorkshiru, prav

blizu škotske meje, v manjšem Boston Spaju, Center za dostavo dokumentov – Document Supply Centre, eden največjih svetovnih dobaviteljev literature. S tem centrom že več let sodeluje tudi naša knjižnica.

V severnem delu Londona, imenovanem Colindale, pa se nahaja še nekoliko manjša knjižnica, ki hrani obsežno zbirko časopisov.

Prostore nove Britanske knjižnice so javnosti odprli leta 1998 ter s tem zaključili gradnjo največje stavbe v kraljevini v 20. stoletju, ki jo je vodil arhitekt z zelo dolgim imenom Sir Colin St. John Wilson. Do leta 2000 je bil to hkrati tudi najdražji projekt, za katerega so porabili kar 500 milijonov funtov. Potem pa so na prvi dan novega tisočletja blizu Greenwica odprli vrata znamenitega Millenium Doma, ki je državo stal kar 750 milijonov funtov. Njegova prihodnost je zelo negotova, pa tudi sedanjost je zelo vprašljiva. Samo za tekoče vzdrževanje vsak dan porabijo kar 100.000 funtov. Vsi se strinjajo, da je bila gradnja britanske nacionalne knjižnice v vsakem primeru smotrnejša poraba davkoplačevalskega denarja.

Vsem zunanjim obiskovalcem je na voljo vodeni, vendar ne brezplačni ogled določenega dela knjižnice. Za opis tako veličastnega objekta lahko uporabimo le presežnike.

Sama stavba je zgrajena v obliki ogromne ladje, ki ji ne manjka niti dimnik. Od 14 nadstropij jih kar devet leži pod zemljo, 24,5 metra globoko, kjer so skladišča stisnjena med rove podzemne železnice. Za samo gradnjo in tudi notranjo opremo so uporabili najboljše materiale, potrebnih je bilo kar 10 milijonov opek in 180.000 ton cementa.

Britanska knjižnica hrani po en izvod vsake publikacije, ki izide v Veliki Britaniji in na Irskem. Na 625 km knjižnih polic je shranjenih kar 150 različnih vrst gradiva – knjig, revij, časopisov, rokopisov, slik itd. Vsako leto tej obsežni zbirki na novo dodajo tri milijone novih primerkov, za kar potrebujejo 12 km polic in 10 milijonov funtov. Če bi si želeli na hitro ogledati celotno zakladnico, bi potrebovali kar 80.000 let, pod pogojem, da bi si vsak dan ogledali vsaj pet enot. Gradivo vsekakor dobro služi svojemu namenu, vsak dan ga namreč uporablja kar 16.000 ljudi.

Omeniti moram tudi dragoceno zbirko 80.000 znamk, med katerimi je tudi najstarejša angleška znamka s kraljičino podobo, imenovana Penny Black.

Zbirka patentov je sploh največja na svetu, saj obsega 53 milijonov izvodov, bralcem pa so dostopni v čitalniških prostorih.

Glede na to, da je večina zbirke shranjena v podzemnih skladiščih

in tako skrita očem javnosti, lahko bralci podatke o gradivu najdejo v novem integriranem katalogu, po vzoru ameriške Kongresne knjižnice, ki je pred leti nadomestil manjše ločene kataloge. Po njem vsako minuto brska kar 19 uporabnikov.

Knjige iz podzemnih skladišč potujejo po posebnem tekočem traku, na obeh straneh pa jih sprejmejo zaposleni ter postavijo na ustrezno polico ali dostavijo na določen oddelek.

Britanska knjižnica je hkrati tudi velik muzej, ki hrani poleg najstarejše tiskane knjige na svetu tudi čudovito zbirko starih rokopisov, papirusov, knjig in zemljevidov, ob katerih človeku zastane dih. Že pogled na Kraljevo knjižnico, zapuščino kralja Jurija III., 65.000 dragocenih knjig, natisnjenih v času od 15. do začetka 19. stoletja, shranjenih v osrednjem steklenem stolpu v šestih nadstropjih, nudi popoln estetski užitek. Zbirka je na voljo tudi bralcem, saj je uporaba knjig možna pod posebno UV-svetlobo. Pogostokrat zato lahko skozi steklo zremo na zaposlene v belih haljah in zaščitnih rokavicah, ki iščejo ustrezno literaturo.

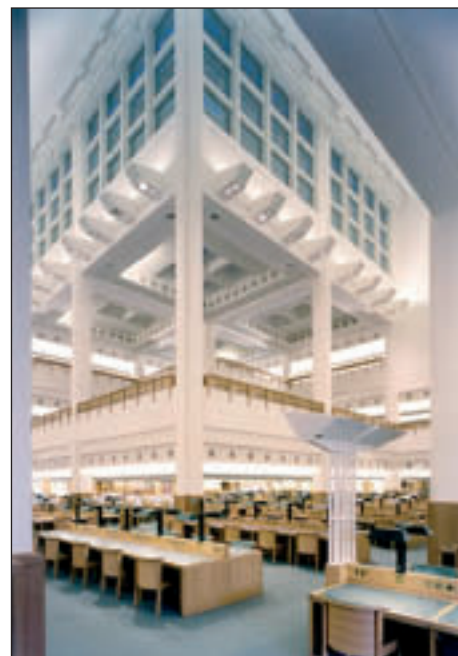
Drugi del mojega obiska je bil namenjen Oddelku za znanost in tehnologijo.

Vrata Britanske knjižnice so odprta od ponedeljka do petka, le razstavni prostori in galerije tudi ob nedeljah. Študij in izposoja gradiva sta možna le v čitalniških prostorih, izposoja na dom ni možna. Izposoja namreč opravlja že omenjeni center v Boston Spa. To hkrati tudi pomeni, da sta na vseh treh lokacijah na voljo vsaj dva izvoda pomembnejših naslovov knjig in revij, londonska kopija mora biti vedno na voljo v čitalnici, medtem ko se kopija iz Yorkshira izposoja drugim knjižnicam tudi zunaj Velike Britanije.

Za uporabo čitalnice je treba pridobiti brezplačno izkaznico. Čitalnice so kar tri, razporejene v treh nadstropjih. V dveh hranijo gradivo s področja naravoslovja, tehnologije, medicine in kemije, tretja je namenjena družboslovnim vedam. Prvi dve sta prava arhitektonska posebnost, saj sta v obliki teras nanizani druga nad drugo. Določeni deli so povsem odprti, brez predelnih sten, kar daje občutek zračnosti in navidez poveča že tako ogromne prostore. K prijetnemu vzdušju še dodatno pripomorejo velika okna, tako da je na voljo dovolj dnevne svetlobe.

V vseh treh čitalnicah je na voljo 1200 sedežev. Izkaznico za uporabo čitalniških prostorov na St. Pancrasu ima trenutno 150.000 obiskovalcev. Lani se je v teh prostorih zvrstilo kar 400.000 bralcev. Res zelo presunljivi podatki.

Knjige so skrbno razvrščene po policah, v uporabi pa so kar trije različni klasifikacijski sistemi: UDK (univerzalna decimalna klasifikacija), njihova interna klasifikacijska shema, za področje biomedicine pa se uporablja klasifikacija ameriške



Čitalnica na oddelku za znanost, kjer je včasih težko dobiti prosto mesto za študij.

nacionalne knjižnice za medicino US NLM. Na policah nikdar ne hranijo starejših izdaj istega avtorja, pač pa le najnovejšo, vse druge preselijo v klet. Bralcem je prosto dostopno gradivo od leta 1994 naprej, vse drugo je treba naročiti. Približno dve uri traja, da knjiga iz podzemnega skladišča pride do čitalniških prostorov.

Enako velja tudi za revije. Knjižnica ima v svoji zbirki 60.000 naslovov, ki trenutno izhajajo in so večinoma v angleškem jeziku, vključuje pa tudi nekaj pomembnejših tujejezičnih publikacij. Na policah bralci lahko najdejo vse izvode od leta 1994 dalje. Da bi zavarovali občutljivo gradivo, so drobni zvezki za posamezno leto praviloma vezani v večje s trdimi platnicami. Stroški tovrstne vezave so kar visoki, to si lahko privoščijo le najbogatejše knjižnice.

Pogostokrat revije v elektronski obliki nadomeščajo tiskano verzijo. Trenutno Britanska knjižnica nudi dostop do 4.000 različnih naslovov, uporaba pa je možna le v čitalniških prostorih.

Znotraj Britanske knjižnice deluje tudi Center za gospodarstvo in intelektualno lastnino, ki se ponaša z najbolj obsežno zbirko poslovnih informacij v Veliki Britaniji.

Gradivo, kot so poročila in revije s področja trženja, letna poročila podjetij, informacije o konkurenčnih podjetjih, statistični pregledi poslovanja, nudi praktične informacije podjetnikom ter vsem, ki šele stopajo na to pot.

V centru hranijo tudi pomembno patentno zbirko, kjer inovatorji lahko zaščitijo tudi svoj izum.

Letos spomladi je Londonska razvojna agencija centru namenila en milijon funtov, da bi povečal in preuredil svoje prostore ter s tem povečal obseg svojega delovanja.

Direktor Britanske knjižnice Lord Eatwell s svojimi sodelavci, na vseh treh lokacijah jih je skupaj kar 2246, ima pred seboj zelo velikopotezne projekte. Britanska knjižnica napoveduje prehod na digitalno objavlanje do leta 2020. Takrat bo namreč, po napovedih sodeč, v Veliki Britaniji kar 40 odstotkov vseh monografij na voljo le v elektronski obliki, medtem ko bo 50 odstotkov gradiva še vedno na voljo v tiskani in digitalni obliki. Drugih 10 odstotkov pa bo še vedno le na papirju. Tej prihodnji viziji se mora prilagoditi tudi Britanska nacionalna knjižnica ter razviti ustrezno infrastrukturo za hranjenje, upravljanje, zaščito in dostop do digitalnega gradiva, tako kakor so pred 250 leti za tiskano gradivo poskrbeli naši predniki.

Digitalno gradivo je namreč pogostokrat bolj občutljivo od tistega na papirju, njegovo hranjenje je namreč kar petkrat dražje od hranjenja klasičnega tiskanega gradiva. Če naša skrb zanj ne bo ustrezna, nam ga ne bo uspelo shraniti za prihodnje rodove.

Nad Londonom so se tisti čas zgrnili težki sivi oblaki, iz katerih so že začele padati prve dežne kaplje. Igrišče Oval je samevalo, prvenstvo v kriketu se je nadaljevalo šele v soboto dopoldne, takrat pa bo verjetno znan tudi že zmagovalec.

P. S. Angležem je uspelo premagati Avstralce, "Ashes" je po dolgem času spet v britanskih rokah. ■

## DELO ZBORNICE

# Zapisniki IO ZZS

## Zapisnik 17. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 27. oktobra 2005

Prisotni člani izvršilnega odbora: prim. asist. Mateja Bulc, dr. med., prim. Jožef Ferk, dr. med., prof. dr. Matija Horvat, dr. med., prof. dr. Andreja Kocijančič, dr. med., prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., Žarko Pinter, dr. med., Tatjana Puc Kous, dr. med.

Prisotni vabljeni: Elizabeta Bobnar Najžer, prof., Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., mag. Zlatko Fras, dr. med., Anica Novak, dr. med., doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.

Vladislav Pegan je predlagal razširitev dnevnega reda pod točko razno. Predlagal je, da se dodatna točka "predlog sprememb splošnega dogovora za leto 2005, ki naj bi veljale v letu 2006" prestavi na eno od naslednjih sej, ko bo prisoten poročevalec ter bo gradivo posredovano nekaj dni pred sejo in ne eno uro prej. Vprašal je Tatjano Puc Kous, če mora biti gradivo nujno obravnavano.

Tatjana Puc Kous je povedala, da naj bi pred sejo potekal sestanek o tem z Janijem Derničem, dr. med., vendar sestanka ni bilo, zato je gradivo prišlo tako pozno. Odgovorila je, da je bil predlog že posredovan Ministrstvu za zdravje ter da ni treba sprejemati sklepa, gre le

za informacijo. Predlagala je, da bi člani izvršilnega odbora odločali korespondenčno, če bi bilo treba.

Vladislav Pegan je povedal, da se o točki ne bo razpravljalo ter da je izvršilni odbor obveščen o zadevi. Predlagal je sprejem dopolnjenega dnevnega reda, prisotne pa seznanil, da točka 5 odpade zaradi časovne stiske za pripravo gradiva.

Sklep št. 235/17/2005:

1. **Potrditev zapisnika 16. seje izvršilnega odbora z dne 13. 10. 2005 ter poročilo o izvršitvi sklepov.**
2. **Nadzori – načrt za leto 2006.**
3. **Predlog Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij.**
4. **Izredni strokovni nadzor s svetovanjem pri M. V., dr. dent. med.**
5. **Predstavitev nove smernice EU o vzajemnem priznavanju poklicnih kvalifikacij.**
6. **Predlog pogodbe o poslovnem sodelovanju pri izvajanju prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj.**
7. **Razno.**

**K 1. točki dnevnega reda: Potrditev zapisnika 16. seje izvršilnega odbora z dne 13. 10. 2005 ter poročilo o izvršitvi sklepov.**

Brane Dobnikar je poročal o izvršitvi sklepov 16. seje izvršilnega odbora.

Žarko Pinter je podal pripombo na sprejeti sklep 5. točke dnevnega reda 16. seje "Mnenje Zbornice k podelitvi koncesije". Opozoril je, da pravzaprav ni čisto jasno, kaj se sprejema glede na veljavne pravilnike. Povedal je, da bi skupina za akte morala bolj natančno razdelati pravilnike in jih spremeniti po potrebi.

Brane Dobnikar se je zahvalil za pobudo ter povedal, da skupina za akte že deluje v tej smeri.

Matija Horvat je pri svoji razpravi o medsebojnem vplivu zdravil opozoril na napačno črkovanje, pravilno je e-pokrates in ne Hipokrates.

Tatjana Puc Kous je dodala pripombo na drugi strani zapisnika pri 2. točki z željo, da se bolj jasno napiše "program interakcij", in sicer "računalniški program interakcij med zdravili". Omenila je, da je na zadnji seji podprla udeležbo gospe Elizabete Bobnar Najžer na konferenci o varnosti bolnikov ter predlagala, da se njena izjava doda v zapisnik.

*Sklep 236/17/2005:*

**Izvršilni odbor potrdi dopolnjeni zapisnik 16. seje izvršilnega odbora z dne 13. 10. 2005.**

Sklep je bil soglasno sprejet.

### **K 2. točki dnevnega reda: Nadzori – načrt za leto 2006**

Andreja Kocijančič je povedala, da je odbor za strokovno-medicinska vprašanja razpravljal o izvedbi strokovnih nadzorov za leto 2006. Omenila je, da je po pravilniku o strokovnem nadzoru treba redni strokovni nadzor pri posameznem zdravniku opraviti enkrat v licenčnem obdobju. Razložila je, da ima odbor za strokovno-medicinska vprašanja javna pooblastila za 40 nadzorov na leto, v letu 2006 pa je 461 zdravnikov pred iztekom licence in pri katerih v zadnjih sedmih letih ni bilo opravljenega nadzora. Predlagala je dve možni rešitvi, in sicer:

da se spremeni Pravilnik o strokovnih nadzorih in črta člene, ki govorijo o strokovnih nadzorih s svetovanjem. MZ je treba obvestiti, da bodo sredstva iz javnih pooblastil uporabili samo za izredne strokovne nadzore in ekspertna mnenja ob pritožbah.

Redne strokovne nadzore s svetovanjem bodo organizirali v obliki internih strokovnih nadzorov. Redne strokovne nadzore s svetovanjem naj izvajajo odgovorni v zdravstvenih zavodih, pri zasebnih zdravnikih pa skupina zdravnikov, s katero se zdravnik zasebnik povezuje (v nadaljevanju se za vse oblike organiziranosti zaradi preglednosti uporablja izraz zavod).

Povedala je, da so izdelana navodila za izvedbo internih strokovnih nadzorov ter da je treba zapisnike internih strokovnih nadzorov vsaj enkrat v licenčnem obdobju dostaviti odboru za strokovno-medicinska vprašanja. Odbor bo vsako leto poslal vsem zdravstvenim zavodom spisek zdravnikov, ki jim v tistem letu poteče licence. Pravilnik o strokovnih nadzorih pa je treba ustrezno spremeniti.

Janko Kersnik je razložil navodila za izvedbo strokovnih nadzorov. Omenil je, da se interni nadzori izvajajo zelo različno, zato so bila pripravljena navodila. Povedal je, da Zbornica ne zahteva od zavodov, da izvajajo strokovne nadzore, saj je to njihova obveza po zakonu. Razložil je, da se interni nadzor izvaja s samonadzorom (izobraževanje, skrb za sodelovanje pri različnih dejavnostih) in vodstvenim nadzorom (vodja oddelka bdi nad strokovnostjo dela zaposlenih). Povedal je, da naj bi se ti podatki na določen način zbrali na obrazcu. Glede vrednotenja je povedal, da so našteje vse pomembne dejavnosti, ki so povezane s strokovnim delom. Gre predvsem za pripomoček tistim, ki izvajajo interni nadzor, ter možnost, da so dokumenti, ki prihajajo na Zbornico, poenoteni.

Andreja Kocijančič je povedala, da je predlog odprt za razpravo ter da je nastal iz enoletne izkušnje. Kot sporne je omenila zasebne zdravnike,

saj niso tako organizirani, da bi lahko sami pri sebi izvajali notranje strokovne nadzore. Omenila je, da je bilo o tem že kar nekaj razprav ter da so se že začele dejavnosti, ki vodijo k spremembi.

Vladislav Pegan se je strinjal s popravkom pravilnika o nadzorih, prosil pa je za pisno gradivo. Za zasebne zdravnike je omenil, da bi morali imenovati določeno skupino za izvedbo notranjih nadzorov. Treba je omogočiti izvrševanje internih strokovnih nadzorov tudi pri zasebnikih, kar do sedaj ni bilo urejeno. Po istem načelu, kot bi veljalo za zaposlene zdravnike, bi se izvajali interni nadzori pri zdravnikih, ki jim poteka licenčno obdobje, enako tudi v primerih reševanja pritožb za potrebe OSM.

Tatjana Puc Kous je povedala, da je odbor za zasebno dejavnost že poslal svoj predlog odboru za strokovno-medicinska vprašanja. Povedala je, da naj bi zasebni zdravniki vsako leto izpolnili obrazec splošnega znanja in specialističnega znanja, obrazce bi zbirali na Zbornici, pri odboru za zasebno dejavnost. Predlagala je, da bi izoblikovali skupni obrazec.

Žarko Pinter je dodal, da je ravno zato težava s Pravilnikom o pritožbenih postopkih, ker te stvari niso bile dokončno urejene. Predlagal je, da bi ta dodatni del posredovali pravni službi Zbornice, nato bi lahko na eni od naslednjih sej skupščine sprejeli predlog.

Jožef Ferk je vprašal, kdo bi izdal poročilo o strokovnem nadzoru za zasebnega zdravnika.

Tatjana Puc Kous je odgovorila, da bi se podatki zbirali ter bi nato določili merila. Predlagala je, da na tej seji izvršilnega odbora še ne bi sprejemali sklepov ter da bi vprašanje še enkrat pregledal odbor za zasebno dejavnost.

Andreja Kocijančič se je strinjala, da na tokratni seji še ne sprejmejo sklepov, predlog pa bi bil pripravljen do naslednje seje izvršilnega odbora, da bi o njem lahko razpravljali na letošnji seji skupščine.

*Sklep 237/17/2005:*

**Izvršilni odbor se je seznanil z navodili za izvedbo strokovnih nadzorov za leto 2006. IO bo o predlogu navodil za izvedbo strokovnih nadzorov sklepal na eni od prihodnjih sej.**

Sklep je bil soglasno sprejet.

### **K 3. točki dnevnega reda: Predlog Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij.**

Matija Horvat je predstavil spremembo 14. člena pravilnika, ki vsebinsko ureja način razpisovanja specializacij za potrebe znanih plačnikov in postopek njihovega odobravanja.

Zlatko Fras je povedal, da ne ve, zakaj je treba spreminjati ta člen, ter dodal, da se spreminja iz pravnih vzrokov zaradi pravilnika. Vprašal je generalnega sekretarja, ali je nujno, da se sprejema tak sklep.

Brane Dobnikar je odgovoril, da se sam ni ukvarjal s tem predlogom. Predlagal je, da se še enkrat pretehta ter preveri celotno vprašanje.

Vladislav Pegan je omenil, da se s sprejetjem predlaganih sprememb lahko močno zapletejo specializacije za tujce, ki kot samoplačniki prihajajo na specializacijo v Slovenijo. Če je specializantsko mesto prosto, tem prosilcem ne bi smeli omejevat možnosti za specializacijo.

*Sklep 238/17/2005:*

**Izvršilni odbor se strinja, da se predlog Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij umakne z dnevnega reda do ene od naslednjih sej izvršilnega odbora. Pravna služba Zbornice bo predlog pregledala še enkrat.**

Sklep je bil soglasno sprejet.

### **K 4. točki dnevnega reda: Izredni strokovni nadzor s svetovanjem pri M. V., dr. dent. med.**

Vladislav Pegan je povedal, da je odbor za zobozdravstvo obravnaval vprašanje, ki se je pojavilo v ZD Ljubljana Šiška, na katero so opozorili sodelavci tega zdravstvenega doma. Posredovali so informacijo o strokovnem delu kolega M. V., dr. dent. med., saj v želji po velikanskem preseganju normativa ZZZS opušta strokovno doktrino. Odbor za zobozdravstvo je imenoval skupino za izvedbo izrednega strokovnega nadzora.

Mateja Bulc je bila zelo presenečena nad zahtevo zobozdravnikov enote Šiška. Omenjeni zobozdravnik po njenem vedenju velja kot delovno in strokovno uspešen. Predlagala je najprej izvedbo internega strokovnega nadzora, kakor se je IO odločil pri točki 3 današnje seje.

Vladislav Pegan je predlagal, da se predlog vrne odboru za zobozdravstvo.

*Sklep 239/17/2005:*

**Izvršilni odbor se strinja, da se predlog vrne odboru za zobozdravstvo, ter predlaga, da se najprej zahteva interni strokovni nadzor.**

Sklep je bil soglasno sprejet.

K 5. točki dnevnega reda: točka odpade.

#### **K 6. točki dnevnega reda: Predlog pogodbe o poslovnem sodelovanju pri izvajanju prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj**

Vladislav Pegan je razložil, da je s strani zavarovalnice Vzajemna prejel pogodbo o poslovnem sodelovanju, ter omenil, da Zbornica še ni podprla predloga, kljub temu, da v predlogu piše, da ga Zbornica podpira. Omenil je, da je na sestanku, ki ga je na pobudo Vzajemne imel pred kratkim s predstavnikoma zavarovalnice, predlagal, da pošljejo na Zbornico v pregled osnutek pogodbe. O podpori pogodbi pri poslovnem sodelovanju med zavarovalnico in zdravniki-izvajalci ni bilo mogoče govoriti, saj ob omenjenem pogovoru pogodba ni bila vročena.

Tatjana Puc Kous je povedala, da je pogodbo podrobno pregledala, ter povedala, da ima pripombe na skoraj vsak člen, pogodbo je posredovala pravni službi ter računovodstvu Zbornice. Omenila je, da poleg pogodbe ni bilo pravilnika in navodil. Poudarila je, da je pri kazenskih postopkih še mnogo nejasnosti. Omenila je tudi določevanje cene elektronskih storitev, pri katerih naj bi sodelovala tudi Zbornica, čeprav se je to sploh ne tiče. Povedala je, da nasprotuje podpisu pogodbe ter omenila, da je pravna služba Zbornice pregledala tudi pogodbe zavarovalnic Adriatic in Triglav, ki so mnogo bolj ugodne.

Brane Dobnikar je razložil, da pogodba vsebuje dva tipa zavarovanj doplačila in nadstandardne storitve, kar bi bilo treba ločiti. Prav tako je omenil nerazumevanje postavljenih kazni, ki so verjetno mišljene za nadstandardna zavarovanja. O navodilih je povedal, da jih je Zbornica prejela šele dan pred sejo izvršilnega odbora ter da so pripravljena zelo tehnično, kar pomeni, da jih je težko razumeti. Povedal je, da so kot predlog za spremembo pogodbe navodila, ki so sestavni del pogodbe in na katera naj bi Zbornica dajala soglasja. Kot vprašljiv je omenil 12. člen, ki govori o rokih, kjer si je zavarovalnica postavila 90 dni za odzivni rok, od izvajalcev pa zahteva osemdnevni rok. Povedal je, da se takšna pogodba ne sme podpisati, treba bi bilo doseči bistveno drugačen dogovor. Dodal je, da je obveznost izvajalcev pošiljanje podatkov, kar naj bi bilo čim bolj enostavno in avtomatizirano.

Vladislav Pegan je vprašal, katere podatke bi bilo treba vnašati. Gre očitno za podatke, ki jih zavarovalnica potrebuje za izračunavanje izravnalnih shem.

Jožef Ferik je povedal, da bi komercialne zavarovalnice rade imele veliko podatkov. Poudaril je, da je treba najprej pregledati, katere podatke zavarovalnica sploh lahko zahteva.

Mateja Bulc je podprla Jožefa Ferka, katere podatke se lahko po-

sreduje ter ali je to sploh izvedljivo.

Vladislav Pegan je povzel ugotovitve razprave, da Zbornica izvajalcem zaenkrat ne priporoča podpisa pogodbe. Predlagal je, da se ustanovi pogajalska skupina Zbornice z izvedencem za zavarovalništvo ter se pripravi sestanek s predstavniki Vzajemne.

Tatjana Puc Kous je predlog podprla ter predlagala, da bi pravna služba Zbornice pripravila temeljno pogodbo oziroma predloge.

Vladislav Pegan je predlagal, da se imenuje člane pogajalske skupine za pogajanja z zavarovalnicami. Za članico je predlagal Matejo Bulc. Razložil je, da je Vzajemna Zbornico zaprosila, naj priporoči pogodbo za podpis izvajalcem. To bo Zbornica naredila le v primeru, če bo pogodba spremenjena v členih, ki so za izvajalce sporni.

Žarko Pinter je omenil, da mora enako veljati za vse zavarovalnice. O izravnalnih shemah je povedal, da so zanje edine pristojne zavarovalnice in Ministrstvo za zdravje, zdravniki pa nimajo ničesar s tem. Predlagal je, naj pravna služba Ministrstva za zdravje pojasni, zakaj so izvajalci sploh vključeni. Strinjal se je, da breme zbiranja podatkov (vsa dopolnila) nosijo zavarovalnice same.

Zlatko Fras se je strinjal, da to ni stvar zdravnikov. Kot član sveta za informatiko, na Ministrstvu za zdravje je predstavnik Zbornice, je opozoril, da ni prejel nobenega vabila, čeprav naj bi se skupina sestajala. Predlagal je, naj Zbornica na svetu sodeluje v zaviralnem smislu. Predlagal je imenovanje predstavnika za sodelovanje z zavarovalnico o vrsti podatkov. Omenil je, da povsod po svetu zbirajo podatke posebej usposobljene osebe, v Sloveniji pa je to prepuščeno zdravnikom.

Vladislav Pegan je predlagal sprejem naslednjega sklepa:

*Sklep 240/17/2005:*

- 1. Izvršilni odbor izvajalcem ne priporoča podpisa Pogodbe o poslovnem sodelovanju pri izvajanju prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki je bila predstavljena za obravnavo na ZZZS.**
- 2. V pogodbi je izvajalec v neenakopravnem položaju.**
- 3. Izvršilni odbor se strinja, da Zdravniška zbornica Slovenije uradno zaprosi pravno službo Ministrstva za zdravje za obrazložitev in mnenja o takšni pogodbi.**
- 4. Po pridobitvi mnenja pravne službe Ministrstva za zdravje se bo izvršilni odbor seznanil s pravnimi osnovami ter se odločal o nadaljnjih pogajanjih.**

Sklep je bil soglasno sprejet.

Elizabeta Bobnar Najžer je predlagala, da Zbornica obvesti svoje člane o sprejetih sklepih v elektronski obliki in na spletni strani Zbornice.

Vladislav Pegan je podprl predlog ter povedal, da bo o sprejetem sklepu obveščena tudi zavarovalnica Vzajemna.

#### **K 7. točki dnevnega reda: Razno**

##### **- Predlog za vključitev strokovnega sodelavca v pogajalsko skupino ZZZS za splošni in področni dogovor**

Tatjana Puc Kous je predlagala imenovanje zunanjega sodelavca v pogajalsko skupino, računovodjo, kadar bo takšna pomoč potrebna, vse stroške bi nosil odbor za zasebno dejavnost.

*Sklep št. 245/17/2005:*

**Izvršilni odbor se strinja s predlogom, da se za strokovnega sodelavca pogajalske skupine ZZZS za splošni in področni dogovor imenuje gospoda Ivana Falaša.**

Sklep je bil soglasno sprejet.

##### **- Predlog za vpis v pogajalsko šolo**

Tatjana Puc Kous je razložila, da so pogajanja težavna, zato je priporočila, da bi se dve sodelavki na Zdravniški zbornici Slovenije dodatno

izobrazili. Povedala je, da gre za načelni predlog, ki bi ga pozneje še natančneje razdelali.

Vladislav Pegan je predlagal, da se najprej oblikuje bolj natančen predlog oziroma dodatne podatke zaradi morebitnega sočasnega izpada dveh zaposlenih na Zbornici.

Sklep št. 246/17/2005:

**Izvršilni odbor se strinja, da se najprej pridobijo dodatni podatki o predlogu za vpis v pogajalsko šolo.**

Sklep je bil soglasno sprejet.

**- Imenovanje pogajalske skupine za splošni dogovor za pogodbeno leto 2006**

Tatjana Puc Kous je razložila, da je bila skupaj z regijskim odborom zasebnih zdravnikov in odborom za zasebno dejavnost pripravljena skupina pogajalcev, ki bi sodelovala na pogajanjih za splošni in področni dogovor za leto 2006. Povedala je, da se imenovani z imenovanjem strinjajo ter predlagala sprejem naslednjih sklepov.

Sklep št. 247/17/2005:

**Izvršilni odbor se strinja, da Zdravniško zbornico Slovenije v pogajanjih za Splošni dogovor za pogodbeno leto 2006 zastopajo:**

#### ZDRAVNIKI:

1. Odbor za socialno-ekonomska vprašanja:
  - Jani Dernič, dr. med. (vodja),
  - mag. Dragutin Ahlin, dr. med. (namestnik),
2. Odbor za zasebno dejavnost:
  - Tatjana Puc Kous, dr. med., (namestnica),
  - Igor Praznik, dr. med., (namestnik),
  - Marija Ilijaš Koželj, dr. med. (namestnica),
  - Alenka Forte, dr. med. (namestnica),
  - Marija Rafot Berlot, dr. med. (namestnica),
3. Regijski odbor zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov:
  - Franc Šuta, dr. med. (namestnik),
  - Diana Dabič Terlevič, dr. dent. med. (namestnica),
  - Nikola Potočnik, dr. dent. med. (namestnik),
  - Gordan Čok, dr. dent. med. (namestnik),
  - Mirjam Kovačič Čadež, dr. dent. med., (namestnica),
  - Živo Bobič, dr. dent. med. (namestnik),
  - Edita Arh, dr. med. (namestnica),
  - Bojan Glavnik, dr. med. (namestnik),
  - Bojan Pelhan, dr. med. (namestnik),
  - Domen Jensterle, dr. dent. med. (namestnik),
  - Damijan Gazvoda, dr. med. (namestnik),
4. Odbor za zobozdravstvo:
  - Mirjam Kovačič Čadež, dr. dent. med. (namestnica),
  - Gordan Čok, dr. dent. med. (namestnik),
5. Odbor za osnovno zdravstvo:
  - Vesna Plevnik Vodušek, dr. med. (namestnica),
  - asist. mag. Iztok Tomazin, dr. med. (namestnik),

#### SVETOVALCA:

6. Brane Dobnikar, univ. dipl. prav. (svetovalec),
  7. Nika Sokolič, univ. dipl. ekon. (svetovalka).
- Sklep je bil soglasno sprejet.

**- Imenovanje pogajalske skupine za Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2006.**

Sklep št. 248/17/2005:

**Izvršilni odbor se strinja, da Zdravniško zbornico Slovenije v pogajanjih za Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2006 zastopajo:**

#### ZDRAVNIKI:

1. Predsednik regijskega odbora zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov:
  - Franc Šuta, dr. med. (vodja),
2. Odbor za zasebno dejavnost:
  - Tatjana Puc Kous, dr. med., (namestnica),
  - Igor Praznik, dr. med., (namestnik),
  - Marija Ilijaš Koželj, dr. med. (namestnica),
  - Alenka Forte, dr. med. (namestnica),
  - Marija Rafot Berlot, dr. med. (namestnica),
3. Odbor za socialno-ekonomska vprašanja:
  - Dragotin Ahlin, dr. med. (namestnik),
4. Regijski odbor zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov:
  - Diana Dabič Terlevič, dr. dent. med. (namestnica),
  - Nikola Potočnik, dr. dent. med. (namestnik),
  - Gordan Čok, dr. dent. med. (namestnik),
  - Živo Bobič, dr. dent. med. (namestnik),
  - mag. Dragutin Ahlin, dr. med. (namestnik),
  - Mirjam Kovačič Čadež, dr. dent. med. (namestnica),
  - Edita Arh, dr. med. (namestnica),
  - Bojan Glavnik, dr. med. (namestnik),
  - Bojan Pelhan, dr. med. (namestnik),
  - Domen Jensterle, dr. dent. med. (namestnik),
  - Damijan Gazvoda, dr. med. (namestnik),
5. Odbor za zobozdravstvo:
  - Gordan Čok, dr. dent. med. (namestnik),
  - Mirjam Kovačič Čadež, dr. dent. med. (namestnica),
6. Odbor za osnovno zdravstvo:
  - Vesna Plevnik Vodušek, dr. med. (namestnica),
  - asist. mag. Iztok Tomazin, dr. med. (namestnik),

#### SVETOVALCA:

7. Brane Dobnikar, univ. dipl. prav.,
  8. Nika Sokolič, univ. dipl. ekon.
- Sklep je bil soglasno sprejet.

**- Vladislav Pegan je prisotne obvestil, da je bil mag. Zlatko Fras, dr. med., imenovan za predsednika UEMS za naslednje mandatno obdobje. Ob imenovanju so vsi prisotni Zlatku Frasu iskreno čestitali.**

Matija Horvat je poudaril, da je dosežek Zlatka Frasa izjemno velik. Povedal je, da mora Zdravniška zbornica Slovenije močno podpreti dejavnosti Zlatka Frasa ter da mu mora biti omogočena vsa dodatna pomoč na Zbornici, ki jo bo potreboval. Predlagal je, da si jo izbere sam ter da se Zbornica zaveže za pomoč Zlatku Frasu. ■

Zapisala: Katja Martinc



# Arterijska hipertenzija

## Vpliv velikih intervencijskih raziskav na klinično prakso

Jurij Dobovišek

**K** pisanju tega prispevka me je spodbudila predstavitev velike intervencijske raziskave ASCOT izpod peresa cenjenega kolega, prim. prof. dr. Aleša Žemve, dr. med., svetnika, v reviji Isis 1. 12. 2005. Predstavitev raziskave je v celoti korektna, v zadnjem odstavku pa se je kolegu zapisalo, da so kombinacije zdravil, ki vključujejo amlodipin, učinkovitejše od drugih kombinacij za zdravljenje hipertenzije. V podkrepitev so omenjene raziskave ALLHAT, VALUE in CAMELOT.

Žal te tri raziskave omenjenega sklepanja ne potrjujejo. V raziskavi ALLHAT je najboljše rezultate pri sekundarnih izhodih dalo zdravljenje, katerega osnova je bil diuretik klortalidon, in ne amlodipin ali lizinopril, medtem ko pri primarnem izhodu ni bilo razlik. V raziskavi VALUE so primerjali zdravljenje, osnovano na amlodipinu, z zdravljenjem, katerega osnova je bil blokator angiotenzinskih receptorjev valsartan. Kar zadeva srčno-žilno zboleznost in umrljivost, med načinoma zdravljenja ni bilo pomembnih razlik. Edina pomembna razlika v korist amlodipinske kombinacije je bilo manjše število vseh miokardnih infarktov, v njeno škodo pa je bilo novo pojavljanje sladkorne bolezni. V raziskavi CAMELOT je bilo vključitveno merilo angiografsko dokumentirana koronarna bolezen in ne hipertenzija (ob vključitvi so imeli bolniki v vseh primerjanih skupinah v povprečju normalen ali normaliziran krvni tlak) in je zato neprimerljiva z raziskavo ASCOT. Obstajajo seveda tudi raziskave, v katerih se je amlodipin v marsikaterem pogledu izkazal slabše kot zdravila, ki učinkujejo na renin-angiotenzinski sistem, npr. FACET in IDNT. Zanimivo je morda tudi, da je bilo delni ali glavni pokrovitelj treh omenjenih raziskav (ALLHAT, CAMELOT in ASCOT) farmacevtsko podjetje Pfizer, katerega originalno zdravilo je amlodipin (norvasc). Amlodipin je nedvomno učinkovito in zelo dolgo delujoče antihipertenzijsko zdravilo, vendar z žal ne tako redkimi neželenimi učinki. Po drugi strani amlodipin nikakor ni zdravilo, ki bi po učinkovitosti prekašalo druga antihipertenzijska zdravila.

Ko je neka velika raziskava s kardiovaskularnimi zdravili zaključena in objavljena, jo glavni raziskovalci, med katerimi je vedno nekaj oblikovalcev splošnega mnenja, včasih predstavijo kot prelomno. Nekatere, zlasti starejše raziskave

so to nedvomno bile, saj še danes zdravimo bolnike na osnovi njihovih rezultatov. Takšne so bile npr. raziskave z blokatorji receptorjev beta, aspirinom ali kasneje z zaviralci konvertaze v sekundarni preventivi po miokardnem infarktu, pa tudi z zaviralci konvertaze in nekaterih blokatorjev beta pri srčnem popuščanju. Če ostanemo na tem področju, je bila prelomna tudi novejša raziskava o učinku spironolaktona pri srčnem popuščanju.

Framinghamska raziskava, ki bo čez nekaj let praznovala šestdesetletnico, nas je že dokaj zgodaj začela opozarjati, da antihipertenzijska zdravila ne znižujejo samo krvnega tlaka, ampak zmanjšujejo tudi zboleznost in umrljivost zaradi srčno-žilnih bolezni. Že dolgo vemo, da se antihipertenzijska zdravila, stara in nova, med seboj po učinku na krvni tlak pomembno ne razlikujejo, da pa imajo novejša na splošno manj neželenih učinkov. Vendar sta šele leta 1990 Collins in Peto objavila v Lancetu metaanalizo raziskav, v katere je bilo vključenih več kot 52.000 hipertonicov, zdravljenih s starejšimi zdravili, to je z diuretiki in blokatorji beta. Znižanje krvnega tlaka v petih letih za 10-12/5-6 mmHg je v primerjavi s kontrolno skupino zmanjšalo tveganje za možgansko kap za 39 odstotkov, za koronarne dogodke za 16 odstotkov in za srčno-žilno umrljivost za 21 odstotkov. To je bilo zares prelomno spoznanje. Kasneje se tudi novejša zdravila, to je kalcijevi antagonist in zaviralci konvertaze, v primerjavah s starejšimi zdravili v pogledu zaščite v glavnem niso izkazala za učinkovitejša, o čemer pričajo raziskave CAPP (kaptopril vs diuretik ali/in blokator beta), UKPDS 39 (kaptopril vs atenolol), STOP Hypertension-2 (zaviralec konvertaze + diuretik ali kalcijev antagonist + blokator beta vs diuretik ali/in blokator beta), NORDIL (diltiazem vs diuretik ali/in blokator beta), INSIGHT (nifedipin vs diuretik). V PROGRESS-u, največji raziskavi sekundarne preventive možganske kapi doslej, se je izkazalo, da se je zaščitni učinek zdravljenja pokazal šele, ko so zaviralcu konvertaze dodali diuretik. Zaviralec konvertaze perindopril v monoterapiji ni pokazal pomembnega zaščitnega učinka.

Leta 2002 je bila objavljena raziskava LIFE, v kateri so pri hipertonicih z velikim tveganjem (vsi so imeli znake hipertrofije levega prekata srca v EKG) za srčno-žilno zboleznost in umrljivost primerjali med seboj dve kombinaciji

antihipertenzijskih zdravil. Osnovno zdravilo v prvi je bil blokator angiotenzinskih receptorjev losartan, v drugi pa blokator receptorjev beta atenolol. Proizvajalec losartana, ki je bil tudi pokrovitelj raziskave, ter raziskovalci so LIFE imenovali prelomno raziskavo in na prvi pogled je bilo res videti tako. Prvič je namreč kombinacijsko zdravljenje, ki je vsebovalo novo zdravilo, v tej raziskavi losartan, jasno prekosilo kombinacijo s starim zdravilom atenololom. Pomembno bolj je zmanjšalo tveganje za kombiniran primarni izhod (srčno-žilna zboleznost in umrljivost + možganska kap + miokardni infarkt). Vendar se je pri ločeni obravnavi posameznih zapletov izkazalo, da razen v primeru zaščite pred možgansko kapjo, kjer se je zdravljenje z losartanom kot prvim zdravilom pokazalo kot pomembno učinkovitejše, med načinoma zdravljenja pravzaprav ni pomembnih razlik. Redkejša novo pojavljanje sladkorne bolezni med zdravljenimi z losartanom na te končne izhode še ni moglo imeti vpliva. Zanimivo je, da so tudi druge raziskave, v katerih so uporabili blokatorje angiotenzinskih receptorjev, pokazale, da so ta zdravila v primerjavi z drugimi zdravili, npr. amlodipinom ali celo s placebom, manj uspešna, kot bi pričakovali po izkušnjah z zaviralci konvertaze, zlasti v pogledu zaščite pred koronarno boleznijo (raziskave VALUE, CHARM, SCOPE, IDNT, RENAAL). Zaviralci konvertaze namreč konstantno omogočajo zmanjšanje tveganja za miokardni infarkt pri bolnikih s sladkorno boleznijo, hipertenzijo, ledvično odpovedjo in aterosklerozo za 20 odstotkov ali več. V nobeni neposredni primerjalni raziskavi doslej se blokatorji angiotenzinskih receptorjev niso pokazali kot učinkovitejši od zaviralcev konvertaze, pri srčni insuficienci in ohranjanju delovanja ledvic pa so bili enakovredni. V luči vsega tega nobene dosedanje raziskave z blokatorji angiotenzinskih receptorjev ne moremo imeti za prelomno. Začetno navdušenje nad danes najdražjimi antihipertenzijskimi zdravili se je kljub njihovi varnosti poleglo. Najbrž do leta 2007, ko bo predvidoma zaključena raziskava ONTARGET/TRANSCEND, v kateri v več ozirih primerjajo ramipril in telmisartan ter njuno kombinacijo, ne bo mogoče kaj zanesljivejšega reči o zaščitnem učinku blokatorjev angiotenzinskih receptorjev. Najbrž trenutno nastaja vtis, da ti na splošno niso enostavno



"zaviralci konvertaze brez kašlja". Po raziskavi LIFE smo seveda mislili drugače in predvidevali, da bodo blokatorji angiotenzinskih receptorjev čez čas, ko bodo cenejši, začeli izrivati zaviralce konvertaze.

V uvodu omenjena raziskava ASCOT je dobra in pomembna evropska raziskava, ki daje bolj uporabne pozitivne odgovore kot prej omenjene z blokatorji angiotenzinskih receptorjev ali ameriški ALLHAT. Na nek način je morda prelomna, saj je pokazala jasno večvrednost kombinacije novejših zdravil nad kombinacijo starejših pri večini izhodov oziroma zapletov. Vendar menim, da najbrž ni mogoče trditi, da večvrednost kombinacije kalcijevega antagonista (amlodipin) in zaviralca konvertaze (perindopril) nad kombinacijo blokatorja beta (atenolol) in tiazidnega diuretika (bendroflumetiazid) izvira iz amlodipina. Da je bil atorvastatin, čeprav samo v odmerku 10 mg na dan, v lipidnem delu raziskave učinkovitejši od placeba, najbrž ni nikakršno presenečenje ali nov dokaz, saj imajo podoben zaščitni učinek tudi drugi statini. Kaj pa, če je k večvrednosti kombinacije amlodipina in perindoprila slednji doprinesel več? Vem, da proizvajalec perindoprila meni prav to. Kdo ima prav, Pfizer ali Servier? Po mojem skromnem mnenju imata prav oba oziroma v izključevanju drugega nobeden. Vsak navija za svoje zdravilo, njegovo oglaševanje in boljše tržne rezultate. Za klinično prakso je pomembna kombinacija dveh dobro izbranih dolgo delujočih zdravil, ki ni samo močnejše znižala krvnega tlaka v brahialni arteriji, ampak tudi v aorti, kar je pomembnejše.

Toda, ali lahko prenesemo rezultate raziskave ASCOT tudi na druga zelo podobna zdravila iz istih farmakoloških skupin? Vemo, da se npr. amlodipin in lacidipin le malo razlikujeta (najbrž samo v miligramih odmerkov, potrebnih za doseganje učinka na krvni tlak) in perindopril ne pomembno od npr. trandolaprila (razlika je le v miligramih in delno v izločanju iz telesa, vse drugo na t. i. "mikroravni" pa nima objektivno dokazanih kliničnih učinkov). Atenolol in npr. bisoprolol sta oba kardioselektivna blokatorja beta, s tem da je drugi bolj beta-1 selektiven, pa tudi poti izločanja sta različni. Vendar sta v enakovrednih odmerkih enako učinkovita. Atenolola seveda niso preizkusili pri srčnem popuščanju, kar pa je druga zgodba. Ali si kdo upa trditi, da je bendroflumetiazid v kliničnem pogledu pomembno različen od navadnega hidroklorotiazida ali klortalidona? Ali lahko učinke uporabljenih zdravil prenašamo na njihove farmakološke skupine oziroma podskupine? Proizvajalca zdravil učinkovitejše kombinacije v raziskavi ASCOT najbrž trdno zastopata stališče, da ne gre za učinke farmakološke skupine, ampak izključno za učinke amlodipina oziroma perindoprila. Raziskovalci, ki gledajo širše, so bolj objektivni in večinoma vedno dvomijo v takšno stališče, pa si svojega

različnega mnenja včasih ne upajo povedati. Zdravniki, ki se ukvarjamo s hipertonično v vsakodnevni klinični praksi, najbrž večinoma menimo, da med posameznimi dihidropiridini druge in tretje generacije oziroma posameznimi zaviralci konvertaze ni pomembnih razlik v farmakodinamiki in so zato ob enakovrednem odmerjanju znotraj farmakološke skupine med seboj zamenljivi.

Novejša zdravila so dražja od starejših. Pri izbiri med amlodipinom in lacidipinom nam v prid prvega govori dejstvo, da je pri nas občutno cenejši, in sicer pri osnovnem odmerku za okoli 20 odstotkov, pri podvojenem pa celo za okoli 55 odstotkov. Delno je položaj obraten pri perindoprilu in trandolaprilu, kjer je osnovni odmerek trandolaprila cenejši za okoli 20 odstotkov, pri podvojenem pa ni razlike. Tudi atenolol je cenejši od bisoprolola, in sicer pri osnovnem odmerku za okoli 30 odstotkov in pri podvojenem za okoli 20 odstotkov. Primerjave pri diuretikih niso možne, ker bendroflumetiazida pri nas nimamo.

Stvar lahko pogledamo tudi drugače. Primerjamo lahko, koliko bi pri nas stalo zdravljenje s kombinacijo amlodipina in perindoprila ter koliko s kombinacijo atenolola in klortalidona. Zdravljenje z izhodiščnimi odmerki sodobnejše kombinacije je 5,7-krat dražje in s podvojenimi 4,7-krat dražje kot s kombinacijo starejših zdravil. Ko bi perindopril nadomestili s cenejšim trandolaprilom, bi dobili nekoliko manjše razmerje le za izhodiščne odmerke (5,0). Pa smo tam. Kaj si v Sloveniji lahko privoščimo? Na osnovi prepričljivih rezultatov ASCOT-a in naših cen zdravil, različnih intervencij, invalidnosti, raznih nadomestil, prežgodnjih pokojnin in izgubljenih življenj (če sploh vemo, koliko to stane) bi farmakoekonomika morala znati izračunati, kaj se nam bolj splača: uporabljati dražja in učinkovitejša zdravila ali občutno cenejša, ki so tudi učinkovita, vendar manj. Vhodna cena zdravil je samo en dejavnik, ki je, gledan izolirano, lahko zelo zavajajoč, predvsem pa je kratkoročen. ASCOT, ki je potekal v bogatih državah, bi moral biti zato izziv za tiste, ki se pri nas spoznajo na farmakoekonomiko. Vendar se bojim, da imamo pri nas zgolj teoretike s tega področja.

Letos se po raziskavi ASCOT nekateri ustvarjalci mnenja že sprašujejo, ali je odzvonilo blokatorjem receptorjev beta kot zdravilom prve izbire v zdravljenju hipertenzije, drugi pa celo predlagajo, da jih je treba v naslednjih smernicah izključiti. Zanimivo je, da v isto vrsto ne postavljajo diuretikov. Najbrž sta jih od tega odvrnila ameriški vpliv oziroma raziskava ALLHAT, v kateri je klortalidon pri sekundarnih izhodih "povozil" tako priznani zdravili, kot sta amlodipin (ki ga sedaj drugi kujejo v zvezde) in lizinopril, vendar je bilo med preiskovanci 35 odstotkov Afroameričanov, ki so občutljivi na diuretike. Zmeda postaja čedalje večja. Kaj

je potem prav? Komu verjeti?

Velike raziskave z antihipertenzijskimi zdravili nam lahko dajo samo splošno orientacijo. Vedeti moramo, da za veliko večino teh raziskav stojijo farmacevtske multinacionalke, ki zasledujejo predvsem svoje interese, to je čim večji dobiček. Zato je t. i. medicina, podprta z dokazi, pri farmakoterapiji hipertenzije lahko voda na mlin proizvajalcev zdravil. Nekateri, ne vsi, jo izkoriščajo zelo prozorno in so tudi neobjektivni. Nekateri ustvarjalci mnenja, ki pišejo smernice, so pod prevelikim vplivom velikih in domnevno prelomnih raziskav, za katerimi stojijo veliki proizvajalci zdravil.

Lep primer takšne prenagljene odločitve je priporočilo o izbiri zdravil za bolnike s hipertenzijo in sladkorno boleznijo. V zadnje evropske in slovenske smernice za obravnavanje hipertenzije so oziroma smo zapisali, da imajo pri bolnikih s hipertenzijo in sladkorno boleznijo tipa II ter nefropatijo določeno prednost pred drugimi zdravili blokatorji angiotenzinskih receptorjev, ki pa jih dotlej pri teh bolnikih nihče sploh ni neposredno primerjal z zaviralci konvertaze. Na voljo so (smo) imeli samo raziskave RENAAL, IRMA II, IDNT, LIFE, v katerih so losartan in irbesartan primerjali s placebom oziroma amlodipinom ali atenololom. Ko smo pisali zadnje slovenske smernice (2003), smo bili dva ali trije proti takšnemu priporočilu, vendar nas je večina preglasovala. Presenetljivo so bili bolj objektivni Američani, ki so v svoje smernice (JNC VII) zapisali: zdravila, ki učinkujejo na renin-angiotenzinski sistem, to je zaviralci konvertaze ali blokatorji angiotenzinskih receptorjev. Takšen je bil tudi moj predlog v delovni skupini za pripravo smernic.

Pri izbiranju zdravil v farmakoterapiji hipertenzije vedno najmanj pogrešimo, če izbiro individualno prilagodimo vsakemu posameznemu bolniku. Seveda je treba zato dobro oziroma vsestransko poznati bolnika in zdravilo. Vsako čezmerno poenostavljanje je škodljivo in nepremišljeno zaupanje velikim raziskavam tvegano. Mlajšemu hipertoničnemu s čezmerno simpatično aktivnostjo bomo kljub raziskavam LIFE in ASCOT še vedno kot prvo zdravilo predpisali blokator receptorjev beta, če ni kontraindiciran iz drugih razlogov. Starejšemu debelemu hipertoničnemu je kot prvo zdravilo najbrž najboljše predpisati diuretik, tistemu z izolirano sistolično hipertenzijo morda dihidropiridinski kalcijev antagonist in hipertoničnemu s sladkorno boleznijo prednostno zaviralec konvertaze. To je samo nekaj primerov prilagojene prve izbire antihipertenzijskega zdravila. Katere so optimalne kombinacije antihipertenzijskih zdravil, natančno piše v zadnjih slovenskih smernicah. Temeljna zahteva je znižanje krvnega tlaka. Če želimo zmanjšati tveganje za srčno-žilno in ledvično zbolevalnost in umrljivost, moramo postopno poizkušati doseči ciljni krvni tlak, kot ga opredeljujejo smernice. ■

# PRIJAVNICA

## ENOTNA PRIJAVNICA ZA UDELEŽBO NA ZDRAVNIŠKIH SREČANJH, OBJAVLJENIH V IZIDI (velja tudi fotokopirana prijavnica)



**prijavljam se za udeležbo**       **prosim, pošljite informacije**       **drugo** \_\_\_\_\_  
(ustrezno obkrožite oziroma dopišite)

srečanje

udeleženec/udeleženka

ime in priimek

naslov stalnega bivališča

**Izjava** - davčni zavezanec (obkroži)       **da**       **ne**      davčna številka: \_\_\_\_\_

IZPOLNITI, ČE UDELEŽENEC NI PLAČNIK

PLAČNIK JE BOLNIŠNICA, ZAVOD ALI KDO DRUG

Plačnik udeležbe - kotizacije

Naziv plačnika

Točen naslov sedeža plačnika

Telefon

Faks

E-pošta

Kontaktna oseba

Izjava - davčni zavezanec (obkroži)       **da**       **ne**      davčna številka: \_\_\_\_\_

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

Kraj rojstva

Datum rojstva

Naziv delovne organizacije

Delovno mesto

Želim sodelovati:

kot predavatelj (predavanje, poster, drugo)       kot udeleženec       na praktičnem usposabljanju

Prosim informacije o možnostih nočitve       da       ne

Kotizacijo za srečanje bom poravnal/a       s položnico       ob prijavi

datum

podpis

## JANUAR 2006

## TEMA

## VSEBINA

14. ob 12.00		št. kandidatov		
<b>LJUBLJANA</b> Teniški center Škulj	<b>TENIŠKI TURNIR DVOJIC</b>  podroben program • Isis 1/2006	***	teniški turnir	
20. ob 14.00				
<b>LJUBLJANA</b> dvorana Krka Dunajska 65	<b>ANEMIJE PRI OTROCIH</b>	ni omejeno	strokovni sestanek Združenja za pediatrijo	
27. ob 9.00				
<b>LJUBLJANA</b> predavalnica KO za mentalno zdravje, Zaloška 29	<b>DVOMI PRI OBRAVNAVI BOLNIKA V KRIZI</b>  podroben program • Isis 1/2006	50	strokovni posvet za zdravnike v osnovnem zdravstvu in psihiatre	
27. ob 13.00				
<b>BLED</b> Festivalna dvorana	<b>USMERITVE ZA OBRAVNAVO BOLNIKOV S PLJUČNICO DOMAČEGA OKOLJA</b>  podroben program • Isis 1/2006	***	strokovni posvet za zdravnike	
27. – 28. ob 9.00				
<b>ŠMARJEŠKE TOPLICE</b>	<b>ŠOLA EHOKARDIOGRAFIJE (TTE)</b>  podroben program • Isis 12/2005	je omejeno	šola za specializante interne medicine zadnjih dveh let in specialiste kardiologe, anesteziologe ter pediatre	
FEBRUAR 2006				
2. – 3. ob 15.30				
<b>KRANJSKA GORA</b>	<b>28. IATROSSKI</b>  podroben program • Isis 12/2005	***	posvet in smučarsko tekmovanje za vse zdravnike in zobozdravnike	
3. ob 13.00				
<b>RADENCI</b> Terme Radenci	<b>USMERITVE ZA OBRAVNAVO BOLNIKOV S PLJUČNICO DOMAČEGA OKOLJA</b>  podroben program • Isis 1/2006	***	strokovni posvet za zdravnike	
10. ob 8.00				
<b>CELJE</b> nova predavalnica SB Celje	<b>POSVET O POSTERIORNI DINAMIČNI UTRDTIVI LEDVENE HRBTENICE</b>	ni omejeno	strokovni sestanek za specialiste in specializante ortopedije, travmatologije, nevrokirurgije in fizioterije	
10. – 11. ob 8.00				
<b>LJUBLJANA 1. predavalnica Kliničnega centra</b>	<b>41. PODIPLOMSKI TEČAJ IZ KIRURGIJE "KIRURŠKI DNEVI"</b>  podroben program • Isis 12/2005	***	strokovno srečanje za zdravnike splošne in družinske medicine, zdravnike specializante in specialiste kirurgije ter sekundarije	

ORGANIZATOR	NASLOV	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	K. TOČKE
Slovensko zdravniško športno društvo Medicus	Ratko Tatalovič, dr. med., GSM: 041 667 929		***	***
Združenje za pediatrijo	Asist. Ivan Vidmar, dr. med., KO za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 48 29		kotizacije ni	***
Enota za krizne intervencije, KO za mentalno zdravje – Psihiatrična klinika Ljubljana, Jana Borštnar, dr. med.	ga. Branka Markelj, KO za mentalno zdravje, Psihiatrična klinika Ljubljana, Zaloška 29, 1000 Ljubljana, T: 01 587 49 44, E: branka.markelj@psih-klinika.si		6.000,00 SIT <b>TRR: 01100-6030277991</b> sklic na št. 299399	***
Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, Katedra za družinsko medicino, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Združenje zdravnikov družinske medicine	ga. Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si		kotizacije ni	***
Združenje kardiologov Slovenije – Delovna skupina za ehokardiografijo	ga. Saša Radelj, Združenje kardiologov Slovenije, Ulica Stare Pravde 6, 1000 Ljubljana, T: 01 522 29 34, F: 01 522 45 99, E: sasa.radelj@kclj.si		60.000,00 SIT	***
Organizacijski odbor latrosski: Franci Koglot, Nova Gorica, Andrej Bručan, Ljubljana, Tone Lah, Jesenice, Tatjana Pintar, Ljubljana	Franci Koglot, dr. med., Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica, Ul. padlih borcev 13, 5290 Šempeter pri Gorici, T: 05 330 10 00		tek: 3.500,00 SIT, VSL: 10.000,00 SIT, skupna: 12.000,00 SIT <b>TRR: 04750-0000753838</b>	***
Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, Katedra za družinsko medicino, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Združenje zdravnikov družinske medicine	ga. Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si		kotizacije ni	***
Vertebrološko združenje Slovenije, prof. dr. Radko Komadina	V. Vengust, R. Komadina, T: 02 423 38 99, E: sbcrdi@guest.arnes.si		kotizacije ni	***
KO za abdominalno kirurgijo – KC Ljubljana, prof. dr. Stane Repše	ga. Saša Rus, KO za abdominalno kirurgijo, KC Ljubljana, Zaloška c. 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 47 88, F: 01 522 22 09, E: sasa.rus@kclj.si		10.000,00 SIT za sekundarije in specializante, 50.000,00 SIT za druge udeležence (DDV je vključen)	v postopku

## FEBRUAR 2006

## TEMA

## VSEBINA

FEBRUAR 2006		TEMA	VSEBINA	
<b>10. – 11. ob 16.30</b>				
<b>KRANJSKA GORA</b> hotel Lek	REDNI SESTANEK SZD – SLOVENSKEGA NEFROLOŠKEGA DRUŠTVA	ni omejeno	strokovni posvet za nefrologe in interniste	
<b>10. – 11. ob 17.00</b>				
<b>ZREČE HOTEL</b> Dobrava, Terme Zreče	4. MEDNARODNI POSVET "POTAPLJANJE IN POTAPLJANJE ZA LJUDI S POSEBNIMI POTREBAMI (HIPERBARIČNA MEDICINA V ŠIRŠI JADRANSKI REGIJI)	ni omejeno	strokovni posvet za vse zdravnike	
<b>10. ob 9.00</b>				
<b>CELJE</b> Narodni dom Celje	CEDENS – XII. DAN CELJSKEGA ZOBOZDRAVSTVA  <a href="#">podroben program</a> • Isis 1/2006	***	strokovni posvet	
<b>16. – 17.</b>				
<b>KRANJSKA GORA</b> hotel Lek	OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME – POUK BOLNIKA Z ASTMO – VODENJE BOLNIKA S KOPB  <a href="#">podroben program</a> • Isis 1/2006	20	učna delavnica	
<b>16. – 18. ob 9.00</b>				
<b>MARIBOR</b> Univerza Maribor	ŠOLA ZA ULTRAZVOČNO DIAGNOSTIKO: GINEKOLOGIJA	***	strokovni posvet	
<b>MAREC 2006</b>				
<b>9. – 11.</b>				
<b>LJUBLJANA</b> 1. predavalnica Kliničnega centra	BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKA HIPERTENZIJA	ni omejeno	podiplomska šola za specializante interne medicine, zdravnike v osnovnem zdravstvu, specialiste interne medicine	
<b>9. – 11.</b>				
<b>KRANJSKA GORA</b> hotel Lek	KONGRES CERVİKALNE PATOLOGIJE IN KOLPOSKOPSKI TEČAJ	80	kongres in tečaj za citologe, patologe, specialiste in specializante ginekologije	
<b>11. ob 9.00</b>				
<b>LJUBLJANA</b> predavalnica Onkološkega inštituta, stavba C	SEMINAR O DIAGNOSTIKI IN ZDRAVLJENJU SARKOMOV  <a href="#">podroben program</a> • Isis 1/2006	ni omejeno	strokovni posvet za kirurge, ginekologe, ortopede	
<b>15. – 16.</b>				
<b>BLED</b> Višja šola za gostinstvo in turizem	14. AŽMANOVI DNEVI	***	strokovno srečanje za zdravnike GRS, splošne zdravnike in zdravnike, ki delajo v urgentni medicini	

ORGANIZATOR	NASLOV	K. TOČKE
SZD – Slovensko nefrološko društvo, prof. dr. Rafael Ponikvar	Jakob Gubenšek, dr. med., KC Ljubljana, T: 01 522 33 28, F: 01 522 22 92, E: jakob.gubensek@klj.si	kotizacije ni ***
za prijave, kontaktne osebe, tel., faks		kotizacija
IAHD Adriatic in Unior Turizem, vodja prvega dne doc. dr. Žare Finderle, strokovni vodja drugega dne dr. Peter J. Denoble, dr. med.	Branko Ravnak, Nevenka R. Peče, Blanka M. Mežnar, dr. med., Urška Gajšek, dr. med., T: 031 342 855, 041 689 263, 031 661 164, F: 03 757 62 69	70 EUR za dva dneva, 40 EUR za en dan, za študente MF in upokojene zdravnike simbolična kotizacija v postopku
Društvo zobozdravstvenih delavcev Celje	Nikola Potočnik, dr. dent. med., Mestni trg 5, 3310 Žalec, T: 03 571 60 44, E: nikola.potocnik@siol.net ali ga. Dragica Planko, JZ ZD Celje, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, T: 03 543 43 51, F: 03 544 13 56, E: dragica.planko@zd-celje.si	20.000,00 SIT <b>TRR: 06000-0052407750</b> s pripisom "za CEDENS" 7
Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo	ga. Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	80.000,00 SIT ***
Univerza Maribor, Slovensko združenje za ultrazvok, Učna bolnišnica Maribor	ga. Suzana Knuplež, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 24 60, F: 02 331 23 93, E: ivf.mb@sb-mb.si	60.000,00 SIT + DDV <b>TRR: 04515-0000920553</b> ***
Slovensko nefrološko društvo, prof. dr. Staša Kaplan Pavlovčič	ga. Danica Berlec, KO za nefrologijo, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 31 10, F: 01 522 24 08	40.000,00 SIT ***
Združenje za ginekološko onkologijo, kolposkopijo in cervikalno patologijo, prof. dr. Stelio Rakar	ga. Martina Pečlin, Enota za raziskovalno delo, SPS Ginekološka klinika, KC Ljubljana, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, T: 01 522 60 20, F: 01 439 75 90, E: martina.peclin@obvyn.mf.uni-lj.si	*** ***
Onkološki inštitut Ljubljana, Kancerološka sekcija SZD, mag. Darja Eržen, dr. med.	ga. Stanka Vukšinič, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, T: 01 587 95 23	kotizacije ni ***
Podkomisija za medicino – GRS Slovenije	Peter Najdenov, dr. med., Eva Pogačar, dr. med., SB Jesenice, T: 04 586 80 00	10.000,00 SIT – en dan, 15.000,00 SIT – dva dneva ***

## MAREC 2006

## TEMA

## VSEBINA

MAREC 2006		TEMA	VSEBINA	
<b>17. – 18. ob 8.00</b>				
<b>LJUBLJANA</b> Inštitut RS za rehabilitacijo	<b>17. DNEVI REHABILITACIJSKE MEDICINE: BOLEČINA V REHABILITACIJSKI MEDICINI</b>  podroben program • Isis 12/2005	ni omejeno	posvet za vse zdravnike in druge zdravstvene delavce	
<b>17. – 18. ob 9.00</b>		št. kandidatov		
<b>LJUBLJANA</b> Cankarjev dom	<b>9. SCHROTTTOVI DNEVI – NOVOSTI V ZDRAVLJENJU</b>	250	strokovno izobraževanje za zdravnike	
<b>24. – 25. ob 9.00</b>				
<b>MARIBOR</b> Univerza Maribor, Slomškov trg 15	<b>MEDICINA IN PRAVO – ZAPLETI V MEDICINI</b>	ni omejeno	strokovni posvet za vse zdravnike in pravnike	
<b>24. – 25. ob 9.15</b>				
<b>LJUBLJANA</b> 1. predavalnica Kliničnega centra	<b>INFEKTOLOŠKI POSVET 2006: STOPENJSKA OBRAVNAVA NAJPOGOSTEJŠIH OKUŽB</b>  podroben program • Isis 12/2005	ni omejeno	posvet za vse zdravnike	
<b>APRIL 2006</b>				
<b>1. ob 8.30</b>				
<b>LJUBLJANA</b> dvorana Lek, Verovškova 57	<b>ULTRAZVOČNA ŠOLA: ULTRAZVOČNI PREGLED MED 11. IN 14. TEDNOM NOSEČNOSTI</b>	do 100	strokovni posvet in učna delavnica o presejalnih testih za kromosomopatije in o zgodnji morfolgiji ploda za specialiste in specializante ginekologije in porodništva	
<b>6. – 8. ob 14.00</b>				
<b>KRANJSKA GORA</b> hotel Kompas	<b>6. KOKALJEVI DNEVI</b>	150	strokovno izobraževanje za zdravnike	
<b>6. – 8.</b>				
<b>KRANJSKA GORA</b> hotel Lek	<b>OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME – POUK BOLNIKA Z ASTMO – VODENJE BOLNIKA S KOPB</b>  podroben program • Isis 1/2006	20	učna delavnica	
<b>7. – 8.</b>				
<b>MARIBOR</b> Kongresni center Habakuk	<b>XVI. SREČANJE PEDIATROV V MARIBORU</b>	ni omejeno	strokovni posvet za pediatre, zdravnike šolske medicine, zdravnike družinske ali splošne medicine	
<b>7. – 8.</b>				
<b>BLED</b> Festivalna dvorana	<b>14. SLOVENSKI PARODONTOLOŠKI DNEVI</b>	ni omejeno	strokovni posvet	

ORGANIZATOR	NASLOV	K. TOČKE
Inštitut RS za rehabilitacijo, prof. dr. Črt Marinček	ga. Ela Loparič, Inštitut za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 475 84 41, F: 01 437 65 89, E: ela.loparic@mail.ir-rs.si	41.000,00 SIT, 20.000,00 SIT za specializante in sekundarije, 22.000,00 SIT za en dan (DDV je vključen)
za prijave, kontaktne osebe, tel., faks		kotizacija
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, asist. Tonka Poplas Susič	ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, MF Ljubljana, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	45.000,00 SIT
Zdravniško društvo Maribor in Pravniško društvo Maribor v sodelovanju z Medicinsko in Pravno fakulteto Univerze v Mariboru	prim. Jelka Reberšek Gorišek, ga. Majda Petek, Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 26 57, 321 26 22, F: 02 331 23 93	35.000,00 SIT (DDV je vključen), kotizacije ni za študente medicine in prava ter upokojene zdravnike
Sekcija za kemoterapijo SZD, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja KC, Katedra za infekcijske bolezni z epidemiologijo MF, doc. dr. Bojana Beović	ga. Simona Rojs, ga. Andreja Sorman, T: 01 522 42 20, 522 21 10, F: 01 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si, andreja.sorman@kclj.si	24.000,00 SIT (DDV je vključen)
v postopku		
Združenje za perinatalno medicino, KO za perinatologijo – SPS Ginekološka klinika – KC Ljubljana, asist. dr. Nataša Tul Mandić, asist. dr. Tanja Premru Sršen	ga. Martina Pečlin, Enota za raziskovalno delo, SPS Ginekološka klinika, KC Ljubljana, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, T: 01 522 60 20, F: 01 439 75 90	***
***		
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, doc. dr. Janko Kersnik	informacije: doc. dr. Janko Kersnik, Koroška 2, 4280 Kranjska Gora, T: 04 588 46 01, F: 04 588 46 10, E: janko.kersnik@s5.net, W: http://www.drmed.org/novica.php?id=8243, prijave: ga. Jožica Krevh, uprava Osnovnega zdravstva Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, T: 04 208 25 23, F: 04 202 67 18, E: jozica.krevh@ozg-kranj.si	35.000,00 SIT
***		
Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo	ga. Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	80.000,00 SIT
***		
SB Maribor – KO za pediatrijo, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor – Dispanzer za otroke in dispanzer za šolske otroke in mladostnike, Združenje za pediatrijo SZD, Zdravniško društvo Maribor, Univerza v Mariboru	ga. Jelka Rojko, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 24 65, 321 21 10, F: 02 331 23 93, E: pediatrija.mb@sb-mb.si, ga. Tatjana Mauko, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, Vošnjakova 4, 2000 Maribor, T: 02 228 63 56, F: 02 228 65 81, E: tatjana.mauko@zd-mb.si	45.000,00 SIT do 28. 2. 2006, 50.000,00 SIT do 24. 3. 2006, 60.000,00 SIT na posvetu <b>TRR: 04515-0000124280</b> sklic na št. 1031
***		
Združenje za ustne bolezni, parodontologijo in stomatološko implantologijo – SZD, prof. dr. Uroš Skalarič	Združenje za ustne bolezni, parodontologijo in stomatološko implantologijo, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana	***
***		



## APRIL 2006

## TEMA

## VSEBINA

20. – 22.

**BLED**

Festivalna dvorana

6<sup>TH</sup> INTERNATIONAL CONGRESS ON CEREBRAL PALSY – NEW ADVANCES IN TREATMENT OF CEREBRAL PALSY W: [http://animus.mf.uni-lj.si/~icna/bled/podroben program](http://animus.mf.uni-lj.si/~icna/bled/podroben_program) • Isis 1/2006

ni omejeno

podiplomsko izobraževanje za pediatrie, otroške nevrologe, ortopede, fiziatre, terapevte in druge

## MAJ 2006

14. – 17.

št. kandidatov

**LJUBLJANA**

Cankarjev dom

VII. KONGRES EVROPSKEGA TRAVMATOLOŠKEGA ZDRUŽENJA – EUROTRAUMA 2006

\*\*\*

kongres

16. ob 9.00

**LJUBLJANA**

Cankarjev dom

NEZGODNO ZAVAROVANJE

ni omejeno

posvet za zdravnike izvedence

18. – 20. ob 16.30

**BLED**

hotel Toplice

ADVANCED COURSE ON ETHICS IN ONCOLOGY

[podroben program](#) • Isis 12/2005

ni omejeno

mednarodni tečaj za vse zdravnike in medicinske sestre, ki pogosto srečajo onkološkega bolnika

26. – 27. ob 8.00

**LJUBLJANA**

Poslovna stavba GIVO (bivši Smelt)

32. SREČANJE DELOVNIH SKUPIN V OSNOVNEM ZDRAVSTVU

200

strokovno izobraževanje za zdravnike, medicinske sestre, patronažne sestre in fizioterapevte

27.

**BRDO PRI KRANJU**

BRDO 2006 – STROKOVNI POSVET S ŠPORTNIMI TEMAMI

[podroben program](#) • Isis 1/2006

ni omejeno

strokovno srečanje za zdravnike, farmacevte in veterinarje, združeno z rekreativnim tekmovanjem

27. ob 10.00

**BRDO PRI KRANJU**

XII. MEDICINSKI DUATLON IN IV. POLETNI MEDICINSKI TEK (10 KM) TER MEDNARODNI STROKOVNI POSVET

ni omejeno

udeleženci v konkurenci: zdravniki, veterinarji in farmacevte, zunaj konkurence: študenti navedenih poklicev in prijatelji

## JUNIJ 2006

1. – 3.

**KRANJSKA GORA  
HOTEL LEK**

OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME – POUK BOLNIKA Z ASTMO – VODENJE BOLNIKA S KOPB

[podroben program](#) • Isis 1/2006

20

učna delavnica

ORGANIZATOR	NASLOV	K. TOČKE	
prof. dr. Milivoj Veličković Perat	prof. dr. Milivoj Veličković Perat, GSM: 031 318 161, F: 04 236 14 00, E: mvelickovicp@guest.arnes.si, W: www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm	do 15. 3. 2006 225 EUR, nato 300 EUR	***
za prijave, kontaktne osebe, tel., faks		kotizacija	
***	prof. dr. Vladimir Smrkolj, T: 01 524 73 84, E: kirurg@mf.uni-lj.si, W: www.eurotrauma2006.org	***	v postopku
Društvo travmatologov Slovenije, prof. dr. Vladimir Smrkolj	ga. Natalija Bah Čad, Cankarjev dom, T: 01 24 17 132, 24 17 132	180 EUR (predčasna prijava 120, 150 EUR), za študente kotizacije ni	v postopku
Onkološki inštitut Ljubljana, European School of Oncology Milano	Rita de Martini, European School of Oncology, Via del Bollo 4, 20123 Milan, Italy, T: +39 02 854 645 27, F: +39 02 854 645 45, E: rdemartini@esoncology.org	150 EUR	***
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, asist. Nena Kopčavar Guček, Davorina Petek, dr. med.	ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, MF Ljubljana, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si, W: http://www.drmed.org/novica.php?id=8244	40.000,00 SIT	***
prof. dr. Milivoj Veličković Perat	prof. dr. Milivoj Veličković Perat, Pediatrična klinika, KC Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, T: 01 522 92 19, F: 01 522 93 58, E: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, W: http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm	***	***
prof. dr. Milivoj Veličković Perat	prof. dr. Milivoj Veličković Perat, Pediatrična klinika, KC Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, T: 01 522 92 19, F: 01 522 93 58, E: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, W: http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm	***	***
Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo	ga. Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	80.000,00 SIT	***

## JUNIJ 2006

## TEMA

## VSEBINA

2. – 3. ob 8.15

## LJUBLJANA

velika predavalnica  
Medicinske fakultete,  
Korytkova 2

XXIV. DERČEVI DNEVI

podroben program • Isis 1/2006

\*\*\*

strokovni posvet

## OKTOBER 2006

5. – 7. ob 12.00

št. kandidatov

KRANJSKA GORA  
HOTEL KOMPASIII. KONGRES SLOVENSKE FIZIKALNE IN  
REHABILITACIJSKE MEDICINE

podroben program • Isis 1/2006

\*\*\*

kongres

20. – 21. ob 8.00

KRANJSKA GORA  
HOTEL KOMPAS

8. FAJDIGOVI DNEVI

150

strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine

## APRIL 2008

24. – 26.

BLED FESTIVALNA  
DVORANA7<sup>TH</sup> INTERNATIONAL CONGRESS ON  
CEREBRAL PALSY – FROM RISK FACTORS  
TO FINAL DIAGNOSIS

ni omejeno

podiplomsko izobraževanje za pediatre, otroške nevrologe,  
ortopede, fiziatre, terapevte in druge

*Zdravo, učinkovito, uspešno, zadovoljno in srečno 2006!*

*Vodstvo Zdravniške zbornice Slovenije*

Namesto novoletnih voščilnic smo denar nakazali v humanitarne namene.

► Uradne ure predsednika Zbornice in članov izvršilnega odbora, generalnega sekretarja, predsednika razsodišča in tožilca

**Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med.**

Predsednik Zbornice

▷ četrtek od 16.00 do 17.00

**Prim. asist. Mateja Bulc, dr. med.**

Predsednica odbora za osnovno zdravstvo

▷ četrtek od 16.00 do 17.00

**Prof. dr. Andreja Kocijančič, dr. med.**

Podpredsednica Zbornice in predsednica odbora  
za strokovno-medicinska vprašanja

▷ po dogovoru

**Jani DERNIČ, dr. med.**

Predsednik odbora za strokovno-medicinska  
vprašanja

▷ četrtek od 16.00 do 17.00

**Prof. dr. Nenad Funduk, dr. dent. med.**

Podpredsednik Zbornice in predsednik  
odbora za zobozdravstvo

▷ torek od 14.00 do 15.00

**Prim. Jožef Ferk, dr. med.**

Predsednik odbora za bolnišnično  
in specialistično zdravstvo

▷ četrtek od 16.00 do 17.00

## ORGANIZATOR

## NASLOV

## K. TOČKE

Katedra za pediatrijo - Medicinska fakulteta Univerza v Ljubljani	ga. Mihela Jurčec, tajništvo, SPS Pediatrična klinika, Vrazov trg 2, 1525 Ljubljana, T: 01 522 92 24, E: mihaela.jurcec@klj.si	***	***
za prijave, kontaktne osebe, tel., faks		kotizacija	
Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino	asist. Hermina Damjan, Inštitut RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 475 81 00 ali asist. mag. Klemen Grabljevec, E: klemen.grabljevec@ir-rs.si	glej rumene strani	***
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, doc. dr. Janko Kersnik	ga. Jožica Krevh, uprava Osnovnega zdravstva Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, T: 04 208 25 23, F: 04 202 67 18, E: jozica.krevh@ozg-kranj.si, janko.kersnik@s5.net, W: http://www.drmed.org/novica.php?id=8241	35.000,00 SIT	***
prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat	prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat, GSM: 031 318 161, F: 04 236 14 00, E: mvelickovicp@guest.arnes.si, W: www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm	do 15. 3. 2006 225 EUR, nato 300 EUR	***



*Zdravo, učinkovito, uspešno, zadovoljno in srečno 2006!*

*Uredništvo revije Isis, Atelier IM, Camera d. o. o., Tiskarna Povše, Dragan Arrigler*

Namesto novoletnih voščilnic smo denar nakazali v humanitarne namene.

**Akad. prof. dr. Matija Horvat, dr. med.**

Predsednik sveta za izobraževanje zdravnikov

▷ četrtek od 15.00 do 16.00

**Prim. mag. Brane Mežnar, dr. med.**

Predsednik razsodišča I. stopnje

▷ po dogovoru

**Tatjana Puc Kous, dr. med.**

Predsednik odbora za zasebno dejavnost

▷ četrtek od 16.00 do 17.00

**Prof. dr. Jože Balažič, dr. med.**

Tožilec Zbornice

▷ po dogovoru

**Mag. Žarko Pinter, dr. med.**

Predsednik odbora za pravno-etična vprašanja

▷ vsaka prva sredo od 15.00 do 16.00  
▷ vsak drugi četrtek od 16.00 do 17.00

**Strokovne službe**

Ponedeljek, sredo, petek od 9.00 do 12.00, četrtek od 13.00 do 16.00

UREDNIŠTVU REVIJE ISIS  
Dalmatinova 10  
p.p. 1630  
1001 Ljubljana

fax: 01/30 72 109

**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:**

Datum prireditve

Začetek, ura

Kraj

Prostor, kjer bo prireditev

Naslov strokovnega srečanja

Število poslušalcev

(če je določeno)

(neomejeno)

Vsebina in vrsta strokovne prireditve (podiplomski seminar, posvet, 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

Brezplačna kotizacija

DA

NE

za upokojene zdravnike, študente, \_\_\_\_\_

# PROGRAMI

## USMERITVE ZA OBRAVNAVO BOLNIKOV S PLJUČNICO DOMAČEGA OKOLJA

organizatorji •

Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, Katedra za družinsko medicino, Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja, Združenje zdravnikov družinske medicine

**BLED, Festivalna dvorana**  
27. januar 2006

**RADENCI, Terme Radenci**  
3. februar 2006

### PROGRAM:

- 13.00 Uvodni satelitski posvet in prigrizek  
15.00 Posvet  
Predseduje prof. dr. Ema Mušič, svetnica  
15.10 prof. dr. Franc Strle: Uvod (definicija, epidemiologija)  
15.30 asist. Peter Kecelj, mag. Viktorija Tomič: Diagnostični pristop pri sumu na pljučnico (klinična slika, uporaba testov, ocena teže pljučnice)  
15.50 asist. Renato Eržen, Aleš Rozman: Splošni ukrepi pri zdravljenju  
16.10 Razprava  
16.30 Odmor  
17.00 doc. dr. Bojana Beovič: Smotna uporaba antibiotikov (etiologija, identifikacija povzročitelja, empirična in ciljana izbira antibiotika)  
17.20 asist. Vlasta Vodopivec Jamšek: Učinkovit pristop zdravnika družinske medicine pri sumu na pljučnico  
17.40 asist. Gordana Živčec Kalan: Pljučnica pri bolnikih s sočasnimi boleznimi  
18.00 doc. dr. Mitja Košnik: Kako zagotoviti kakovostno zdravljenje pljučnic?  
18.10 Razprava  
18.30 Zaključni satelitski posvet in prigrizek

Vljudno vabljeni.

Natančen program je na  
W: <http://www.klinika-golnik.si>

#### Prijave in druge informacije:

ga. Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik,  
T: 04 256 94 93, M: 051 312 449,  
F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si, W: www.klinika-golnik.si

## DVOMI OB OBRAVNAVI BOLNIKA V KRIZI

organizator •

Enota za krizne intervencij, KO za mentalno zdravje, Psihiatrična klinika Ljubljana

**LJUBLJANA, predavalnica KO  
za mentalno zdravje, Zaloška 29**  
27. januar 2006

### PROGRAM:

**Četrtek, 27. januar 2006**

- 9.00 Prihod  
9.30 B. Milač: Krizna stanja  
10.00 J. Borštnar: Sistemski pristop pri obravnavanju K. S.  
10.30 O. Grad: Krizna intervencija kot oblika preprečevanja samomora  
11.00 Odmor s kavo  
11.30 M. Kocmur: Krizne intervencije – vzgoja terapevta  
12.00 B. Novak Šarotar, P. Zajc: Predstavitve enote za krizne intervencije  
12.30 Kosilo  
13.30 Razpravljalne skupine  
15.00 Zaključek

Seminar je namenjen zdravnikom v osnovnem zdravstvu in psihiatrom.

Vodje razpravljalnih skupin:  
J. Borštnar, A. Zavasnik, B. Milač

Vodja srečanja:  
Jana Borštnar, dr. med. specialistka psihiatrije

Število udeležencev: 50.

#### Kotizacija:

6.000,00 SIT, nakažite jo na  
TRR: 01100-6030277991 sklic na št. 299399.

#### Prijave in informacije:

ga. Branka Markelj,  
T: 01 587 49 44,  
E: branka.markelj@psih-klinika.si

## CEDENS – XII. DAN CELJSKEGA ZOBOZDRAVSTVA

organizator •

Društvo zobozdravstvenih delavcev Celje

**CELJE,  
Narodni dom Celje, Trg celjskih knezov 9**  
10. februar 2006

### PROGRAM:

**Petek, 10. februarja 2006**

- 9.00 Prihod in prijava  
9.50 Nikola Potočnik: Uvodne besede  
10.00 Janez Tasič: Bolnik s srčnim popuščanjem pri zobozdravniku  
10.30 Aleš Fidler: Krčenje kompozitov  
11.30 Snežna Fludernik, P. Jager: Bolezni žlez slinavk  
12.00 Anita Nečimer: Vzroki in zdravljenje kserostomije  
12.30 Odmor za kosilo  
15.00 Podelitev Schwabovih priznanj  
15.30 Daniel Žerdoner, Franci Pavlovič: Sodobno zdravljenje zlomov obraznega skeleta  
16.00 Gorazd Lešničar: Zaščita zdravstvenih delavcev pri hepatitisu B  
16.45 Odmor  
17.00 Marta Škapin: Koreninske frakture stalnih zob pri otrocih  
17.45 Matjaž Rode: Ali grozi prepoved uporabe dentalnih amalgamov – ocena kakovosti amalgamskih in kompozitnih plomb  
18.30 Zaključek  
19.00 Polona – zabavna prireditev v hotelu Štorman Celje

Zobna razstava naših sponzorjev (mala dvorana)

#### Kotizacija:

20.000,00 SIT, nakažite jo na  
TRR: 06000-0052407750 s pripisom "za CEDENS".  
Kotizacijo lahko poravnate tudi ob prijavi na dan prireditve.

#### Dodatne informacije:

Nikola Potočnik, dr. dent. med., Mestni trg 5, 3310 Žalec, T: 03 571 60 44, E: nikola.potocnik@siol.net ali ga. Dragica Planko, JZ ZD Celje, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, T: 03 543 43 51, F: 03 544 13 56, E: dragica.planko@zd-celje.si

## OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME – POUK BOLNIKA Z ASTMO – VODENJE BOLNIKA S KOPB

organizator •  
Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in  
alergijo

**KRANJSKA GORA,**  
hotel Lek

16. – 18. februar 2006  
6. – 8. april 2006  
1. – 3. junij 2006

### PROGRAM:

- Klasifikacija preobčutljivostnih reakcij
- Alergeni, navskrižnost, skritost
- Astma in KOPB: pljučna funkcija pri obstruktivnih boleznih pljuč, etiopatogeneza, klinična slika in diferencialna diagnoza, zdravljenje
- Pouk bolnika z astmo in KOPB, kako poučevati, kdo poučuje, pričakovane koristi pouka
- Rinitis: diagnostični in terapevtski pristop
- Alergijsko vnetje, anafilaksija, alergijske bolezni kože, nutritivna alergija, alergija za zdravila, posebnosti alergijskih bolezni v otroštvu
- Kožni in laboratorijski testi alergije
- Zdravljenje in preprečevanje alergijske bolezni
- Interakcije zdravil pri bolnikih z alergijskimi boleznimi in astmo

Namen delavnice je sinhronizacija osebnega zdravnika in specialista pri obravnavi bolnika z alergijsko boleznijo in astmo. Delavnica je namenjena predvsem zdravnikom splošne medicine. Vabljeni tudi specialisti drugih strok (dermatologi, otorinolaringologi, internisti, pediatri), specializanti in sekundariji.

Poudarek delavnice bo na praktični obravnavi posameznih pomembnih segmentov alergologije ali astme, reševanju konkretnih alergoloških primerov, prikaz načinov pouka bolnikov z astmo. Vaje bodo potekale pod vodstvom posameznih strokovnjakov v skupinah.

Udeleženci bodo ob prihodu na tečaj prejeli zbornik predavanj in predstavitev praktičnih del.

Vodji tečaja:  
doc. dr. Mitja Košnik, prof. dr. Stanislav  
Šuškovič

Sodelavci:  
prof. dr. Jurij Šorli, prof. dr. Alojz Ihan, prof. dr.  
Ema Mušič, doc. dr. Matjaž Fležar, asist. Robert  
Marčun, asist. Katarina Osolnik, doc. dr. Tomaž  
Lunder, prim. Vesna Glavnik, prim. Marijana  
Kuhar, prim. Jernej Podboj, asist. Mihaela  
Zidarn, prim. mag. Aleksandra Kraut

Število udeležencev: 20.

**Kotizacija** 80.000,00 SIT vključuje hotelske  
storitve (nočitve, prehrana, animacija), zbornik,  
potrdilo o udeležbi, opravljanje zaključnega  
izpita

#### Informacije in prijave:

ga. Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik –  
KO za pljučne bolezni in alergijo,  
4204 Golnik, T: 04 256 91 11,  
F: 04 256 91 17,  
E: irena.dolhar@klinika-golnik.si

## TENIŠKI TURNIR DVOJIC

organizator •  
Slovensko zdravniško športno društvo Medicus  
– Teniška sekcija

**LJUBLJANA,**  
Teniški center Škulj na Vrhovcih  
14. januar 2006 ob 12. uri

Turnir je rekreacijski,  
namenjen sprostitvi in  
prijetnemu druženju.  
Žrebanje bo ob 11. uri,  
začetek igranja ob 12. uri.



Zaključek turnirja predvidoma ob 18. uri.

Tekmovanje vodi Ratko Tatalovič, tehnična  
izvedba Edi Smeh.

Prijave:  
Ratko Tatalovič, dr. med., GSM: 041 667 929.

## 6<sup>TH</sup> INTERNATIONAL CONGRESS ON CEREBRAL PALSY New Advances in Treatment of Cerebral Palsy, Formal lectures and interactive sessions with leading international speakers

organised by •  
International Child Neurology Association – ICNA,  
International Cerebral Palsy Society – ICPS

**BLED, 20 – 22 April 2006**  
Bled, Slovenia

### PROGRAMME:

**Thursday, 20 April 2006**

#### Workshop: Demonstration of traditional and alternative treatments

Moderators: Christine Barber (United Kingdom),  
Lea Šuc (Slovenia)

- NDT – Physiotherapy Demonstration: Neda  
Rotar (Slovenia)
- NDT – Occupational Therapy  
Demonstration: Susane Dreier (Switzerland)

Moderators: Sonja Kosač Vasić (Serbia and  
Montenegro), Jurij Karapandža (Slovenia)

- Vojta method Demonstration: Wolfram  
Müller (Germany)
- Constraint Induced Therapy Demonstration:  
Ann-Christin Eliasson (Sweden)

Moderators: Erika Medveczky (Hungary), David  
Neubauer (Slovenia)

- Acupuncture Demonstration: Virginia Wong  
(Hong Kong, China)
- Conductive Education Demonstration:  
Conductors from Petó Institute (Hungary)

**Thursday, 20 April 2006**

Main Conference

19.30 Merry-go-round, Vipava, Slovenia  
20.00 Allan Colver (United Kingdom): What  
are we all trying to do?

**Friday, 21 April 2006**

#### Conservative Approaches

Chair: Pasionare Rino (Albania), Fedor Pečak  
(Slovenia)

- Milivoj Veličković Perat (Slovenia):  
Introduction
- Gaynor Cole (United Kingdom): The  
Spectrum of Choice
- Tatjana Dolenc Veličković (Slovenia): NDT

(Bobath) Concept

- Friedeman Schulze (Germany): Voja Method

### Pharmacologic Approaches

Chair: Vlatka Bošnjak Mejaški (Croatia), Milan Gregorič (Slovenia)

- Ann Tilton (USA): Botulinum Toxin
- Leland Albright (USA): Neurosurgical Treatments of Movement Disorders in Cerebral Palsy (ITB, SDR, DBS)

Chair: Andreja Pehnc (Slovenia), Miroslav Pospiš (Croatia)

### A Challenging Clinical Conundrum, with Audience Participation

- Breda Šušteršič (Slovenia): Would this infant benefit from early NDT?
- Hermina Damjan (Slovenia): Is Botulinum toxin indicated here?

### Saturday, 22 April 2006

### Other Management Options

Chair: Vane Antolič (Slovenia), Riccardo Camoriano (Italy)

- James Robb (United Kingdom): Gait Analysis
- Reinald Brunner (Switzerland): Multi-level surgery
- Janez Breclj (Slovenia): Late, but it is never too late to operate
- John Patrick (United Kingdom): Orthotic and Bridging Treatment for the Younger Cerebral Palsy Child

Chair: Pratibha Singhi (India), Boštjan Baebler (Slovenia)

- Kazuo Kodama (Japan): Palliative Treatment for People who are Profoundly Handicapped
- Chantal Wood (France): Pain in children with disability
- Barry Russman (USA): Alternative Medicine for Cerebral Palsy
- Mirjana Maletić Savatić (USA): Future Therapy – Stem Cells?

Chair: Desanka Grubić Jakupčević (Croatia), Katja Groleger Sršen (Slovenia)

- A Challenging Clinical Conundrum, with Audience Participation
- Karin Schara (Slovenia): Is a surgical approach justified?
- Aleš Demšar (Slovenia): Would an orthosis help this patient?

### Information:

prof. dr. Milivoj Veličković Perat,  
M: 031 318 161,  
F: 04 236 14 00,

E: mvelickovicp@guest.arnes.si,

W: www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm

## ŠOLA EHOKARDIOGRAFIJE (TTE)

organizator •

Združenje kardiologov Slovenije,  
Delovna skupina za ehokardiografijo

### ŠMARJEŠKE TOPLICE

27. – 28. januar 2006

### PROGRAM:

#### 1. tečaj

#### Petek, 27. januarja 2006

- 9.00 T. Blinc: Fizikalne osnove ehokardiografije  
T. Jamnik: Tehnične osnove aparature
- 11.00 H. Bernhardt: Praktični del – vaje
- 15.00 T. Gulič: Osnove ehokardiografskih metod  
N. Ružič Medvešček: Osnove doplerske ehokardiografije
- 17.00 T. Gulič/N. Ružič Medvešček: Praktični del

#### Sobota, 28. januarja 2006

- 9.00 M. Koželj: Ehokardiografska anatomija
- 11.00 M. Koželj: Praktični del
- 15.00 I. Gradecki: Standardne metode in meritve. Normalne vrednosti
- 17.00 I. Gradecki: Praktični del  
Kolokvij

#### 2. tečaj (konec tedna v maju)

Program:

- Pridobljene srčne napake
- Aortna stenoza
- Aortna nezadostnost
- Mitralna stenoza
- Mitralna regurgitacija
- Trikuspidalna regurgitacija in stenoza
- Pulmonalna regurgitacija in stenoza
- Ehokardiografija pri odraslem s prirojeno srčno napako

Kolokvij

#### 3. tečaj (konec tedna v oktobru)

Program:

- Ehokardiografija pri boleznih perikarda - Ehokardiografska ocena funkcije levega in desnega prekata
- Tkivna dopplerska ehokardiografija
- Ehokardiografija pri ishemični bolezni srca
- Smernice za ehokardiografijo
- Celotna ocena ehokardiografske preiskave
- Nove metode in 3D ...

Kolokvij

Izpit iz ehokardiografije: pogoj za pristop k izpitu so opravljeni vsi trije kolokviji in določeno

število preiskav ob mentorju in predstavitev lastnih preiskav. Izpit se opravlja pred komisijo kakor določajo smernice za učenje ehokardiografije.

Šola ehokardiografije (TTE) je namenjena specializantom interne medicine zadnjih dveh let in specialistom kardiologom, anesteziologom in pediatrom. Ko bo sprejeta specializacija iz kardiologije, bo to že sestavni del specializacije.

Šola bo potekala v treh delih oziroma tečajih, ki bodo sestavljeni iz predavanj in praktičnih vaj, v času med tečaji pa bo potekalo usposabljanje ob mentorju. Vsak tečaj se bo končal s kolokvijem, šola pa z izpitom, ki bo osnova za pridobitev licence kot dodatnega znanja iz ehokardiografije. Šola bo praviloma potekala v Šmarjeških Toplicah.

Kotizacija za posamezni tečaj znaša 60.000,00 SIT. Prijave sprejemamo do zapolnitve mest oziroma do 10. januarja 2006.

Število udeležencev je omejeno.

Prijave za prvi tečaj pošljite na naslov: ga. Saša Radelj, Združenje kardiologov Slovenije, Ulica stare pravde 6, 1000 Ljubljana, T: 01 522 29 34, F: 01 522 45 99, E: sasa.radelj@kclj.si.

Dodatne informacije: prim. Janez Tasič, dr. med., JZ ZD Celje, Kardiološki dispanzer, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, T: 03 543 44 21, E: janez.tasic@zd-celje.si

## BRDO 2006 – STROKOVNI POSVET S ŠPORTNIMI TEMAMI

organizator •

prof. dr. Milivoj Veličković Perat

### BRDO PRI KRANJU

27. maj 2006

### PROGRAM

#### Sobota, 27. maja 2006

- 13.30 Jure Robič, doc. dr. Bojan Knap: Priprava in delovanje organizma pred, med in po "nadčloveškem" naporu (izkušnje s medcelinske tekme v kolesarjenju)
- 16.00 Družabno srečanje

Kotizacije ni.

Informacije: prof. dr. Milivoj Veličković Perat, Pediatrična klinika, KC Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, T: 01 522 92 19, F: 01 522 93 58, E: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, W: http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm



## 28. IATROSSKI Posvetovanje športne medicine, združeno s smučarskim tekmovanjem zdravnikov dežel Alpe–Jadran

organizator •

Organizacijski odbor Iatrosski: Franci Koglot, Nova Gorica, Andrej Bručan, Ljubljana, Tone Lah, Jesenice, Tatjana Pintar, Ljubljana

### KRANJSKA GORA

2. – 3. februar 2006

#### PROGRAM:

##### Četrtek, 2. februarja 2006

- 15.30 Tek (ob hotelu Kompas). Kategorije za moške in ženske:  
A – do vključno 35 let  
B – do 50 let  
C – nad 50 let  
Ženske tečejo 3 km, moški 5 km.
- 19.00 Gostilna Martin (pivnica), Kranjska Gora: odprtje 28. Iatrosski, razglasitev rezultatov teka, zakuska

##### Petek, 3. februarja 2006

- 11.00 Veleslalom (smučišče Kranjska Gora – sedežnica Podles). Kategorije za ženske in moške:  
A – rojeni 1975 in mlajši  
B – 1974 – 1965  
C – 1964 – 1955  
D – 1954 – 1945  
E – 1944 – 1935  
F – 1934 in starejši
- 12.00 Drugi tek za najboljših pet iz vsake kategorije
- 15.00 Koktajl (hotel Lek)
- 16.00 Posvetovanje športne medicine, slavnostna razglasitev rezultatov, večerja

Organizacijski odbor Iatrosski: Franci Koglot, Nova Gorica, Andrej Bručan, Ljubljana, Tone Lah, Jesenice, Tatjana Pintar, Ljubljana

#### Kotizacija:

- tek 3.500,00 SIT
- VSL 10.000,00 SIT
- Skupna kotizacija (tek in VSL) 12.000,00 SIT

Kotizacijo nakažite na transakcijski račun Goriškega zdravniškega društva: 04750-0000753838, kontaktna oseba ga. Melita Vogrič, T: 05 330 14 50.

#### Prijave:

prijavo skupaj z odrezkom o plačani kotizaciji pošljite do 27. 1. 2006 na naslov: Franci Koglot, dr. med., Splošna bolnišnica dr. Franca Drganca Nova Gorica, Ul. padlih borcev 13 a, 5290 Šempeter pri Gorici.

Poznejših prijav ne sprejemamo. V prijavi navedite: spol, letnico rojstva, delovno mesto, ustanovo oz. društvo, za katero nastopate.

Za ekipo štejejo trije najbolje točkovani moški in dve ženski ali tri najbolj točkovane ženske in dva moška.  
Udeleženci tekmujejo na svojo odgovornost. Posebna priznanja za kombinacijo velesloma in teka.  
Tekmovanje šteje za izbiro uradne slovenske zdravniške reprezentance za nastop na svetovnem prvenstvu.

Startne številke in vozovnice s popustom dobite od 9. ure dalje na blagajni žičnice.

## ŠOLA ZA ULTRAZVOČNO DIAGNOSTIKO: GINEKOLOGIJA

organizatorji •

Univerza Maribor, Slovensko združenje za ultrazvok, Učna bolnišnica Maribor

### MARIBOR,

Univerza Maribor, Slomškov trg 15  
16. – 18. februar 2006

#### PROGRAM:

##### Četrtek, 16. februarja 2006

- 9.00 History of Ian Donald school of ultrasound, A. Kurjak
- 9.30 Razvoj ehografske tehnologije na področju ginekologije in porodništva, V. Vlaisavljevič
- 10.00 Tehnike transabdominalne preiskave in vaginosonografske preiskave v ginekologiji, V. Vlaisavljevič
- 10.30 Odmor – Klepet ob kavi z ustanovitelji ehografske diagnostike v Sloveniji (Alenka Saks in Igor Japelj)

- 11.00 Ultrasonic physics and instrumentation, B. Breyer
- 11.45 Doppler color flow imaging instrumentation. 3D and 4D ultrasound, B. Breyer
- 12.30 Kosilo
- 14.00 Maternica: običajna sonoanatomija in ehografska diagnostika sprememb v maternici, M. Reljič
- 14.45 Prirojene anomalije maternice, M. Reljič
- 15.30 Jajčnik: normalna sonoanatomija in ehografska diagnostika sprememb, V. Gavrič Lovrec
- 16.15 Odmor
- 16.30 Sonografske spremembe med menstrualnim ciklusom, V. Vlaisavljevič
- 17.15 Vnetja adneksov in endometrioza - ehografska diagnostika, I. But
- 18.00 Razprava ob videoposnetkih

##### Petek, 17. februarja 2006

- 9.00 Echographic evaluation of uterine bleeding, B. Ujevič
- 9.30 Echographic vizalisation of intrauterine contraception, B. Radaković
- 10.00 Odmor
- 10.15 Pretok krvi v organih male medenice, V. Gavrič Lovrec
- 11.00 Maligni tumorji, karcinom jajčnika in pretoki krvi, I. Takač
- 12.00 Ultrazvok trebuha: diferencialne diagnostične težave, M. Brvar
- 13.00 Lažno pozitivni izvidi ehografskih preiskav v ginekologiji, V. Gavrič Lovrec
- 13.30 Kosilo
- 14.00 Racionalna raba diagnostičnega ultrazvoka v ginekologiji, I. But
- 14.15 Dopplerjeva preiskava v ginekologiji (corpus luteum, vnetje in torzija jajcevodov, GEU), E. Bokal
- 15.00 Zunajmaternična nosečnost – ehografska diagnostika, M. Reljič
- 15.45 Ehografski izvidi pri patološki zanositvi: spontani splav, grozeči in ponavljajoči se splav, zadržani splav, snetljivo jajce, mehurčasta snet, M. Reljič
- 16.15 Odmor
- 16.30 Tehnike sonografske preiskave dojke, V. Vlaisavljevič

- 17.00 Ultrazvočna diagnostika v otroški ginekologiji, A. Fetich  
 17.30 Etika in pravno-medicinski vidiki ultrazvočne diagnostike in zdravljenja, V. Flis  
 18.00 Razprava ob videoposnetkih

#### Sobota, 18. februarja 2006

- 9.00 Recent advances in echographic examination of ovarian morphology and function using 3D power Doppler, A. Kurjak  
 10.00 The 3D ultrasound detection of ovarian follicles and their growth using multiresolution image analysis, D. Zazula  
 10.45 Sono-hysterosalpingography in the evaluation of tubal patency, S. Kupešič  
 11.15 Ultrasound guidance of intrauterine procedures in ART, A. Ljubić  
 11.45 Odmor  
 12.00 Echographic screening in first weeks of pregnancy, V. Latin  
 12.45 Echographic characteristics of implantation and early placentation, Kos  
 13.30 Visualization of the cervix in nonpregnant and pregnant woman: Possible benefits?, R. Matijević  
 14.00 Kosilo  
 15.30 Pivotal scan in infertile patients, V. Vlaisavljević  
 16.45 Ultrazvočna diagnostika v ginekološki urologiji, A. Lukanović  
 17.30 Ultrazvok in neplodnost: diagnostične možnosti, T. Tomažević  
 18.00 Echographic examination of postmenopausal woman: Possibilities and limitations, B. Funduk Kurjak  
 18.30 Test. Preverjanje znanja.  
 20.00 Podelitev diplom Šole Ian Donald Podelitev učbenikov udeležencem tečaja (Textbook of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology in letne naročnine za revijo Ultrasound Review)

Vodja tečaja: Veljko Vlaisavljević

**Kotizacija:** 60.000,00 SIT + DDV. Kotizacijo nakažete na TRR: 04515-0000920553 (CIMRS – Center za interdisciplinarne in multidisciplinarne raziskave in študije Univerze v Mariboru, Krekova 2, 2000 Maribor), račun odprt pri NKBM.

**Informacije:** ga. Suzana Knuplež, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 24 60, F: 02 331 23 93, E: ivf.mb@sb-mb.si

## SEMINAR O DIAGNOSTIKI IN ZDRAVLJENJU SARKOMOV

organizator •  
 Onkološki inštitut Ljubljana, Kancerološka sekcija SZD

**LJUBLJANA,**  
 predavalnica Onkološkega inštituta Ljubljana, stavba C

### PROGRAM:

#### Sobota, 11. marca 2006

- 9.00 Pomen prvega zdravljenja pri bolnikih s sarkomi (D. Eržen)  
 9.20 Radiološka diagnostika sarkomov mehkih tkiv (M. Podkrajšek, S. Jereb)  
 9.40 Uporabnost citologije pri diagnostiki sarkomov mehkih tkiv (Ž. Pohar)  
 10.00 Vloga patologije pri diagnostiki sarkomov (M. Bračko)  
 10.20 Razprava  
 10.30 Odmor  
 11.00 Kirurško zdravljenje sarkomov mehkih tkiv (M. Špiler, D. Eržen)  
 11.30 Kirurško zdravljenje kostnih sarkomov (J. Kurnik, M. Ponikvar, M. Špiler)  
 12.00 Vloga obsevanja pri zdravljenju sarkomov (M. Dremelj, R. Tomšič)  
 12.10 Sistemsko zdravljenje sarkomov (E. Matos, B. Zakotnik)  
 12.20 Razprava

Seminar je namenjen kirurgom vseh specialnosti, ginekologom in ortopedom.

Kotizacije ni.

**Prijave in informacije:**  
 ga. Stanka Vukšinič,  
 Onkološki inštitut, Zaloška 2,  
 1000 Ljubljana,  
 T: 01 587 95 23,  
 F: 01 587 94 07.

## 9. SCHROTTTOVI DNEVI

organizator •  
 Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD

**LJUBLJANA,**  
 Linhartova dvorana, Cankarjev dom  
 17. – 18. marec 2006

### PREDHODNI PROGRAM:

- Sindrom nemirnih nog
- Vpliv družinskega zdravnika na preživetje pri zgodnjem odkritju primarne bolezni raka dojk in pri recidivih
- Celostni pristop k bolniku z rakom – pomen psihoonkologije
- Združenja bolnikov z malignimi boleznimi (PAGs) po svetu in Evropi
- Algoritem zdravljenja karcinoma dojk in novosti na tem področju
- Moški in erektilna disfunkcija
- Ali je mogoče učinkovito pomagati moškemu z ED?
- ED kot težave para
- Bolezenska stanja ter zdravila, ki povzročajo ED
- Nefarmakološka obravnava metabolnega sindroma
- Pristop k zdravljenju metabolnega sindroma v skladu s priporočili za obravnavo v ambulantni zdravnik družinske medicine
- Depresija – bolezen kot vsaka druga
- Napovedi in dejavniki depresije
- Anksioznosti
- Migrena in depresije
- Predstavitev društva za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami
- Obravnava pljučnic, ki ne potrebujejo bolnišničnega zdravljenja
- Sodobna načela antibiotičnega zdravljenja akutnega poslabšanja kroničnega bronhitisa (AEKB)
- Diagnosticiranje in zdravljenje akutnega in kroničnega sinusitisa
- Zdravljenje okužb kože in mehkih tkiv

- KOPB kot večsestavinska bolezen
- Kajenje, odvajanje, KOPB in še kaj
- Biopsijska raziskava in vloga IGK v zdravljenju KOPB
- Osebni načrt izobraževanja
- Praktični pristop do bolnic z osteoporozo v ambulantni družinskega zdravnika
- Sedanje zdravljenje osteoporoz
- Novosti v osteoporoz – pomembnost tvorjenja kosti
- Mehanizmi delovanja osteoporotičnih zdravil ter klinična pričakovanja

Kotizacija: 45.000,00 SIT.

#### Informacije:

ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, MF Ljubljana, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si

zborniku kongresa v okviru revije Rehabilitacija, avtorji bodo pisno obveščeni o vrsti predstavitev (predavanje, plakatna predstavitve).

Kongres je namenjen zdravnikom specialistom fizikalne in rehabilitacijske medicine, nevrologom, travmatologom, ortopedom, zdravnikom družinske medicine, fizioterapevtom, delovnim terapevtom, psihologom, logopedom, socialnim delavcem, inženirjem ortotike in protetike in vsem, ki jih zanima rehabilitacijska medicina ali delajo v rehabilitacijskih timih.

Kotizacija: člani ZFRM s plačano članarino do 30. 6. 2006 30.000,00 SIT, po tem datumu 40.000,00 SIT, drugi udeleženci do 30. 6. 2006 40.000,00 SIT, po tem datumu 50.000,00 SIT. Enodnevna kotizacija: člani s plačano članarino 15.000,00 SIT, drugi 20.000,00 SIT. DDV je vključen. Kotizacijo lahko nakažete na TRR št. 02222-0019518588, sklic 23300 najpozneje tri dni pred začetkom kongresa. Ob prijavi priložite potrdilo o plačilu kotizacije. V osmih dneh po kongresu vam bomo po pošti poslali račun. Kotizacija vključuje tiskano gradivo, predavanja, prigrizke in napitke med odmori, kosila, pozdravni koktajl, slavnostno večerjo in zaključni izlet s kosilom.

Informacije: asist. Hermina Damjan; Inštitut RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 475 81 00 ali asist. mag. Klemen Grabljevec, E: klemen.grabljevec@ir-rs.si

5. Zakonsko predpisani pogoji in drugi pogoji, ki jih mora izpolnjevati kandidat za podelitev koncesije, če je fizična oseba:

- 5.1. Zakonsko predpisani pogoji (35. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti):
  - 5.1.1. da ima ustrezno izobrazbo za opravljanje predvidene dejavnosti in je usposobljen za samostojno delo;
  - 5.1.2. da ni v delovnem razmerju;
  - 5.1.3. da mu ni s pravno močno sodbo sodišča prepovedano opravljanje zdravstvene službe oziroma poklica;
  - 5.1.4. da ima zagotovljeno ustrezno opremo in kadre;
  - 5.1.5. da pridobi mnenje pristojne zbornice.
- 5.2. Drugi pogoji, ki jih mora izpolnjevati kandidat za podelitev koncesije, če je fizična oseba:
  - 5.2.1. da je lokacija ordinacije za izvajanje dejavnosti v objektu zdravstvenega doma Prebold.

6. Zakonsko predpisani pogoji in drugi pogoji, ki jih mora izpolnjevati kandidat za podelitev koncesije, če je pravna oseba:

- 6.1. Zakonsko predpisani pogoji (35. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti):
  - 6.1.1. da ima ustrezno izobrazbo za opravljanje predvidene dejavnosti in je usposobljen za samostojno delo (velja za izvajalca dejavnosti pri pravni osebi);
  - 6.1.2. da ni v delovnem razmerju (velja za izvajalca dejavnosti pri pravni osebi);
  - 6.1.3. da mu ni s pravno močno sodbo sodišča prepovedano opravljanje zdravstvene službe (velja za izvajalca dejavnosti pri pravni osebi);
  - 6.1.4. da ima zagotovljene ustrezno opremo in kadre;
  - 6.1.5. da pridobi mnenje pristojne zbornice za izvajalca dejavnosti pri pravni osebi.
- 6.2. Drugi pogoji, ki jih mora izpolnjevati kandidat za podelitev koncesije, če je pravna oseba:
  - 6.2.1. da je lokacija ordinacije izvajanja dejavnosti v objektu zdravstvenega doma Prebold.

7. Kriteriji in merila za izbiro kandidata:
  - opravljena specializacija na področju splošne ali družinske medicine: 25 točk;
  - kakovost strokovnega dela na področju splošne medicine v letu 2004: maksimalno število točk 25;
  - zdravstveno-vzgojno delo v lokalni skupnosti v obdobju 2002 – 2004: maksimalno število točk 5.

### III. KONGRES SLOVENSKE FIZIKALNE IN REHABILITACIJSKE MEDICINE

organizator •  
Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino

**KRANJSKA GORA,**  
hotel Kompas  
5. – 7. oktober 2006

#### PROGRAM:

1. Ocenjevanje izida pri rehabilitaciji
2. Novosti v nevrorehabilitaciji
3. Proste teme
4. Delavnica o osteoporoz

Zainteresirane strokovnjake vabimo k dejavni udeležbi pri prvih treh temah. Povzetke pošljite na E: klemen.grabljevec@ir-rs.si do vključno 5. 3. 2006 v programu Word. Natančna informacija o načinu pisanja povzetka v dolžini 3000 do 3500 znakov bo od 2. 1. 2006 objavljena na spletni strani ZFRM W: www.zfrm-szd.si. Izbrani povzetki bodo objavljeni v

### KONCESIJA

*Na podlagi prvega odstavka 42. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 36/04 – prečiščeno besedilo), 6. točke 6. člena Statuta občine Prebold (Uradni list RS, št. 21/99 in 23/04), 12. člena Odloka o organizaciji in delovnem področju občinske uprave občine Prebold (Uradni list RS, št. 35/99) Občina Prebold objavlja*

**Javni razpis za podelitev koncesij za izvajanje javne zdravstvene službe na področju splošne medicine na območju občine Prebold**

1. Naročnik (koncedent): Občina Prebold.
2. Obseg programov, ki bodo razdeljeni na podlagi razpisa: 1 program splošne medicine.
3. Predmet koncesije: izvajanje javne zdravstvene službe na področju splošne medicine.
4. Začetek in čas trajanja koncesije:  
Koncesija se bo pričela izvajati najpozneje v enem letu po podpisu pogodbe med koncesionarjem in koncedentom.  
Koncesijsko razmerje se bo sklenilo za obdobje desetih let.

8. Rok za prijavo na razpis oziroma oddajo kandidature:  
Ne glede na način dostave morajo kandidature prispeti na naslov: Občina Prebold, Hmeljarska cesta 3, 3312 Prebold, do 31. 3. 2006 do 12.00 ure.  
Kandidaturo je treba poslati po pošti oziroma osebno predložiti v zaprti ovojnici, na kateri mora biti:  
- vidna oznaka »Ne odpiraj – Prijava na javni razpis: splošna medicina«  
- naslov: Občina Prebold, Hmeljarska cesta 3, 3312 Prebold.  
V vsaki poslani pošiljki z oznako »Ne odpiraj – Prijava na javni razpis: splošna medicina« je lahko samo ena kandidatura.
9. Rok, v katerem bodo kandidati za podelitev koncesije obveščeni o izbiri:  
o izbiri bo odločil podsekretar občinske uprave občine Prebold z upravno odločbo, ki bo izdana najpozneje v 10 dneh po prejemu poročila razpisne komisije. V roku 30 dni po dokončnosti upravne odločbe bo Občina Prebold s koncesionarjem sklenila pogodbo o koncesiji.
10. Razpisna dokumentacija je dosegljiva na spletni strani Občine Prebold: <http://www.prebold.com>, interesenti pa jo lahko dvignejo tudi v tajništvu Občine Prebold, Hmeljarska cesta 3, 3312 Prebold.  
Dodatne informacije lahko dobijo pri Branki Zateja,  
T: 03 703 64 03, F: 03 703 64 05,  
E: [branka.zateja@prebold.com](mailto:branka.zateja@prebold.com).

## DELOVNA MESTA

### Naslednik v očesni ordinaciji

NUJNO

#### **iščem kolega/kolegico oftalmologa/oftalmologinjo,**

ki bi želel takoj prevzeti mojo očesno ordinacijo v Schöningenu.

Ordinacija leži v majhnem mestu na Spodnjem Saškem (severna Nemčija) in je povezana z vsemi šolami in javnimi zavodi.

Pri prevzemanju ordinacije (odkup prostorov, stanovanje) ponuja mesto Schöningen velikodušno finančno podporo.

Vsi, ki jih ponudba zanima, lahko pokličejo na številko prenosnega telefona:  
00 49 171 506 44 84.

Komunikacija v nemškem in angleškem jeziku.

### Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj

razpisuje prosto delovno mesto:

#### **zdravnika specialista s področja otorinolaringologije (m/ž)**

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljena specializacija in specialistični izpit iz otorinolaringologije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s štirimesečnim poskusnim delom.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev, kratkim življenjepisom in opisom dosedanjih delovnih izkušenj pošljite v osmih dneh po objavi na naslov: Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, Potrčeva 23 – 25, 2250 Ptuj.

Kandidate bomo obvestili o izbiri v 30 dneh po sprejeti odločitvi.

### Zdravstveni dom Domžale

objavlja prosto delovno mesto

#### **zdravnika (m/ž)**

za delo v ambulanti splošne medicine in nujne medicinske pomoči s polnim delovnim časom, za določen čas enega leta, z možnostjo poznejše zaposlitve za nedoločen čas.

Pogoji:

- končan študij na MF – smer medicina,
- opravljen strokovni izpit oziroma sekundarijat s preizkusom usposobljenosti,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje splošne medicine,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B-kategorije,
- poskusno delo štiri mesece,
- usposobljenost za delo v urgentni medicini.

Ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev sprejemamo osem dni po objavi na naslov: Zdravstveni dom Domžale, Mestni trg 2, 1230 Domžale.

### Javni zavod Zdravstveni dom Trbovlje

objavlja prosta delovna mesta

- 1. doktorja dentalne medicine (m/ž)**
- 2. zdravnika specialista pediatrije (m/ž)**
- 3. zdravnika specialista splošne medicine**  
oziroma  
**zdravnika po končanem sekundarijatu (m/ž)**

Pogoji k točki 1:

- končana medicinska fakulteta, odsek za stomatologijo,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- poskusno delo štiri mesece.

Pogoji k točki 2:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljena specializacija iz pediatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- poskusno delo štiri mesece.

Pogoji k točki 3:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljen sekundarijat ali opravljena specializacija iz splošne ali družinske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratak življenjepis pošljejo v osmih dneh po objavi tega razpisa na naslov: Javni zavod Zdravstveni dom Trbovlje, Kadrovska služba, Rudarska cesta 12, 1420 Trbovlje.

O izbiri bomo kandidate pisno obvestili v 30 dneh po izbiri.

## RPH - družinska medicina, d.o.o.

Zaradi širitve programa s strani zavarovalnice bi želeli zaposliti

**zdravnika (m/ž)**

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit oziroma sekundarijat s preizkusom usposobljenosti,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje splošne medicine,
- znanje slovenskega jezika,
- državljanstvo Republike Slovenije oziroma dovoljenje za delo,
- voziški izpit B-kategorije,
- usposobljenost za delo na urgenci.

Delo se bo opravljalo v ambulanti družinske medicine za nedoločen čas, poizkusno delo štiri do šest mesecev.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite na naslov: RPH – družinska medicina d. o. o., Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka.

## Javni zavod Zdravstveni dom Slovenska Bistrica

objavlja prosto delovno mesto

**doktorja dentalne medicine (m/ž)**

Delovno razmerje bomo sklenili za določen čas s polnim delovnim časom in 3-mesečnim poskusnim delom.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta, smer dentalna medicina,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje dentalne medicine,
- opravljen strokovni izpit,
- 2 leti delovnih izkušenj,
- znanje slovenskega jezika.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo na naslov: JZ Zdravstveni dom Slovenska Bistrica, Partizanska ulica 30, 2310 Slovenska Bistrica, v roku 15 dni od dneva objave tega razpisa.

## Zavod Medicinski center Gorjanc

objavlja prosto delovno mesto

**doktorja dentalne medicine (m/ž)**

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta – smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika.

Prijave in informacije:  
Zavod Medicinski center Gorjanc,  
Trg 32, 2391 Prevalje,  
GSM: 040 577 112,  
E: janez.gorjanc@mf.uni-lj.si

## Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije

objavlja v oddelku za izvedeništvo naslednja prosta delovna mesta:

- 1. vodja službe za izvedeništvo II. stopnje (m/ž)**
- 2. vodja službe za izvedeništvo I. stopnje – Ljubljana (m/ž)**
- 3. predsednik IK I. stopnje v Mariboru (m/ž)**

Pogoji:

- zdravnik specialist medicine dela, prometa in športa ali zdravnik specialist druge ustreznosti klinične specialnosti
- štiri leta delovnih izkušenj,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- poskusno delo šest mesecev.

Pogodbo o zaposlitvi bomo sklepali za nedoločen čas, s polnim delovnim časom, nastop dela po dogovoru. Izbrana kandidata pod zaporedno številko 1 in 2 bosta delo opravljala v Ljubljani, pod 3 pa v Mariboru. Kandidate vabimo, da pošljejo pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev in opisom delovnih izkušenj v osmih dneh od objave na naslov: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1518 Ljubljana.

## Splošna bolnišnica Maribor

želi zaposliti

**dva zdravnika specialista transfuzijske medicine (m/ž)**

Pogoji:

- opravljena specializacija iz transfuzijske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas, s štirimesečnim poskusnim delom. Prednost pri izbiri bodo imeli kandidati z delovnimi izkušnjami.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 8 dneh po objavi na naslov: Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska ul. 5, 2000 Maribor.

## OGLASI

Opremljeno samoplačniško zobno ordinacijo v Radovljici, 10-letni staž,

**ugodno oddam.**

Informacije na tel.: 04/531 53 03

V Mostah

**oddam prostore,**

primerne za ambulantno, lahko laboratorijsko dejavnost, okoli 100 m<sup>2</sup>.

Mirna okolica, zasebno parkirišče.

Informacije: 040 888 324, 041 637 288

V najem nudim ekskluzivne poslovne prostore. Nahajajo se v pritličju (vhod je neposredno s parkirnega prostora) stavbe na stičišču Prušnikove ulice in Celovške ceste, zraven pošte v Šentvidu. Nekaj metrov stran je postaja avtobusnega mestnega prometa.

Skupna izmera prostorov je 134,50 m<sup>2</sup>.

Vsi prostori so popolnoma opremljeni s pohištvom iz mahagonija.

Prostore sestavljajo:

- 4 pisarne
- sprejemni salon
- čajna kuhinja
- 2 stacionarni telefonski liniji
- ženski in moški WC
- alarmni sistem
- 4 pripadajoči parkirni prostori
- mestni toplovod
- na vzhodni strani prostorov 2 balkončka

V kleti stavbe je možen najem skladiščnih prostorov, za stavbo pa je možnost parkiranja še za nekaj vozil.

Če ste zainteresirani za najem, me za dodatne informacije pokličite na telefon: 01/51 92 128 ali mobitel 031/304 474

## NAROČILNICA - Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani 1919-1945

Avtorji:

Peter Borisov, Jože Felc, Dušan Ferluga, Alojz Ihan, Aleksej Kansky, Ivan Kalinšek, Miroslav Kališnik, Nada Pipan, Anton Prijatelj, Janko Prunk, Dean Ravnik, Darinka Soban, Sandi Sitar, Zvonka Zupanič Slavec, Andrej O. Župančič

Uredniki:

France Urlep, Miroslav Kališnik, Peter Borisov

Strokovna recenzenta:

prof. dr. Janko Prunk, doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec

### Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani 1919-1945

Knjigo sta izdali Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani in Zdravniška zbornica Slovenije

Cena knjige je 4.800,00 SIT (DDV je vključen) + PTT stroški.



Podpisani(a)

.....

Naslov

.....

Javni zavod

.....

Nepreklicno naročam: po naročilnici št. .... izvod knjige Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani 1919-1945

Knjigo naročite na uredništvu revije Isis, Dalmatinova 10, p. p. 1630, 1001 Ljubljana

# Zdravljenje s kortikosteroidi pri otrocih

Anja Koren Jeverica

**T**okratni jesenski sestanek sekcije za pulmologijo, alergologijo in imunologijo Združenja za pediatrijo SZD je potekal v soboto, 22. oktobra 2005, na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Srečanje je bilo posvečeno zdravljenju otrok s kortikosteroidi – zdravili, ki so uporabljena na mnogih področjih klinične pediatrije. Svoje prispevke so predstavili številni domači strokovnjaki, ki zdravijo otroke z najrazličnejšimi boleznimi.

Po uvodnih besedah prof. dr. Cirila Kržišnika, častnega pokrovitelja srečanja, ter prim. Vesne Glavnik, predsednice sekcije, so bila na vrsti predavanja predvsem o osnovnih farmakološko-fizioloških lastnostih kortikosteroidov, njihovih stranskih učinkih ter nadomestnem zdravljenju.

Prof. dr. Zoran Grubič z Inštituta za patofiziologijo je opisal fiziološko vlogo endogenih steroidnih hormonov (predvsem stresnega glukokortikosteroidnega hormona kortizola) s poudarkom na njihovih presnovnih, protivnetnih in imunosupresivnih učinkih ter razložil njihove molekularne mehanizme delovanja.

Asist. mag. Nevenka Bratanič s Kliničnega oddelka za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni nam je predstavila nadomeščanje kortikosteroidov pri bolnikih s primarno ali sekundarno odpovedjo nadledvičnih žlez ter poudarila obvezno povečanje odmerkov v različnih stresnih situacijah in pri kirurških posegih. Pri zdravljenju različnih bolezenskih stanj je treba odmerke kortikosteroidov zniževati postopoma in pred dokončno ukinjivijo zdravila preveriti funkcionalno stanje nadledvičnice. Dotaknila se je tudi vprašanja uporabe kortikosteroidov pri zdravljenju septičnega šoka.

Asist. Meta Accetto z Oddelka za alergologijo, imunologijo in revmatske bolezni nam je predavala o kompleksnem zdravljenju avtoimunih bolezni, kjer imajo kortikosteroidi vsekakor pomembno mesto. Opisala je mehanizme avtoimunega vnetja ter učinke kortikosteroidov glede na višino odmerka zdravila. Predstavila nam je najnoveše smernice zdravljenja s kortikosteroidi v pediatrični revmatologiji ter poudarila, da zdravljenje še vedno v veliki meri temelji na 50-letnih izkušnjah revmatologov. Težave zdravljenja otrok so predvsem odmerki, ki morajo biti

seveda preračunani na kilogram telesne teže, ter specifični stranski učinki pri otrocih.

Po prvem delu je bil čas za krajšo razpravo. Med drugim je prof. Kržišnik povedal zgodbo o mladem fantu, ki so ga pred mnogimi leti zaradi poškodbe glave oskrbeli v Kliničnem centru, dan pozneje pa je umrl, ker ni dobil svojega rednega nadomestnega zdravljenja s kortikosteroidi.

Po odmoru so se zvrstila krajša predavanja o značilnostih uporabe kortikosteroidov v posameznih specialnostih pediatrije.

Asist. Andreja Borinc Beden z oddelka za pulmologijo je osvetlila uporabo kortikosteroidov pri zdravljenju pljučnih bolezni, predvsem astme pri otrocih. Predstavila je nekaj najnovejših študij o učinkovitosti inhalacijskih kortikosteroidov, njihovih stranskih učinkih ter vplivu kajenja na odpornost proti tovrstnemu zdravljenju. Zaključila je, da nadzor nad simptomi astme dosežemo že z nizkimi odmerki inhalacijskih kortikosteroidov, da so stranski učinki pogostejši pri tistih z blago astmo, ter opozorila na pomen ustreznega zniževanja odmerkov ter izbire vdihovanega zdravila.

V razpravi je bila izpostavljena nedosegljivost budezonida v nizkem odmerku (50 µg) na našem trgu, kljub temu da je dokazano najboljši izbor za otroke.

Vladan Rajić iz Službe za hematologijo in onkologijo je opisal pomembno vlogo kortikosteroidov kot enega izmed pomembnejših zdravil za zdravljenje hematoloških in onkoloških bolezni, pa tudi zapletov zaradi osnovne bolezni ali zdravljenja. Navedel je najpogostejše indikacije za tovrstno zdravljenje, poudaril pogost pojav stranskih učinkov zaradi uporabljenih visokih odmerkov ter izpostavil nekatere pomembne interakcije z drugimi zdravili.

Asist. dr. Anamarija Meglič s Kliničnega oddelka za nefrologijo je predstavila zdravljenje s kortikosteroidi z vidika nefrologinje. Osredotočila se je na sheme zdravljenja, ki jih uporabljajo na njihovem oddelku pri nekaterih nefroloških stanjih, v prvi vrsti pri idiopatskem nefrotskem sindromu. Predstavila je tudi stranske učinke tovrstnega zdravljenja ter ukrepe, ki jih izvajajo za njihovo preprečevanje.

Asist. dr. Zvonka Renner Primec iz Kliničnega oddelka za nevrologijo je predavala o

uporabi kortikosteroidov v nevrologiji, kjer pride tovrstno zdravljenje v poštev predvsem na področju avtoimunskih bolezni, poškodb ter hudih epilepsij. Predstavila je tudi klinični primer uporabe kortikosteroida pri imunsko pogojeni demielinizacijski bolezni osrednjega živčevja.

Jernej Breclj iz službe za gastroenterologijo je predstavil kortikosteroide kot pomembna zdravila pri zdravljenju avtoimunih bolezni gastrointestinalnega trakta (predvsem kronične vnetne črevesne bolezni) in jeter ter kot osnovno imunosupresivno zdravljenje po presaditvi jeter pri otrocih.

Izr. prof. dr. Branka Stirn Kranjc z Oftalmološke klinike nam je v svojem prispevku predstavila načine uporabe kortikosteroidov v oftalmologiji, skupaj smo pregledali očne bolezni, pri katerih se tovrstna zdravila najpogosteje uporabljajo, in opozorila na možne zaplete zdravljenja. Na vprašanje o zdravljenju alergijskega konjunktivitisa je odgovorila, da je seveda boljša preventivna uporaba lokalnih antihistaminikov ter stabilizatorjev mastocitov.

Kot zadnja predavateljica je nastopila asist. Vlasta Dragoš z Dermatovenerološke klinike, ki nam je na zanimiv način predstavila zdravljenje z lokalnimi kortikosteroidnimi pripravki pri kožnih boleznih v otroštvu. Poudarila je, da je izbira vrste ter jakosti zdravila odvisna od dermatoze, njene lokalizacije, razširjenosti sprememb, starosti bolnika, seveda pa je potreben individualen pristop k zdravljenju. Posvarila je pred pretiranim strahom pri uporabi kortikosteroidnih mazil tudi med zdravniki ter hkrati opozorila na nekatere pasti nekritične uporabe tovrstnih zdravil pri "alergijskih" boleznih kože.

V petdesetih letih prejšnjega stoletja je bila s kortikosteroidom zdravljena prva bolnica, ki je imela sicer hudo obliko revmatoidnega artritisa. Pozneje so kortikosteroidna zdravila učinkovito uporabljali v praktično vseh vejah klinične medicine, o čemer smo se udeleženci omenjenega srečanja prepričali med izredno zanimivimi in poučnimi predavanji.

Vsi omenjeni prispevki so objavljeni v letošnji tretji in četrti številki revije Slovenska pediatrija. ■



# Nacionalni program preprečevanja srčno-žilnih bolezni

Jožica Maučec Zakotnik

## Začetki programa ◆

Epidemiološki podatki o zbolevnosti in umrljivosti slovenskega prebivalstva kažejo, da predstavljajo bolezni srca in ožilja, rakave bolezni in druge kronične nenalezljive bolezni glavno zdravstveno breme v Sloveniji (Priloga: Nekateri epidemiološki podatki). Na voljo so tudi rezultati lastnih raziskav (1), ki kažejo, da se prebivalci Slovenije razmeroma nezdravo prehranjujemo, premalo gibljemo, kadimo in škodljivo ter tvegano uživamo alkohol, kar vse ključno vpliva na neugodno stanje na področju srčno-žilnih in drugih kroničnih nenalezljivih bolezni.

V CINDI Slovenija smo v letu 1998 pričeli s pripravami na izvajanje Nacionalnega programa promocije zdravja in preprečevanja srčno-žilnih bolezni in ga predstavili Zdravstvenemu svetu Ministrstva za zdravje RS. Zdravstveni svet je program potrdil in omogočil pripravo zakonskih podlag za njegovo izvajanje. Hkrati so stekle organizacijske dejavnosti, potrebne za vzpostavitev kadrovske, finančne in tehnične zmogljivosti za začetek izvajanja tega nacionalnega programa. V letih od 1999 do 2001 smo v vseh devetih zdravstvenih regijah v Sloveniji oblikovali lokalne in regionalne promocijsko-preventivne skupine za pripravo lokalnih in regionalnih okolij na izvajanje nacionalnega programa osnovne preventive.

Vodilni slovenski strokovnjaki s področja kardiologije, družinske medicine, javnega zdravja in psihiatrije so v tem času pripravili smernice za določitev stopnje ogroženosti posameznikov na osnovi ugotovljenih vedenjskih in bioloških dejavnikov tveganja in smernice za izvajanje preventivnih pregledov v ambulantah osebnih zdravnikov.

## Potek programa ◆

Z izvajanjem Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni smo v Sloveniji pričeli ob koncu leta 2001 (2). Ministrstvo za zdravje je s sklepom določilo mrežo enainšestdesetih zdravstveno-vzgojnih centrov, ki delujejo pri vseh zdravstvenih domovih v Sloveniji, ter izdalo navodilo o izvajanju programa osnovne preventive v ambulantah osebnih zdravnikov. S sprejetjem Področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost je bilo dogovorjeno tudi financiranje programa iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

V program osnovne preventive srčno-žilnih bolezni je v petletnem obdobju zajeto celotno odraslo slovensko prebivalstvo: moški v starosti od 35 do 65 let, ženske v starosti od 45 do 70 let. Vključujemo tudi ljudi izven te starosti, ki jih ogrožajo dejavniki tveganja za nastanek drugih kroničnih nenalezljivih bolezni: debelost, kajenje, tvegano uživanje alkoholnih pijač, sladkorna bolezen, zvišan krvni tlak. V tem smislu program zajema ogrožene zaradi vseh kroničnih nenalezljivih bolezni, t. i. "civilizacijskih" bolezni.

Aktivnosti programa so razporejene v štiri sklope:

1. pošiljanje vprašalnika za temeljno oceno ogroženosti,
2. vabilo na pregled,
3. izvedba preventivnega pregleda, ocena srčno-žilne ogroženosti in ogroženosti zaradi drugih dejavnikov tveganja (kajenje, tvegano uživanje alkohola, sladkorna bolezen, debelost),
4. ukrepanje – morebitna dodatna diagno-

stika in/ali ukrepi za spremembo profila ogroženosti, ki temeljijo na zdravstveno-vzgojni obravnavi, po potrebi pa tudi na zdravljenju z zdravili.

## Dosedanji rezultati ◆

V okviru nacionalnega programa osnovne preventive bolezni srca in žilja je bilo v obdobju od 2002 do 2004 v Sloveniji opravljenih skupno 310.706 preventivnih pregledov. V letu 2002 je bilo opravljenih skupno 84.434 preventivnih pregledov, od pregledanih je bilo 50,7 odstotka moških in 49,3 odstotka žensk. Ta številka pomeni (ob upoštevanju podatkov o številu prebivalcev v posameznih starostnih skupinah iz registra prebivalstva) približno 56,5 odstotka predvidenih pregledov, ki naj bi jih izvedli glede na izhodiščne pogoje v programu (pregledati 20 odstotkov prebivalstva v opredeljenih starostnih skupinah na leto). V letu 2003 je bilo opravljenih 114.599 preventivnih pregledov, kar predstavlja 95,1 odstotka letnega načrta, v letu 2004 pa je bilo za ZZZS registriranih 111.673 preventivnih pregledov. V istem obdobju je bilo okviru programa v zdravstveno-vzgojno obravnavo v 61 pooblaščenih zdravstveno-vzgojnih centrih po Sloveniji ter individualno pri osebnih zdravnikih vključenih okoli 57.000 odraslih oseb.

Večina podatkov o opravljenih preventivnih pregledih se od leta 2002 zbira preko enotnih računalniških obrazcev, vgrajenih v lokalne računalniške programe, ki so namočeni v ordinacijah osebnih zdravnikov. V okviru nacionalnega registra oseb, ki jih ogrožajo srčno-žilne bolezni, je bil istega leta izdelan informacijski sistem (IS), ki omogoča centralizirano zbiranje podatkov iz lokalnih



## Nekaj epidemioloških podatkov

V Sloveniji je v letu 2002 umrlo 18.701 oseb (3), delež prezgodnjih smrti, pred starostjo 65 let, pa je bil 26 odstotkov. 70,5 odstotka prezgodnjih smrti je bila posledica bolezni in stanj iz dveh vodilnih poglavij vzrokov, kodiranih po klasifikaciji MKB-10, in sicer neoplazem (32,7 odstotka) in bolezni srca in ožilja (19,9 odstotka).

Rakave bolezni predstavljajo 26 odstotkov vseh vzrokov umrljivosti med Slovenci (4). Zboleznost za rakom se je med letoma 1990 in 2001 povečala za 25 odstotkov pri moških in 30 odstotkov pri ženskah, umrljivost pa za 10 odstotkov pri moških in 9 odstotkov pri ženskah.

Leta 2000 so bile bolezni srca in ožilja v Sloveniji še vedno vzrok za okoli 40 odstotkov vseh smrti (3). Med boleznimi srca in ožilja so bila najbolj razširjena naslednja stanja: hipertenzija, preboleli miokardni infarkt, angina pektoris, srčno popuščanje in možganska kap ter njene posledice. V starostnem obdobju do 65 let je bila ugotovljena pogostnost ishemične bolezni srca 6,4 odstotka, možganske kapi pa 0,9 odstotka.

Debelost se tako kot v drugih zahodnih državah povečuje tudi v Sloveniji, saj že lahko govorimo o epidemiji čezmerne hranjenosti in debelosti. Imamo 54,6 odstotka čezmerno prehranjenih in 15 odstotkov debelih odraslih Slovencev (5).

Pojavnost sladkorne bolezni (5) je ocenjena na 4,3 odstotka odraslih prebivalcev. Zvišano raven krvnega sladkorja ima od 4 do 6 odstotkov Slovencev.

V Sloveniji vsako leto zdravimo 5800 (5) bolnikov z osteoporozo. Med njimi je trikrat več žensk kot moških.

Prezgodnja umrljivost zaradi vseh oblik bolezni obtočil je v Sloveniji trenutno taka, kot je bila v državah EU pred 7 do 8 leti. Najvišja je v regijah Murska Sobota in Celje, najnižja pa v regijah Kranj in Nova Gorica. V regijah Celje, Kranj in Ravne so po vzrokih prezgodnjih smrti na prvih treh mestih neoplazme, poškodbe in zastrupitve ter bolezni srca in ožilja, v ostalih regijah pa so na drugem mestu bolezni srca in ožilja, na tretjem pa poškodbe in zastrupitve. V regiji Maribor so takoj za poškodbami bolezni prebavil, med katerimi predstavljajo prezgodnje smrti zaradi bolezni jeter 78,4 odstotka vseh prezgodnjih smrti, med le-temi pa je najpogostejša smrt zaradi alkoholne bolezni (3).

stavniki ZZZS ter drugi predstavniki zainteresirane javnosti.

Na srečanju so podrobneje predstavili dosedanje rezultate nacionalnega programa ter usmeritve za prihodnost. Na osnovi dosedanjih rezultatov in tudi ankete, ki jo je CINDI Slovenija izvedla med vsemi vodji zdravstveno-vzgojnih centrov ter vsemi regijskimi odgovornimi zdravniki, smo identificirali nekatere ključne izzive za prihodnost. Izvajalci ponekod žal opažajo, da število zainteresiranih udeležencev programa upada. V nekaterih okoljih se ljudje ne odzivajo v zadostnem številu na vabila za preventivne preglede v ambulantah osebnih zdravnikov, drugod upada število udeležencev delavnic. Za izboljšanje zdravja slovenskega prebivalstva je zato zelo pomembno, da slovenska javnost spozna prednosti programa in da se okrepijo prizadevanja za vključevanje ciljnih skupin v program. Odgovori iz ankete regijskih odgovornih zdravnikov, vodij zdravstveno-vzgojnih centrov in drugih izvajalcev programa kažejo, da si želijo tudi večje podpore medijev pri usmerjanju prebivalstva v organizirane preventivne in zdravstveno-vzgojne programe, saj so programi brezplačni in učinkoviti – prednosti, ki jih udeleženci pridobijo, se kažejo v preprečevanju in zgodnjem odkrivanju raznovrstnih dejavnikov tveganja, varovanju in krepitevi zdravja ter v izboljšanju kakovosti življenja v Sloveniji. ■

### Literatura:

1. Kragelj-Zletel L, Fras Z, Maučec Zakotnik J. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem, in nekatere zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Ljubljana: Cindi Slovenija, 2004.
2. Pravna podlaga v prilogi:  
Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur. l. RS 67/2001).  
Pravilnik o spremembah in dopolnitvah pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur. l. RS 117/2004).
3. Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS.
4. Vir: Register raka, Onkološki inštitut.
5. Vir: Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike.

računalniških programov.

Analiza zbranih podatkov do leta 2005 kaže, da ima v tem starostnem obdobju zvišane vrednosti krvnega holesterola kar 79,2 odstotka odraslih Slovencev, 74,7 odstotka jih ima prekomerno telesno težo, zvišan krvni tlak 49,9 odstotka, kadi jih 22 odstotkov. Pridobljeni podatki v okviru registra z boleznimi srca in ožilja ogroženih oseb so torej zares zaskrbljujoči (predvsem glede holesterola, kjer krepko presegamo razširjenost glede na nekatere druge države). Prav pri tem dejavniku tveganja so možnosti za zmanjšanje ogroženosti in izboljšanje zdravja velike, če ustrezno spremenimo življenjski slog. Z uvedbo zdravega življenjskega sloga lahko mnoge dejavnike tveganja odpravimo ali vsaj bistveno zmanjšamo, na da bi pri tem posegli po zdravilih.

Zato je zelo pomembno, da v okviru nacionalnega programa uspešno deluje tudi mreža zdravstveno-vzgojnih centrov za izvajanje zdravstveno-vzgojnih programov. V letu 2002 so izvedli skupaj 543 delavnic o različnih področjih zdravega življenjskega sloga, leta 2003 so izvedli 2025 delavnic, leta 2004 pa že 2730 delavnic. Od tega je bilo do konca leta 2004 za ogrožene prebivalce Slovenije izvedenih 1487

splošnih izobraževanj o zdravem življenjskem slogu, 935 testov hoje na 2 km, 1516 delavnic o dejavnikih tveganja, 543 delavnic o zdravi prehrani, 193 delavnic o zdravem gibanju, 466 delavnic o zdravem hujšanju in 158 delavnic opuščanja kajenja (uradni podatki ZZZS). V letu 2005 je bilo do oktobra izvedenih 2044 delavnic (neuradni anketni podatki CINDI Slovenija).

V zdravstveno-vzgojnih programih ogroženi pridobivajo potrebna znanja in veščine z vseh področij zdravega življenjskega sloga, uspešno opuščajo zdravstveno tvegana vedenja: kajenje, tvegano pitje, nezdravo prehranjevanje, in privzemajo zdrave oblike vedenja, zdravo prehranjevanje in zdravo gibanje. Večini ustrezajo skupinska srečanja, na področju tvegane pitja in opuščanja kajenja pa program ogroženim ponuja tudi individualna svetovanja.

Tokratnega rednega letnega srečanja, že četrtega po vrsti, so se udeležili izvajalci in sodelavci programa iz vseh slovenskih zdravstvenih regij, predstavniki javnih zdravstvenih zavodov in zasebnikov – koncesionarjev, vodje programa in regijski odgovorni zdravniki, predstavniki Ministrstva za zdravje RS, pred-



<http://www.zzs-mcs.si>

# Povezovanje zobozdravnikov na evropski ravni

Matjaž Rode, Gordana Čok

**Z**elje (pa tudi zahteve) zobozdravnikov, ki delujejo v državah Evropske unije (EU), zastopa v labirintih palač bruseljske evropske birokracije samo eno telo, ki se zaenkrat imenuje Dental Liaison Committee (DLC). Z uspešnim delom in ob dobro organiziranem lobiranju je temu komiteju, ki ima sicer zgolj posvetovalno vlogo, uspelo izvesti že kar nekaj uspešnih akcij v dobro evropskega zobozdravništva. Pomen takega foruma znajo ceniti tudi v evropski administraciji, saj je vodstvo DLC prav med opisovanim srečanjem dobilo povabilo za sestanek z evropskim sekretarjem, ki med drugim skrbi tudi za zdravstvo.

Komitee že drugi mandat zelo dobro vodi dr. Doneus iz Avstrije in je sestavljen iz po dveh predstavnikov zobozdravniških združenj (zbornic ali sekcij) iz držav EU.

Iz Slovenije je Zdravniška zbornica Slovenije v EU DLC imenovala oba podpisana.

Letos smo se na drugem sestanku sešli 29. novembra v Bruslju. Sestanek je bil programsko obsežen, saj smo le z manjšimi odmori sestankovali od 9. do 16. ure, a je za kar nekaj tem vseeno zmanjkalo časa.

Pogovor o umestitvi študija stomatologije po načelih bolonjske deklaracije je vzpodbudil živahno razpravo. Na predlog predsednika EU DLC smo enoglasno sprejeli sklep, ki ga bo DLC posredoval evropskim komisijam. V sklepu je zapisano, da mora način študija stomatologije ostati nespremenjen, saj le tak lahko, v skladu z direktivama 78/686 in 78/687/EEC, ki bosta oktobra 2007 dopolnjeni z aneksom 5.3.2. direktive 2005/36/EC, jamči visoko kakovost zobozdravniškega poklica in prosto gibanje zobozdravnikov po državah EU. DLC zato poziva vse politike, ki o tem odločajo, da zaradi zaščite pacientov in tudi ravnih zobozdravniških znanj zavrnejo uvedbo dvostopenjskega študija v stomatologiji.

Po elektronski pošti vse leto kar dežujejo vprašalniki, ki jih pošiljajo iz DLC in v katerih vprašujejo vse mogoče. Tudi slovenska člana bolj ali manj uspešno redno odgovarjajo na včasih zapletena vprašanja. V veliko pomoč pri tem nama je osebeje in generalni sekretar Zbornice. O rezultatih teh vprašalnikov nato vodje posameznih projektov poročajo na

skupnih sestankih.

Sam sem intenzivno sodeloval v skupini, ki je pripravljala strokovna izhodišča o varnosti uporabe dentalnih amalgamov. Ta izhodišča bodo v pomoč evropskim parlamentarcem pri odločanju, ali naj se prepove uporaba dentalnih amalgamov. Ciperski poslanec v Evropskem parlamentu je namreč pripravil predlog, v katerem poziva, naj bi se uporaba dentalnih amalgamov prepovedala! DLC je zato med članice razdelil vprašalnik in jih pozval, da odgovorijo, kaj menijo o tem predlogu. Delovna skupina, ki naj bi pripravila povzetek odgovorov, je dobila odgovore od 22 evropskih držav. Skupna misel prav vseh odgovorov je, da ni nobenih dokazov, da lahko živo srebro iz amalgamskih plomb škoduje organizmu (razen zelo redkih primerov alergičnih reakcij) in da ta hip še ni na razpolago drugih materialov, ki bi lahko ob točno določenih indikacijah nadomestili dentalne amalgame. Tudi v tistih – predvsem skandinavskih – državah, kjer se uporaba dentalnih amalgamov odsvetuje (Švedska, Norveška), je to predvsem zaradi onesnaževanja okolja z živim srebrom, ki je sestavni del plomb in gre pri izdelavi plomb ali njihovi odstranitvi ob izpiranju ust v vodne odtoke in nato v zemljo.

Pisna ali ustna poročila iz držav članic EU so vedno pomemben del sestanka. Za mene so bila to pot zanimiva predvsem poročila estonskih kolegov, ki so poročali, da je v njihovi deželi zobozdravstveno varstvo odraslih izpadlo iz vseh zavarovalniških shem in se lahko pacienti zavarujejo le pri zasebnih zavarovalnicah! Več poročevalcev je poročalo, da so jih predstavniki njihove države v evropskem parlamentu obvestili o pomenu izključitve svobodnih poklicev in predvsem zdravnikov in zobozdravnikov iz Direktive o priznavanju poklicnih kvalifikacij, o kateri bo januarja 2006 razpravljal evropski parlament.

Vse kaže, da bodo nekateri poklici, med njimi tudi zobozdravniški, izključeni iz direktive.

DLC je pripravil kar nekaj pojasnil. Naj jih na kratko povzamem:

- vsak zobozdravnik iz držav EU lahko na osnovi enakovrednosti diplome opravlja svoj poklic kjerkoli v EU, dokazati pa mora, da je poklic opravljal vsaj tri leta v zadnjih

petih letih;

- pacienti bodo tako imeli večje možnosti izbirati med strokovnjaki;
- profesionalne organizacije morajo sodelovati pri pripravi minimalnih zahtev znanja;
- uveljavi naj se načelo avtomatskega priznanja specializacij, ki je že uveljavljeno v vsaj dveh petinah držav članic EU;
- znanje jezika države, kjer (zobo)zdravnik dela, je pomembno za natančno seznanjanje bolnikov o možnosti zdravljenja in rehabilitacije;
- in najvažnejše: osnova dela gostujočega zobozdravnika je zakonska ureditev države gostiteljice in ne zakonska ureditev države, iz katere zobozdravnik prihaja (prvotni predlog Komisije)! Zobozdravnik se mora javiti strokovnemu združenju države EU, v katero je prišel, in delati v skladu z njegovimi pravili.

Po mojem mnenju bi bilo zelo koristno, da bi naša Zbornica organizirala sestanek s slovenskimi predstavniki v evropskem parlamentu, saj je vsak glas pomemben!!

Letalske zveze med Ljubljano in Brusljem vsaj mene spominjajo na nekdanje letalske zveze med Ljubljano in Beogradom. Zjutraj je let proti Bruslju in zvečer nazaj proti Ljubljani. Tudi naju je večerno letalo takoj po koncu sestanka in skoraj enourni vožnji s taksijem na bruseljsko letališče vrnilo na sončno stran Alp, ki je bila tokrat turborna in deževna. ■



<http://www.zzs-mcs.si>

# Slovenska predbolnišnična dejavnost

Dejan Kupnik, Štefek Grmec

## Razmišljanja po drugem srečanju z mednarodno udeležbo "Akutna stanja: znamenja, simptomi, sindromi, diferencialna diagnoza in ukrepanje"

**Z**dravniki, zdravstveni tehniki in diplomirani zdravstveniki Centra za nujno medicinsko pomoč (NMP) in reševalne prevoze Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor smo se na vzpodbudo udeležencev prvega strokovnega srečanja Akutna stanja: znamenja, simptomi, sindromi, diferencialna diagnoza in ukrepanje, odločili oktobra 2005 organizirati drugo, nadaljevalno srečanje. Le-to je potekalo v Mariboru, v idiličnem okolju vnožja poznojesenskih pohorskih strmin, med katere se je v letih svojega obstoja skoraj nemoteče zlil Hotel Habakuk s svojim kongresnim centrom. Citata, kot sta "Nekaterih reči ne moreš narediti, dokler se jih ne naučiš, drugih se ne naučiš, dokler jih ne narediš" (armenska modrost) ter "Napredek je uresničevanje utopij" (Oscar Wilde), sta nam bila močno bodrilo pri organizaciji srečanja. Oboje še kako velja za delo v medicini nasploh.

Posebno posvetilo smo ob tej priložnosti namenili Batriču Jovoviću, specialistu oftalmologu, ki je naše delo veseskozi budno spremljal, se z nami veselil uspehov in nas bodril, ko drugi niso našli lepih besed. Izjemen Človek, Prijatelj, Zdravnik in Pedagog je preminil v topli junijski noči lanskega leta.

Sodelovanje s Katedro za družinsko medicino MF v Mariboru in Visoko zdravstveno šolo v Mariboru, z obema prvič, nas je še posebej veselilo. Tudi na ta način se naše utopije o tovrstnem rednem srečanju počasi levijo v napredek stroke in miselnosti o urgentni medicini na našem področju. Ob tej priložnosti je izšel tudi zbornik predavanj z namenom, da bi vsi, ki se srečujemo z akutno in urgentno medicino, poiskali v njem koristne informacije in bi nam bilo olajšano delo v zadovoljstvo naših bolnikov.

Ker se je program tu in tam zavlekel, se udeležencem iskreno zahvaljujemo za potrpežljivo in vztrajno sodelovanje. Potrebni so bili nekaj "urgentnih" molitev, potenja in veliko (ne)predvidljivega truda v zakulisju srečanja, da bi koncentracija slušateljev kljub

raznim težavam ostala na visoki ravni. Nena zadnje je bilo srečanje tudi s pomočjo glavnega (Krka) in ostalih pokroviteljev ter s podporo vodstva Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor popolnejše.

Cilj tokratnega druženja je bil poglobiti razumevanje klinične patofiziologije posameznih stanj ter pomagati pri diferencialno-dia-gnostičnem odločanju pri nujnih in akutnih stanjih. Ker se diagnostika in zdravljenje pogosto, posebej v predbolnišničnih pogojih, dogajata na ravni sindroma ali celo simptoma, je bil koncept predavanj prilagojen tovrstni problematiki. Tudi tokrat smo poskusili slediti logiki praktičnih algoritmov, ki naj bi bili opomnik in opora v prilagodljivi oskrbi posameznega bolnika. Tako smo lahko sledili predavanjem o oskrbi hudo poškodovanih na terenu, o nekaterih nujnih stanjih v pediatriji, oftalmologiji in psihiatriji. V sklopu zadnjih smo se dotaknili tudi perečih pravnih in etičnih vidikov obravnave bolnikov s psihičnimi motnjami.

Posebnost drugega srečanja je bila, kot rečeno, obravnava klinične patofiziologije nekaterih kliničnih stanj ter slikovna diagnostika nujnih stanj. Pestra zasedba domačih in tujih strokovnjakov je zagotavljala dinamičnost in kakovost predavanj. Ko je prof. Raúl J. Gazmuri iz ZDA, eden vidnejših strokovnjakov na področju proučevanja patofiziologije srčnopljučnega oživljanja in poškodbe srčne mišice kot posledice ukrepov srčnopljučnega oživljanja, potrdil udeležbo, smo bili milo rečeno vzhiceni. Možnost sodelovati v razpravah o njegovih izkušnjah, njegova vzpodbuda, pripravljenost za sodelovanje ter neverjetna skromnost v znanstvenem svetu tako cenjenega predavatelja – vse to je bil za nas prav poseben navdih. Ne samo zato, ker daje medicini tako veliko, temveč tudi zato, ker se v svoji skromnosti zaveda pomena sodelovanja vseh v medicini za napredek znanosti in dejstva, da pomembna odkritja temeljijo na trdem delu predhodnikov. Zaveda se, da sebičnost na tako pomembnem področju, pa tudi sicer, nima kaj iskati. Velika zahvala gre prof. dr. Marku Noču iz Kliničnega

centra v Ljubljani, ki je pomagal pripeljati prof. Gazmuriya v Slovenijo.

Nekaterih reči se res ne da naučiti, dokler jih ne narediš, zato smo organizirali tudi praktične vaje temeljnih in dodatnih postopkov oživljanja otrok in odraslih, delavnice o nastavljanju znotrajvenskih in alternativnih poti, oskrbi dihalne poti, imobilizaciji, defibrilaciji, akutnem koronarnem sindromu in motnjah srčnega ritma. Številna udeležba na delavnicah je pokazala, da v slovenskem prostoru kljub že uveljavljenim srečanjem na področju urgentne medicine še vedno obstaja potreba po tovrstnih druženjih, izpopolnjevanju in izmenjavi mnenj.

Seveda je ves trud popolnejši, če se vprašamo, kje smo mi na področju predbolnišnične nujne medicinske pomoči v svetu? Del odgovora smo skušali dobiti tudi zadnji dan srečanja, ki smo ga z velikim veseljem in, če neskromno dodam, tudi "zdravim" ponosom namenili predvsem predstavitvi dela raziskovalne dejavnosti našega Centra za NMP in reševalne prevoze Maribor, predvsem z željo po še intenzivnejšem sodelovanju služb nujne medicinske pomoči v Sloveniji. Z zanimivimi predavanji sta se predstavili še Služba nujne medicinske pomoči Ljubljana in služba Hitne pomoči Karlovac iz Republike Hrvaške.

Raziskave Centra za NMP in reševalne prevoze Maribor, predvsem s področja kapnometrije pri srčnopljučnem oživljanju in drugih nujnih stanjih, so v svetu urgentne medicine naletele na pozitiven odziv. Potrditev prave smeri dela je poleg še kakovostnejše oskrbe bolnikov tudi citiranje nekaterih naših raziskav kot znanstveno pomembnih izhodišč za najnovejša priporočila in smernice za srčnopljučno oživljanje v revijah *Resuscitation* in *Circulation* novembra 2005 (*Resuscitation* 2005;67:S39-S86-referenca 181: Grmec Š. Comparison of three different methods to confirm tracheal tube placement in emergency intubation. *Intensive Care Med* 2002; 28:701-704; *Resuscitation* 2005;67:213-247-referenca 204: Grmec Š, Klemen P. Does the end-tidal carbon dioxide (ETCO<sub>2</sub>) concentration have prognostic value

during out-of-hospital cardiac arrest? Eur J Emerg Med, 2001;8:263-269; Resuscitation 2005;67:213-247-referenca 205: Grmec Š, Kupnik D. Does the Mainz Emergency Evaluation Scoring (MEES) help in the prognosis of outcome from cardiopulmonary resuscitation in a pre-hospital setting? Resuscitation 2003;58:89-96; Resuscitation 2005;67:213-247-referenca 206: Grmec Š, Lah K, Tušek-Bunc K. Difference in end-tidal CO2 between asphyxia cardiac arrest and ventricular fibrillation/pulseless ventricular tachycardia cardiac arrest in the prehospital setting. Critical Care 2003;7:R139-R144; Circulation 2005;112:III-25 – III-54: reference 70,204,205,206: iste kot v reviji Resuscitation).

Med pomembnimi slovenskimi referencami v teh najnovejših priporočilih najdemo tudi raziskave Marka Noča in sod. (Resuscitation 2005;67:S25-S37-referenca 69: Noc M, Weil MH, Tang W, Sun S, Pernat A, Bisera J. Electrocardiographic prediction of the success of cardiac resuscitation. Crit Care Med 1999-

;27:708-14; Resuscitation 2005;67:S25-S37-referenca 71: Noc M, Weil MH, Gazmuri RJ, Sun S, Bisera J, Tang W. Ventricular fibrillation voltage as a monitor of the effectiveness of cardiopulmonary resuscitation. J Lab Clin Med 1994;124:421-6; Circulation 2005;112:III-55-III-72-referenca 79: Matetzky S, Sharir T, Domingo M, Noc M, Chyu KY, Kaul S, Eigler N, Shah PK, Cercek B. Elevated troponin I level on admission is associated with adverse outcome of primary angioplasty in acute myocardial infarction. Circulation. 2000; 102: 1611-1616) in Mateja Podbregarja in sod. (Resuscitation 2005;67:S25-S37-referenca 66: Podbregar M, Kovačič M, Podbregar-Mars A, Brezočnik M. Predicting defibrillation success by genetic programming in patients with out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation 2003;57:153-9).

Priznanje in vzpodbudo za tip raziskovalnega dela, ki ga izvajamo v Centru za NMP in reševalne prevoze Maribor, smo dobili še iz enega vira. Vse naše zgoraj omenjene reference so citirane v prvem učbeniku klinične kapno-

metrije, ki je izšel leta 2004, in sicer: Gravestein JS, Jaffe JB, Paulus DA. Capnography-Clinical Aspects. Cambridge University Press, Cambridge 2004;pp 27-31; pp183-185. Ob tem nas veseli, da so se rezultati raziskav vseh služb za nujno medicinsko pomoč v Sloveniji v zadnjih letih dokaj učinkovito prenesli v vsakdanje delo z našimi bolniki.

Vemo, kako težko je z novimi idejami ali uporabo že znanih dejstev na novih področjih uspeti v lastni državi, kaj šele v tujini. Zato smo lahko na ves trud in raziskovalno dejavnost služb za nujno medicinsko pomoč v Sloveniji ter odziv tujine ponosni. Vsekakor ne pretiravamo, če rečemo, da v Sloveniji na področju predbolnišnične nujne medicinske pomoči nikakor ne zaostajamo za ostalimi razvitimi deželami.

Tretje srečanje bomo z novim zagonom in že sedaj oblikovanimi načrti pripravili v zgodnji pomladi leta 2007. ■

## Na primerih temelječe učenje

Ksenija Tušek Bunc

**P**retleko stoletje označuje nepričakovan napredek v znanosti, tako rekoč nemogoče je slediti novim spoznanjem in odkritjem, še prav posebej v medicini. Vsa nova spoznanja in izsledke v medicini je tudi z najbolj intenzivnimi oblikami učenja zelo težko v celoti posredovati študentom. Pri tradicionalnih oblikah učenja se lahko kaj hitro zgodi, da je nekaj od posredovane snovi napačne ali že zastarele, nekaj je bo gotovo zastaralo v prihodnjih letih, možno je, da študentje dela snovi ne razumejo in podobno. Nadalje lahko pričakujemo, da si bodo študentje v prihodnjih letih zapomnili samo del predavane snovi. Tako je torej veliko primerneje, da naučimo študente dejavnega učenja in timskega pristopa v reševanju kliničnih primerov iz prakse.

Učenje odraslih je dejaven proces, ki temelji na motiviranosti, interesih in intelektualnem potencialu posameznika, nikakor pa ne na pritisku, ki ga predstavlja izpitno spraševanje. Posredovane informacije mora učenec razumeti in jih osvojiti z lastno zavzetostjo in ne, kakor je možno v najslabšem scenariju,

da učitelj najpomembnejša dejstva zapiše na tablo, od koder jih učenec prepíše in pozneje posreduje na izpitu, na da bi se sam kakor koli dejavno vključil.

Razvoj nove inovativne oblike učenja – na problemih temelječe učenje (PBL – problem based learning) temelji na spoznanjih kog-

nitivne psihologije o sposobnostih učenja in pomnjenja, osnovo predstavlja semantična mreža, ki jo sestavljajo smiselne povezave med določenimi pojmi in specifičnimi izkušnjami. V procesu učenja se morajo informacije vtisniti v spomin kot smiselne in koristne in jih je moč ponovno uporabiti, ko se izkaže potreba. Ob



Udeleženci srečanja

tem ne gre spregledati, da si je mogoče stvari, ki jih razumemo, tudi lažje zapomniti.

Večina študentov ima pogosto dobro teoretično znanje, ki pa ga ne zna prenesti v klinično prakso. Spodbujeni so namreč k takšnemu načinu študija, da so svoje znanje sposobni dobro posredovati le na izpith (MCQ – Multiple Choice Questions), zato je nujno potrebno, da jih naučimo vključevanja njihovega znanja tudi na drugačne načine, predvsem pa v klinično prakso. Z obravnavo posameznih primerov se skozi razpravo aktivira in izpopolni že pridobljeno znanje, ki omogoča boljše razumevanje in sprejemanje novih informacij. Psihološko gledano je tak način učenja najboljši. PBL ima tako precej prednosti pred klasičnim načinom poučevanja.

Poučevanje poteka v manjših skupinah od sedem do devet študentov. V njih se študentje sistematično učijo reševati posamezne primere iz prakse. Predstavljeni primer je zanje priložnost, da poiščejo in prepoznajo najpomembnejše točke in težave ter oblikujejo vprašanja in hipoteze o svojih ugotovitvah. Dejavno vključevanje v razpravo je zelo dobrodošla vaja za javne nastope. Klinični pomen primerov spodbuja študente, da se spoprimejo z osnovnimi psihološkimi načeli in znanstvenimi vprašanji. Ob tem se naučijo uporabljati razpoložljivo tujo in domačo literaturo ter internet. In ne nazadnje, težave rešujejo kot profesionalni tim, kar jim daje možnost vodenja zglede razprave, ne oziraje se na simpatije ali morebitno antipatijo med posameznimi člani skupine. Sprijazniti se morajo z dejstvom, da vselej ne bodo mogli zbirati tima, s katerim bodo sodelovali. Vsi ti elementi, kot so timsko delo, sposobnost plodnega medsebojnega sporazumevanja in uporaba razpoložljive tuje in domače literature predstavljajo skupaj najpomembnejše dejavnike zdravnikovega prihodnjega poklicnega življenja.

Nov način poučevanja ne nudi novih možnosti samo študentom, temveč je velika prednost tudi za učitelje, ki lahko na tak način s študenti vzpostavijo pristnejši, bolj profesionalen in predvsem trajnejši odnos, veliko bolj, kakor je to mogoče doseči med predavanji v predavalnicah. Prav tako se krepi medsebojni odnos z drugimi mentorji. Priprave na vodenje skupin, razprave s študenti in sodelavci širijo mentorjevo obzorje, še prav posebej, če mentor deluje zunaj svojega lastnega področja dela.

PBL oziroma delo v skupini si lahko slikovito predstavljamo kot potovanje po reki Nil. Na ladji so turisti – študenti – in lokalni turistični vodič – mentor. Cilj tridnevnega potovanja je jasen, doseči izvir reke. Popotniki so zelo dejavni, raziskujejo obalo reke, odkrivajo stranske poti, zbirajo cvetice in živalce, ki jih

potem kažejo drug drugemu. Glavna naloga vodnika je skrb za radovedne potnike, za zamudnike, skrb, da se nihče ne bi izgubil na stranpoteh. Nikakor pa vodnik ni pastir, ki bi vodil ovce na pašo. Občasno pa le opozori na posebnosti pokrajine. Veliko bolj zanimivo in koristneje je odkrivati več različnih izvirov (diferencialna diagnoza) in rečnih posebnosti (patofiziologija), kakor pa odkriti en sam in edini izvir (diagnoza). Veliko zanimivega je moč videti in odkriti na takšnem potovanju, slikovito obalo reke in lokalne posebnosti, ki so včasih neznane tudi samemu vodniku. Vsakdo ima s seboj knjige in zemljevide, kjer je moč poiskati odgovore. V prostem času se potniki ne bodo predajali brezdelju, temveč bodo preučili preostanek poti in dejavnosti, ki se jim bodo posvečali v prihodnjem dnevu. Le tako pripravljenim popotnikom bo nadaljevanje poti k cilju smiselno.

V primerjavi s pravo avanturo predstavlja PBL varno raziskovanje, kjer se nič ne more zgoditi in kjer nobeno vprašanje ni neumno ali preveč banalno. V primerjavi s klasičnim učenjem zahteva PBL dejavne učence, izmenjavo mnenj, veliko vprašanj in zapiskov. Priprava za naslednje srečanje je temeljnega pomena. Glavni cilj je razumevanje najpomembnejših patofizioloških načel, predvsem pa timsko delo. V skupini dobijo študentje v obravnavo določen primer iz prakse. Običajno obravnavajo primer na dveh do treh srečanjih, vsakič pa dobijo v branje dve do šest strani. Primer berejo na glas, odstavek po odstavek ali preberejo celotno stran naenkrat. Takšno glasno branje je zelo pomembno za uglasitev – sinhronizacijo skupine. V naslednjih korakih študentje poiščejo neznane besede ali pojme. Vsakdo ima možnost postavljati vprašanja, kadar česa ne razume ali ne pozna določenih medicinskih razprav. Neumnih vprašanj ni, arogantni komentarji nimajo ustreznega mesta v skupini. Na tak način se v skupini krepi vzajemno spoštovanje, prijateljsko vzdušje pa doprinese k živahni in plodni razpravi. Vsakdo mora dejavno sodelovati. Potem študentje postavijo hipoteze, razpravljajo o njih, jih sprejmejo ali ovržejo, ali pa si jih zabeležijo za individualno obravnavo po končanem srečanju. Veliko primerneje je, kadar študentje poiščejo vrsto patofizioloških mehanizmov in diferencialnih diagnoz, kakor pa da takoj najdejo pravo diagnozo. Prijetno vzdušje in vedoželjnost sta pomembna cilja vsakega tečaja. Vsak dan sproti si študentje pripravijo načrt za individualno delo do prihodnjega srečanja. Če se ne pripravijo, lahko skupinsko delo zaide v slepo ulico. Študentje se morajo zavedati svojega prispevka in odgovornosti za uspeh tečaja. Mentor jim pomaga, kadar

manjkajo osnovni podatki, kadar se razprava zaustavi, v nobenem primeru pa ni njegova naloga, da predava ali razlaga snov samo zato, ker se študentje niso pripravili. Na naslednjih srečanjih študentje drug drugemu predstavijo predelano snov. Te predstavitve so kratke, tako da ostane dovolj časa za nadaljevanje začete delo. Vselej so na razpolago knjige in stojalo z listi, kamor je moč zapisati najpomembnejše ugotovitve.

Mentor spodbuja razpravo in postavlja vprašanja odprtega tipa, ki pomagajo študentom, da se osredotočijo na pomembne zadeve. Najboljši mentor je strokovnjak, izvedenec, ki se ne vede vzvišeno in ki je bolj partner v procesu učenja kakor pa učitelj in ki zagotovo govori manj kakor študenti. Študentom pomaga in jih spodbuja pri odkrivanju pomembnih stvari na organiziran način. Zgodi se, da se delo v skupini zaustavi ob manj pomembnih vprašanjih za primer. Takrat mentor pomaga z odgovorom, samo zato da spodbudi razpravo o zares pomembnih zadevah. Razprava poteka večji del med sodelujočimi učenci, ki sedijo okoli mize, medtem ko se mentor, če je le mogoče, izogne položaju na čelu mize. Četudi je mentor strokovnjak na določenem področju, ne sme dovoliti, da bi ga zaneslo v razlago ali da bi odgovarjal na vprašanja, čeprav večina študentov to od njega pričakuje. Čisto mogoče je, da tudi mentor česa ne ve, kar bo brez zadrege priznal in kar bo preučil do prihodnjega srečanja. Morebitna mentorjeva slabost se izkaže kot odlična lekcija za študente, kajti spoznanje, da mentor ni vseved, nosi zelo pomembno sporočilo, da je učenje vseživljenjski proces. Sposobnost mentorja, da spodbuja prijetno vzdušje za živahno razpravo, je prava umetnost. Preveč mentorjevih navodil in nadzora predstavlja oviro za uspešno delo v skupini in se kaže kot premajhna zavzetost študentov. Površna, sicer pa živahna razprava prav tako ne pripomore k učinkovitemu delu v skupini. Takrat lahko mentorjeva odprta vprašanja preusmerijo študente v poglobljeno razpravo. Zastavljena vprašanja pa študentov nikakor ne smejo spravljati v zadrego.

PBL pomeni namreč veliko več kakor samo golo izmenjavo informacij. Sposobnost sporazumevanja je pomembna večšina zdravnikovega dela, ki se ji žal v času klasičnega študija ne posveča dovolj pozornosti. Vključuje pridobivanje ustreznih informacij in tudi sporazumevanje z bolniki, kolegi in drugimi zdravstvenimi delavci. Študente je treba spodbujati, da bodo znali poiskati informacije iz najrazličnejših virov (knjig, revij, interneta) ter da bodo znali vključiti informacije v prakso na najboljši možen način. Prav tako se morajo naučiti razumevanja vpliva bolezni na bolnikovo

življenje in si pridobiti sposobnost rahločutnega in obzirnega načina posredovanja sporočil bolniku in svojcem, bodisi o diagnozi bodisi o terapevtskih možnostih. Igranje vlog jim je lahko pri tem v veliko pomoč.

Prednosti novega načina učenja oziroma PBL smo imeli priložnost spoznavati tudi na delavnici v Mariboru. Neumornemu prizadevanju dekana prof. dr. Ivana Krajnc in sodelavcem novoustanovljene Medicinske fakultete v Mariboru se moramo zahvaliti, da se nas je peščica zdravnikov, ki se spogledujemo s pedagoškim delom in ki bi želeli svoje znanje in izkušnje posredovati prihodnjim generacijam študentov medicine, lahko udeležila delavnice PBL – nove in inovativne tehnike poučevanja študentov. K sodelovanju so pritegnili ugledne strokovnjake medicinske fakultete Univerze Ludwiga Maximilliana iz Münchna, prof. Franca Crisa, prof. Mathiasa Siebecka in prof. Orsolya Genzela Boroviczenyja, ki so izkušnje pri poučevanju PBL pridobili na harvardski

medicinski fakulteti (Program of Advanced Medical Education Harvard Medical School). Imajo dolgoletne izkušnje in odlična priporočila na področju izobraževanja ne samo v svoji matični fakulteti, pač pa so delavnice problemsko naravnane učenja organizirali na več mestih, med drugim tudi na medicinski fakulteti v Zagrebu.

Udeleženci delavnice smo ponovno za tri dni sedli v šolske klopi in v skladu z usmeritvijo PBL zelo dejavno sodelovali pri delu v skupinah ob reševanju primera iz prakse, s krajšimi osemminutnimi predstavitvami (micro teaching). Tudi tisti najbolj samozavestni so se malce zmedli pred kamerami, pred ocenjevanjem ter konstruktivno kritiko kolegov v skupinah in verjamem, da ni bilo nikogar, ki se ne bi zares dobro pripravil. Ta del delavnice in ocena našega dela sta nam dala odlično priložnost za izboljšanje naših predavateljskih sposobnosti. Tudi ko je bilo treba kolege naučiti najrazličnejših, tudi nemedicinskih spretnosti,

se je bilo treba temeljito pripraviti. Gotovo je bil eden od najzanimivejših delov delavnice, ko smo opazovali skupino študentov prvega in drugega letnika medicine v skupini pri obravnavi primera iz prakse. Občudovanja vredna je bila njihova spretnost pri reševanju kliničnega primera, upoštevanje dejstva, da pravzaprav nimajo kliničnega znanja. Zadnji dan smo se preizkusili še na postajah OSCE (Objective Structured Clinical Examination), ki omogočajo oceno kliničnih veščin na povsem objektivni način. Kako smo se izkazali, ve vsakdo najbolje sam.

Delavnico PBL v Mariboru bi lahko ocenila z najvišjimi ocenami, kar je nenazadnje pokazala tudi zaključna ocena udeležencev. Neizčrpna in nalezljiva energija naših gostov in mentorjev, dejavno delo in prijetno vzdušje bodo še dolgo ostali v spominu. Oboroženi z novim znanjem si udeleženci iskreno želimo, da bi osvojeno znanje uspešno posredovali prihodnjim generacijam študentov medicine. ■

# Uveljaviti kulturo varnosti pacientov

Elizabeta Bobnar Najžer

**O**dkar so bili pred leti objavljeni rezultati raziskave (1), da v bolnišnicah v Združenih državah Amerike vsako leto okoli deset odstotkov pacientov utrpi neželen dogodek v procesu zdravljenja, se v razvitih državah, počasi a zelo zanesljivo dogajajo spremembe. Ameriški so sledile študije o vplivu neželenih dogodkov tudi v Avstraliji, Kanadi, Novi Zelandiji, Nemčiji, Veliki Britaniji, na Danskem (2-7). Rezultati so potrjevali osnovno študijo, ki so ji nekateri sicer očiteli metodološke zdrse. Očitno je metodološko orala ledino,

a neprijetni in skoraj neverjetni rezultati so se potrjevali: povprečno vsak deseti pacient v bolnišnici utrpi neželen dogodek, zaradi katerega ostane

do konca življenja hudo prizadet ali zaradi njega umre. Okoli polovica teh neželenih dogodkov je preprečljivih. Prelomnico v svetovnem merilu je vzpostavila publikacija Motiti se je človeško (8).

Raziskave so prav tako pokazale, da se neželeni dogodki v enakem obsegu, verjetno zaradi enakih vzrokov in s podobnimi metodami za preprečevanje, dogajajo tako v zasebnih kot v nacionalnih (državnih) javnih bolnišnicah. Vzroki za neželene dogodke so lahko zelo enostavni: podobno pakirana zdravila (podobne barve, podobna embalaža), neustrezna komunikacija med osebjem, pozabljena ali zamenjana dokumentacija.

Znanstveni rezultati so s prikazom usod posameznikov, ki so jih bodisi sami bodisi njihovi svojci sporočali javnosti, prešli v zavedanje širše javnosti. Postopoma so se organizirale skupine pacientov, posamezne vlade so že vzpostavile sisteme poročanja in učenja. Finančne analize so namreč pokazale, da so ob dobrem delu poleg večjega zadovoljstva pacientov tudi finančni učinki veliko boljši.

Idejo in kulturo zagotavljanja dobre varnosti pacientov je sprejela Svetovna zdravstvena organizacija ter pod svojim okriljem ustanovila Svetovno zvezo za varnost pacientov (World Alliance for Patient Safety). Njen predsednik

je prof. Sir Liam Donaldson, ki je tudi svetovalec britanske vlade za področje zdravstva. Po njegovem nasvetu je Velika Britanija za čas svojega predsedovanja Evropski uniji na področju zdravstva izpostavila dve temi: varnost pacientov in boj proti neenakostim v zdravstvu.

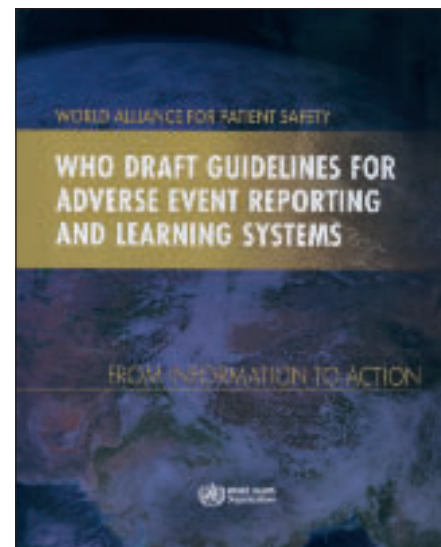
Varnost pacientov je v evropsko politično dogajanje uvedel že Luksemburg v prejšnjem šestmesečnem obdobju, a zagotovo je to tema, ki mora postati stalnica vsakodnevne delovanja zdravstvenih ustanov in vseh zaposlenih v zdravstvu. Dokument luksemburška

deklaracija o varnosti bolnikov (8) je postavil temelje institucionalnega vseevropskega delovanja, saj so ga, poleg Evropske komisije, direktorata za zdravje in varstvo potrošnikov, sprejeli tudi

Stalni odbor evropskih zdravnikov, Evropsko združenje bolnišničnih zdravnikov, Evropsko združenje bolnišnic in zdravstvenih sistemov ter mnoge druge strokovne in laične ustanove in združenja.

Sir Liam Donaldson si je osebno v vseh institucijah, kjer deluje, zelo prizadeval, da bi kulturo varnosti pacientov čim bolj razširil. Bil je tudi vodilni mož novembrske konference na vrhu o varnosti pacientov, ki je potekala v Londonu. Konferenca je na enem mestu zbrala vodilne raziskovalce s področja varnosti pacientov, predstavnike skupin pacientov in predstavnike državnih teles iz članic Evropske zveze. Namen konference je bil predstaviti dosedanje dosežke mnenjskim voditeljem, da bi lahko bolj argumentirano razpravljali in promovirali varnost pacientov v svojih okoljih.

Učinki neželenih dogodkov so obsežni in raznovrstni. Pacienti psihično



in fizično trpijo zaradi osnovne bolezni ali poškodbe, prizadene jih še dodatni dogodek. Na drugi strani medicinsko osebje, od zdravnikov preko medicinskih sester do drugega sodelujočega osebja občuti sram, krivdo, postanejo depresivni, skrbi jih zaradi možnih pravnih posledic. Vsa družba take dogodke (ki slej ali prej na nek način prodrejo v javnost) občuti kot zniževanje kakovosti življenja.

Raznovrstne so tudi finančne posledice. Poleg stroškov neposrednega dodatnega zdravljenja se finančno pozna tudi znižana produktivnost v družbi.

Retrospektivne študije dokazujejo, da je med 40 in 48 odstotki neželenih dogodkov možno preprečiti. Dodatna prospektivna

študija je celo pokazala, da bi bilo možno preprečiti dodatnih 25 odstotkov neželenih dogodkov.

Iz zgoraj navedenih vzrokov se v okviru Evropske zveze pripravljajo ukrepi, ki jim bo morala slediti tudi Slove-

## Danska študija

Rezultate danske študije neželenih dogodkov so objavili septembra 2001. Pregledali so 1.097 popisov ter ugotovili, da je izmed teh 9 odstotkov pacientov, sprejetih v danske bolnišnice, utrpelo neželen dogodek. 40 odstotkov teh neželenih dogodkov je bilo preprečljivih, 60 odstotkov je bilo klasificiranih kot zapleti pri zdravljenju. Neželeni dogodki so v povprečju podaljšali bolnišnično zdravljenje za 7 dni.

Leta 2003 so na Danskem sprejeli zakon o varnosti pacientov (3), ki je uzakonil obvezo za poročanje o vsakem neželenem dogodku.

nija. Dejstvo je, da se posamezni neželen dogodek zgodi v posamezni zdravstveni ustanovi morda enkrat na leto ali dve ali celo redkeje, kar je statistično nemerljivo. Ko pa vzamemo število bolnišnic, kjer se

po izsledkih študij tudi zgodi enak dogodek, lahko z zbiranjem in proučevanjem okoliščin izluščimo statistično pomembne podatke. Iz njih se lahko učimo, tako, da se v prihodnje v nobeni izmed bolnišnic isti neželen dogodek ne bo ponovil. Tak sistem lahko deluje tako na nacionalni kot na evropski ravni.

Novembra 2005 je Svetovna zveza za varnost pacientov izdala Osnutek smernic Svetovne zdravstvene organizacije za poročanje o neželenih dogodkih in sistemih učenja (10) iz njih. Smernice na samem začetku poudarjajo osnovno vodilo: namen poročanja je učenje iz izkušenj/napak.

### Smernice poudarjajo štiri temeljna načela:

1. Osnovni namen sistema poročanja v sklopu kulture varnosti pacientov je izboljšati varnost pacientov skozi učenje iz napak, zabeleženih v zdravstvenem sistemu.
2. Poročanje mora biti varno. Posameznik, ki sporoči neželen dogodek, zaradi tega ne sme biti kaznovan ali kakorkoli prizadet.
3. Poročanje je učinkovito le, če vodi do konstruktivne povratne informacije. Poročevalec mora vsaj prejeti povratno informacijo o izsledkih opravljene analize njegovega primera. Dobro bi bilo, da bi prejel že tudi priporočila za potrebne spremembe procesov in sistema zdravstvenega varstva, ki ga izvaja.
4. Pomembne analize, pridobljeno znanje in širjenje pridobljenega znanja zahteva ekspertne in druge človeške ter finančne vire. Agencija, ki sprejema poročila, mora biti usposobljena za širjenje pridobljenih znanj, mora biti usposobljena za izdelavo priporočil in spremljati razvoj sprejetih rešitev.

V pomoč pri uveljavljanju zgornjih načel tako na nacionalni kot na evropski ravni so v omenjeni publikaciji, ki je trenutno v fazi javne razprave in brezplačno dostopna na svetovnem spletu, opisali:

- vlogo, pomen, namene in cilje poročanja o neželenih dogodkih pri prizadevanjih za

### Stanje v Sloveniji

Že od leta 2002 zdravstvene ustanove na pobudo ministrstva za zdravje na posebnih obrazcih prostovoljno poročajo o opozorilnih nevarnih dogodkih. (12) V letu 2004 je ministrstvo prejelo 14 poročil, v letu 2005 (do oktobra) 2 poročila.

večjo varnost pacientov,

- n u j n o potrebne sestavne dele sistema poročanja za posamezne dele sistema:
  - kdo poroča komu, na kakšen način, analize poročil na posameznih ravneh, sporočanje analiz, vključevanje novih spoznanj nazaj v prakso,
  - druge možne vire za informacije o varnosti pacientov, poleg neposrednega poročanja,
  - raznovrstne že obstoječe načine poročanja, ki jih vodijo bodisi državne ustanove bodisi nevladne organizacije, agencije ali skupine,
  - osnovne značilnosti uspešnih sistemov poročanja,
  - osnovne zahteve za nacionalni sistem poročanja o neželenih dogodkih, vključno z mehanizmi zbiranja, možnostmi nadzora in raziskovanja vzrokov, zahtevanih strokovnjakov in tehnične infrastrukture ter možnost širjenja izsledkov,
  - priporočila za države članice.

### Danska izkušnja

Na Danskem leta 2000 izrazov »varnost pacientov« in »neželeni dogodki« niso poznali, danes so vsi zdravstveni strokovnjaki ne samo seznanjeni z njima, temveč sta postala del organizacijske kulture v vseh danskih bolnišnicah. Septembra 2001 so izvedli lastno študijo neželenih dogodkov, decembra istega leta je bilo ustanovljeno Društvo za varnost pacientov, septembra 2002 so izdelali predlog priporočil, junija 2003 je danski parlament soglasno sprejel Zakon o varnosti pacientov (11), za njegovo izvedbo je januarja 2004 začel nacionalni sistem sporočanja neželenih dogodkov. Namen zakona je bil zbirati, analizirati in širiti znanje o neželenih dogodkih, da bi lahko preprečevali njihovo pojavnost. Zakon zavezuje vse osebe, ki je v stiku s pacientom, da sporoči vse neželene dogodke, vodstvo bolnišnic je dolžno reagirati na vsako poročilo, nacionalni zdravstveni svet jih je dolžan zbirati in povratno sporočati izkušnje in znanje, ki ju je lahko razbralo iz sistematičnega zbiranja neželenih dogodkov iz vse države na enem mestu.

### Zaščita osebja v zdravstvu

Omenjeni danski zakon vsebuje zelo pomembno določilo, ki štiti vse osebe pred

kakršnim koli disciplinskim postopkom v primeru, ko poročajo o neželenem dogodku. S tem so dosegli, da osebe resnično poročajo o vseh dogodkih. Za zaščito virov informacij je sistem »učjenja iz napak« dosledno ločen od pritožbenega sistema, sistema internega strokovnega nazdora in sistema zdravstvenega zavarovanja. Seveda je v primeru, da se pacient ali svoji pritožijo zoper postopke in so njihove pritožbe v procesu ugotavljanj upravičenosti spoznane za resnične, odgovorna oseba lahko kaznovana, kljub temu, da je neželen dogodek sporočila v sistem učenja iz napak. Vendar oba procesa potekata ločeno, pacient za svojo pritožbo ne more pridobiti podatkov iz sistema učenja, temveč jih mora zbrati ločeno v pravnem postopku.

Glede na svoje izkušnje je danski predstavnik na konferenci sporočil: Motiti se je človeško – prikrivati napake je neodpušljivo. ■

### Literatura

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study. *N Engl J Med* 1991;324:370-7.
2. G. Ross Baker, Peter G. Norton et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* • May 25, 2004; 170 (11). <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/170/11/1678>
3. Thomas EJ, Studdert DR. MED., Burstin HR, <Owaw EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000; 38(3):261-71.
4. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review (published erratum in *BMJ* 2001; 322:1395). *BMJ* 2001;322:517-9.
5. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD, The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995; 163:458-76.
6. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Schug S, Scott A, Johnson S, et al. Adverse events in New Zealand public hospitals: principal findings from a national survey. Wellington: New Zealand Ministry of Health; 2001. Occas Pap 3. Available at: [www.moh.govt.nz/publications/adverseevents](http://www.moh.govt.nz/publications/adverseevents). Accessed 2004 Jul 12.
7. Schioler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, et al. Danish Adverse Event Study. (Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records.) *Ugeskr Laeger* 2001;163:5370-8. Danish. Available at: [www.patientsikkerhed.dk/about](http://www.patientsikkerhed.dk/about)
8. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington (DC): National Academy Press; 1999.
9. Varnost bolnika – zagotovimo jo! *Isis* 2005; 8-9 (XIV):8-9
10. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems, [http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting\\_Guidelines.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf)
11. Act on Patient Safety in the Danish Health Care System. Act no. 429 of June 10, 2003.
12. Andrej Robida. Opozorilni nevarni dogodki, *Isis* 2002; 5 (XI): 39-47



# Novosti v zdravljenju raka dojke

Dejan Ognjenovik, Damijana Bosilj, Nina Čas Sikošek, Petra Krajnc

25. junija 2005 smo bili povabljeni na drugo strokovno srečanje dveh mednarodnih onkoloških skupin CEEOG (Central and East European Oncology Group) in CECOG (Central European Cooperative Oncology Group) z naslovom "Novosti v zdravljenju raka dojke".

Srečanje se je odvijalo v hotelu Hilton na Dunaju. Udeležilo se ga je približno 300 zdravnikov iz Avstrije, Bolgarije, Hrvaške, Češke, Estonije, Latvije, Litve, Poljske, Romunije, Srbije in Črne Gore, Ukrajine, Bosne, Madžarske, Slovaške in Slovenije.

CECOG je neprofitna organizacija, ustanovljena leta 1999 na Dunaju, CEEOG pa je bila ustanovljena leta 1983, najprej kot SEEOG (South and East European Oncology Group). Novost je sodelovanje med CEEOG, CECOG in Združenjem centralne evropske skupine za raziskovanje zdravil proti raku - CESAR (Central European Society for Anticancer Drug Research). CESAR je onkološko združenje, ki obstaja od leta 2001. V tem združenju sodelujejo znanstveniki, ki se ukvarjajo z osnovnimi raziskavami, predklinično onkologijo in uporabnimi raziskavami raka.

Po pozdravnem govoru je imel prvo predavanje prof. Luigi Cataliotti, redni profesor kirurgije na univerzi v Firencah in predsednik evropskega združenja EUSOMA (European Society of Mastology) ter predsednik evropskega društva kirurške onkologije - ESSO (European Society of Surgical Oncology). Govoril je o novih strategijah v zdravljenju raka dojke. Opozoril je na pomen predoperativne diagnostike, opredelitve histoloških in bioloških značilnosti tumorja. Pri napredovalem raku je nujno ugotoviti morebitni razsoj v regionalne bezgavke. Odstranitev aksilarnih bezgavk je bila dolga leta standard zdravljenja raka dojke. Zadnja leta opažamo zmanjševanje povprečne velikosti tumorja pri raku dojke, hkrati pa upada tudi pogostost pozitivnih aksilarnih bezgavk. Z uvedbo biopsije varovalne bezgavke je prišlo do zmanjšanja števila odstranitvev aksilarnih bezgavk, hkrati pa je s to metodo mogoče ugotoviti tudi ekstra-aksilarno limfatično drenažo. Za uspešno zdravljenje raka dojke mora biti vsak segment postopkov - od diagnoze do terapije - podvržen strogemu nadzoru kakovosti.

Prof. Carsten Rose z univerze Lund na Švedskem je govoril o napredku v pomožni hormonski terapiji. Povedal je, da so bolnice do sedaj večinoma prejemale tamoksifen, in sicer do pet let. Vedno več podatkov kaže, da so aromatazni inhibitorji učinkovitejši pri preprečevanju ponovitve bolezni. Dve večji študiji, MA.17 in BIG I-98, sta preučevali vlogo aromataznih inhibitorjev in pokazali, da se napoved poteka bolezni pri bolnicah z rakom dojke znatno izboljša z uporabo letrozola v pomožni/podaljšani pomožni terapiji.

MA.17: z letrozolom je bilo doseženo boljše preživetje pri pacientkah s pozitivnimi bezgavkami; znatno se je izboljšalo preživetje, hkrati pa je bilo tudi manj lokalnih ponovitev, oddaljenih metastaz in kontralateralnega raka dojke; znatno manj je bilo oddaljenih metastaz (za 39 odstotkov manj). Letrozol in placebo sta bila primerljiva glede stranskih učinkov, z razlikami, ki so bile pričakovane za aromatazni inhibitor. Novonastale osteoporoze je bilo nekoliko več v skupini, ki je prejela letrozol - 8 odstotkov, v primerjavi s skupino, ki je prejela placebo - 6 odstotkov, vendar se pogostnost zlomov ni znatno zvišala.

BIG I-98: pomožna terapija z letrozolom je zmanjšala nevarnost ponovitve za 19 odstotkov. Pacientke, ki so prejemale letrozol, so imele precej daljše obdobje brez znakov bolezni kot tiste, ki so prejemale tamoksifen. To podaljšanje obdobja brez znakov bolezni je bilo neodvisno od hkratnega zdravljenja z radioterapijo in od statusa progesteronskih in estrogenskih receptorjev.

Prof. Jacek Jassem z univerze v Gdanskju je imel predavanje z naslovom "Optimizacija adjuvantne radioterapije pri raku dojke". Poudaril je, da je radioterapiji sestavni del zdravljenja raka dojke. Radioterapija po operacijski odstranitvi dojke zniža tveganje lokalne in regionalne ponovitve bolezni, naj pa bi izboljšala tudi preživetje. V zadnjem času so tri večje študije, pri katerih so uporabljali sodobne

obsevalne tehnike v kombinaciji s sistemskim zdravljenjem, pokazale zboljšano preživetje pri pacientkah z visokim tveganjem. Ti izsledki kažejo na smiselnost uporabe radioterapije po operacijski odstranitvi dojke pri bolnicah s tumorjem T3-4 oziroma pri bolnicah, pri katerih je bilo štiri ali več bezgavk pozitivnih. Vloga radioterapije pri bolnicah z nizkim tveganjem je še zmeraj predmet raziskav. Z izboljšanjem diagnostičnih postopkov in kirurških tehnik je veliko bolnic zdravljenih s konzervirajočo operacijo. V principu naj bi bile vse bolnice, ki so bile zdravljene z lokalno odstranitvijo tumorja, ne glede na tip operacije, zdravljene tudi z radioterapijo.

Prof. Tanja Čufer z onkološkega inštituta v Ljubljani je govorila o ciljih in strategiji pomožne terapije. Napredek v zdravljenju s pomožno kemoterapijo je možen z uporabo novih citostatikov, s povečanjem jakosti in velikosti odmerka citostatikov, s ciljno uporabo citostatikov ter z odkritjem novih bioloških označevalcev, ki kažejo na občutljivost na to vrsto zdravljenja.

Štiri pomembne raziskave taksanov (INT 0148, NSABP B-28, BCIRG 001 in PACS 01), ki so jih izvedli pri pacientkah s pozitivnimi bezgavkami, so pokazale, da je prišlo do 3-odstotnega oziroma 7-odstotnega izboljšanja 5-letnega preživetja pri bolnicah, zdravljenih s taksani. Prag za uporabo antraciklinov (AC) in taksanov je nižji pri ženskah z "ER-negativnimi", "low" tumorji in pri tumorjih z drugimi agresivnimi biološkimi značilnostmi.

Nadaljnji napredek pri pomožni kemoterapiji omogoča uporaba snovi, ki imajo dokazan učinek pri zdravljenju metastatske bolezni, kot so capecitabine ali gemcitabine, skupaj z antraciklinsko-taksanskim zdravljenjem. Velike randomizirane študije, ki ugotavljajo njune učine, še potekajo.

Pojavljajo se nove strategije za aplikacijo kemoterapevtikov; pri študiji INT 0148 so z uporabo 2-tedenske aplikacije AC → paclitak-

sel s podporo G-CSF (granulocitne kolonije stimulirajoči faktor) dosegli znatno zmanjšanje tako ponovitev bolezni kot tudi smrti pri pacientkah z visokim tveganjem v primerjavi s standardnim 3-tedenskim načinom.

Zaradi dobrih rezultatov, ki so jih dobili pri dodajanju transtuzumaba AC pri metastatski bolezni (raziskave NSABP B-31, Intergroup N9831, BCIRG006 in HERA), se bodo smernice za standardno pomožno terapijo pri HER2-pozitivnih pacientkah kmalu spremenile.

V zadnjem desetletju smo se srečevali z veliko preširoko uporabo kemoterapevtikov. Zato vlada veliko zanimanje za zadnje raziskave s področja profiliranja genske ekspresije. Te kažejo, da je genski profil pomembnejši od tradicionalnih napovednih dejavnikov, ko gre za izbor pacientov z dobro napovedjo poteka bolezni, ki ne potrebujejo dodatnega kemoterapevtskega zdravljenja. Že sedaj so na voljo dodatni napovedni dejavniki prvega izbora, kot sta uPA in PAIL, s katerimi lahko bolje izbiramo kandidate za pomožno kemoterapijo.

Mišljenje, da je rak dojke heterogena bolezen, je že dolgo prisotno, vendar je do sedaj le malo raziskovalcev imelo pogum za analizo učinkov pomožne kemoterapije na ustreznih podskupinah, kot npr. na temelju različne gostote estrogenskih receptorjev (ER) pri tumorjih (ER-negativni, nizko ali visoko pozitivni tumorji). Za ER-visoko pozitivne tumorje so učinki kemoterapije manjši in bo le-ta lahko v prihodnosti z uporabo aromataznih inhibitorjev postala celo nepotrebna. Pri teh ženskah je prednostnega pomena izboljšanje endokrinskega zdravljenja hkrati z uporabo bioloških substanc, ki zavirajo

pojav endokrinske odpornosti. Podskupina z "ER-vmesnim" statusom je verjetno najbolj zahtevna od vseh, saj je pri njej nujno zanesljivo prepoznati tiste pacientke, ki bodo pridobile z dodatkom kemoterapije endokrinemu načinu zdravljenja.

Prof. Cristoph Zielinski iz univerzitetne bolnišnice na Dunaju je predstavil podatke raziskav, ki so primerjale učinkovitost monoterapije s taksani, primerjal je učinke docetaksela in paclitaksela pri bolnicah z metastatskim rakom dojke. Boljše preživetje so imele bolnice, ki so prejemale docetaksel, hkrati pa so bili tudi stranski učinki in posledične smrti pogostejše. V tretji fazi študije CALGB 9342 so ugotovili, da tedenske aplikacije paclitaksela začasno znatno izboljšajo bolezen, celotni čas preživetja pa ni bil odvisen od načina dajanja citostatika. Učinek kombinacije docetaksela in capecitabina je bilo podaljšanje časa začasnega izboljšanja bolezni, bilo pa je več stranskih učinkov (sindrom rok in hrane, stomatitis) v primerjavi s kombinacijo paclitaksela in gemcitabina, kjer je bil učinek isti kot pri prvi kombinaciji.

Prof. Christian Dittich je govoril o zavori prevajanja signalov pri karcinomu dojke s poudarkom na HER2 in trastuzumabu. Pri malignomu lahko mutacije povzročijo aktivacijo nefizioloških signalnih kaskad, kar predstavlja idealno tarčo za protitumorsko terapijo. Klinično uporabnost so uspeli prikazati le pri nekaterih tipih tumorjev. HER2 predstavlja prototip za tovrstni način zdravljenja. Vloga monoklonalnega protitelesa transtuzumaba v telesu še ni popolnoma pojasnjena, vsekakor pa z zmanjšanjem dostopnosti receptorjev

HER2, na katere se veže, povzroči inaktivacijo signalne kaskade in ima tako protitumorski učinek. Zadnje raziskave kažejo, da dosežemo pri HER2-pozitivnem tumorju največji učinek pri primarnem sistemskem zdravljenju s kombinacijo kemoterapije in transtuzumaba (Salmon et al.). Prav tako je upravičeno predoperativno zdravljenje s transtuzumabom – Buzdar et al.: klinično popolno začasno izboljšanje bolezni pri 65 odstotkih pacientk, ki so ga predoperativno prejemale skupaj s kemoterapijo, v primerjavi s 26 odstotki pri pacientkah, ki so prejemale le kemoterapijo.

Prof. Luis Costa, Faculdade de Medicina de Lisboa iz Lizbone, je poudaril vlogo bifosfonatov pri zdravljenju raka dojke. Znižanje kostne mase ima zelo neugodne klinične posledice, zato je preprečevanje izgube kostnine visoko na prednostni lestvici zdravljenja raka dojke. S pravim načinom zdravljenja lahko tveganje za osteoporotične zlome zmanjšamo na minimum. Pomožno zdravljenje s potentnim bifosfonatom, npr. zoledronsko kislino, daje vzpodbudne rezultate z zmanjšanjem in preprečevanjem izgube kostnine pri pacientkah, ki prejemajo antiestrogensko terapijo.

Srečanje je zaključil dr. Rudolf Morant, ki je podal zaključke letošnjega srečanja v St. Gallenu: hormonska odvisnost nadomesti tveganje za ponovitev bolezni, izbira zdravljenja naj temelji na hormonski odvisnosti tumorja kot tudi na menopavzalnem stanju bolnice. Pri hormonsko odvisnem tumorju ostaja tamoksifen standardno zdravilo.

Udeležbo na srečanju je omogočilo podjetje Novartis Slovenija. ■

# Ustanovljeno Vertebrološko združenje

Radko Komadina

**16. 9. 2005** ob 16. uri je bila v predavalnici Ortopedske klinike v Ljubljani ustanovna skupščina Vertebrološkega združenja Slovenije. Na ustanovni skupščini smo se zbrali zdravniki, specialisti strok, ki obravnavajo bolezni, poškodbe in okvare hrbtenice: travmatologi, ortopedi, fizioterapevti, nevrokirurgi.

**9. 4. 2005** smo na medsekcijem sestanku 5. celjski dnevi predstavniki strok, ki obravnavajo bolezni, poškodbe in okvare hrbtenice, sklenili ustanoviti Vertebrološko združenje Slovenije, in sicer zaradi:

- celovite in kompleksne obravnave bolezni, poškodb in okvar hrbtenice, ki jo po delitvi med specialnostmi v slovenskem prostoru obravnava več strokovnih združenj Slovenskega zdravniškega društva (SZD), in
- sorodne organiziranosti v svetu (Spine Societies, Spine Groups).

**17. 6. 2005** smo se zbrali na sestanku iniciativnega odbora za ustanovni sestanek Vertebrološkega združenja Slovenije na Ortopedski kliniki v Ljubljani in objavili v Izidi javno vabilo na ustanovno skupščino. V sodelovanju s prim. M. Cevcem, generalnim sekretarjem SZD, smo pripravili predlog statuta društva in ga po elektronski pošti poslali v premislek in dopolnitve članom iniciativnega odbora.

Dnevni red skupščine je imel štiri točke: Sprejem Statuta Vertebrološkega združenja Slovenije, Volitev organov združenja, Določitev višine članarine in Razno.

1. Prisotni smo prebrali predlog statuta in ga po krajši razpravi sprejeli. Potrditev je bila soglasna, podkrepljena s podpisi vseh udeležencev (20 ustanovnih članov).
2. Dogovorili smo se, da bodo v organih društva enakopravno zastopane najmanj štiri medicinske specialnosti, ki se ukvarjajo z boleznimi, poškodbami in okvarami hrbtenice. Na predlog M. Gorenška smo sestavili zaprto kandidatno listo z desetimi člani za funkcije, predvidene v že sprejetem statutu.

Soglasno so bili izvoljeni: R. Komadina – predsednik, R. Vengust – tajnik, T. Strojnik – podpredsednik, A. Hoeflerle – blagajničarka; člani upravnega odbora: M. Vesel – predsednik, N. Hero – član, S. K. Fokter – član; člani nadzornega odbora: M. Vlaović – predsednik, Z. Turk – član, A. Frank – član

3. Določili smo letno članarino v višini pet tisoč SIT.
4. Pod točko Razno je tajnik društva, doc. dr. Rok Vengust, napovedal že prvi strokovni sestanek.

**14. 10. 2005** so kolegi z Ortopedske klinike (prof. dr. Vinko Pavlovčič, doc. dr. Rok Vengust in prim. Miro Gorenšek) uspešno izpeljali Simpozij o diskalni patologiji in diskalni protetiki z vabljenimi gosti iz tujine, dr. Robertom Hesom in dr. Bartom Conixom iz Antwerpna v Belgiji. Poleg teoretičnih predavanj so prikazali tudi operacijo.

Naslednji dogodek v zvezi z Vertebrološkim združenjem je sledil 25. 11. 2005, ko sta nas predsednik SZD, prof. dr. Pavel Poredoš, in generalni sekretar SZD, prim. Matija Cevc, obvestila o registraciji Vertebrološkega združenja SZD kot konstitutivne strokovne sekcije krovne stanovske organizacije. Na osnovi tega dokumenta smo razposlali potencialnim novim članom Vertebrološkega združenja pristopne obrazce. Vabljeni so specialisti vseh strok, ki obravnavajo bolezni, poškodbe in okvare hrbtenice, njihovo diagnostiko, zdravljenje in raziskujejo na tem strokovnem področju. Zlasti so vabljeni specialisti travmatologi, ortopedi, fizioterapevti, nevrokirurgi, nevrofiziologi, radiologi. Za pristopni obrazec lahko zaprosijo tudi na elektronskem naslovu [sbrdi@guest.arnes.si](mailto:sbrdi@guest.arnes.si)

V začetku leta 2006 pripravljamo drugi strokovni sestanek z naslovom Dinamična posteriorna fiksacija ledvene hrbtenice v organizaciji Ortopedskega oddelka Splošne bolnišnice Celje in njegovega predstojnika, prim. Vilibalda Vengusta. S teoretično predstavitvijo in prikazom operacije bomo v enodnevnem simpoziju z vabljenimi gosti iz tujine predstavili novo tehnično rešitev, ki jo predstavlja sistem Dynesys. Sestanek bo potekal 10. 2. 2006 v Splošni bolnišnici Celje. Število poslušalcev ni omejeno. Kotizacije ne bo. Zlasti vabimo specialiste in specializante ortopedije, travmatologije, nevrokirurgije in fizioterapevtike. ■



# Slovensko ortodontsko društvo – član Svetovnega združenja ortodontov

Metoda Rejc Novak

**S**vetovno združenje ortodontov – World federation of Orthodontists vključuje 160 nacionalnih in regionalnih društev specialistov čeljustne in zobne ortopedije iz 78 držav vsega sveta in 6620 članov specialistov ortodontov.

Zelo veseli smo bili, da je Izvršilni odbor Svetovnega združenja ortodontov 17. 4. 2005 Slovensko ortodontsko društvo sprejel v to veliko družino ortodontske stroke. Izpolnjevali smo potrebne pogoje in sedaj smo njihov redni član.

69 nacionalnih društev je leta 1995 v San Franciscu v okviru 4. mednarodnega ortodontskega kongresa ustanovilo Svetovno združenje ortodontov.

Cilji Svetovnega združenja ortodontov – WFO so predvsem:

- spodbujati strokovni razvoj ortodontije,
- ortodontska zdravljenja naj bi izvajali specialisti čeljustne in zobne ortopedije,
- podpiranje razvoja nacionalnih združenj,
- spodbujati ustanavljanje regionalnih odborov z dodatnim ortodontskim izpitom, katerega vsebina naj bi bila določena na mednarodni ravni,
- podpiranje ortodontskih raziskav, predvsem sodelovanja med posameznimi društvi v več državah, jih predstavljati na strokovnih srečanjih, objavljati prispevke v reviji Svetovnega združenja ortodontov World Journal of Orthodontics,
- pripravljene so dodatne smernice za program specializacije iz čeljustne in zobne ortopedije, ki naj bi pripomogle k razvoju sedanjih vsebin,
- Svetovno združenje ortodontov organizira vsako peto leto mednarodni ortodontski kongres. Leta 1995 je bil kongres v San Franciscu, leta 2000 v Chicagu in leta 2005 v Parizu.

WFO za svoje člane dvakrat na leto izda strokovno-informativni časopis Gazette, ki je vključen v članarino, ponuja nižje kotizacije pri večini kongresov in polovično naročnino za strokovno revijo World Journal of Orthodontics, ki izhaja štirikrat na leto in je uradno glasilo Svetovnega združenja ortodontov. Revija je

izjemno kakovostna in je namenjena predvsem kliničnim raziskavam in klinični praksi.

WFO ima svoj statut, ki se vsakih pet let dopolnjuje na skupščinah, organiziranih v času mednarodnega kongresa. Na skupščino so vabljeni predsedniki nacionalnih in regionalnih društev.

Tako je bila 10. septembra 2005, dan pred začetkom kongresa, sklicana redna skupščina WFO; udeležili so se je predsedniki domala vseh vključenih društev. Poročili predsednika WFO Leeja W. Graeberja in generalnega sekretarja Williama H. DeKocka sta bili zelo vzpodbudni. V Svetovno združenje ortodontov se vključujejo vedno nova združenja in vedno novi člani.

Člani izvršilnega odbora WFO so v preteklih petih letih obiskali številna ortodontska društva v posameznih državah na njihovih strokovnih srečanjih.

Potrjen je bil predlog, da bo naslednji mednarodni ortodontski kongres leta 2010 v avstralskem mestu Sidney.

Izvoljen je bil enajstčlanski izvršilni odbor. Njegovi člani so zadolženi za posamezne dele sveta: Afriko in Srednji vzhod en član, za Avstralijo, Indonezijo, Malezijo, Novo Zelandijo in Filippine tudi eden, za Srednjo in Vzhodno Azijo dva, za Srednjo in Južno Ameriko eden, za Evropo dva člana in za Severno Ameriko trije člani.

Za področje Evrope sta bila izvoljena nam dobro znana prof. dr. Francesca Miotti iz Italije in prof. dr. Alan R. Thom iz Anglije.

Predsednik WFO bo od leta 2005 do 2010 dosedanji podpredsednik prof. dr. Athanasios Athanasiou iz Grčije.

Šesti mednarodni kongres je bil izjemno kakovosten. Udeležilo se ga je več kakor 7000 poslušalcev. Po čudovitem slavnostnem odprtju so bila predstavljena vsa nacionalna društva s svojimi delegati in predsedniki. Tako je za nekaj sekund na velikem platnu v slavnostni dvorani zablestela tudi slovenska zastava – Slovensko ortodontsko društvo.

Prvi dan kongresa so bila predavanja v

veliki predavalnici Palais des Congrès. Častni predavatelj, ki je imel uvodno predavanje, je bil prof. dr. Björn U. Zachrisson, svetovno priznani strokovnjak, ki je že dvakrat vodil dvodnevni seminar Slovenskega ortodontskega društva v Ljubljani. Nato so se vrstila predavanja šestih vrhunskih strokovnjakov.

Naslednja dva dneva so predavanja potekala hkrati v štirih dvoranah, dopoldne in popoldne. Vse dvorane so bile nabito polne.

Glavne teme kongresa so bile diagnostične metode, klinične raziskave, ortodontija – multidisciplinarna obravnava, estetika v ortodontiji, ortodontski premiki zob in ocenjevanje učinkovitosti ortodontskega zdravljenja.

Uspešno predavanje je imela asist. dr. Maja Ovsenik s Centra za čeljustno in zobno ortopedijo Stomatološke klinike v Ljubljani.

Tretji dan je bil namenjen evropskim predavateljem. Osem evropskih držav – Anglija, Belgija, Francija, Grčija, Italija, Nemčija, Portugalska in Španija so vsaka v svoji dvorani predstavile lastne dosežke s celodnevnimi predavanji.

Organiziran je bil tudi predkongresni tečaj, ki sta ga vodila B. U. Zachrisson in W. G. Kokich. Za specializante sta tečaj vodila A. Stewart in R. Edler.

Predstavili so tudi zelo veliko plakatov, namreč kar 627. Plakat številka 12 je vsebinsko pripravila A. Fekonja, specialistka čeljustne in zobne ortopedije iz ZD Maribor z izjemno zanimivo in koristno vsebino.

Organizirana je bila tudi velika razstava zobozdravstvene opreme, rentgenskih aparatov, materialov in pripomočkov za ortodontska zdravljenja.

Povzetke predavanj in plakatov sta urednika Olivier P. Mauchamp in Francesca A. Miotti, vzorno pripravila v publikaciji s 365 stranmi.

Šestega mednarodnega kongresa WFO v Parizu se je udeležilo 21 specialistov in specializantov iz Slovenije.

Obogatili smo svoje znanje z najnovejšimi dosežki v svetu in občudovali tudi večne lepote Pariza. ■



# Nesnemni ortodontski aparati

Katja Arko Kampuš

24. in 25. novembra je v naši neposredni bližini v Gradcu v Avstriji gostoval dr. Dwight Damon, idejni oče sistema nesnemnih ortodontskih aparatov Damon.

**P**oslušati trenutno eno vodilnih imen tehnike *self-ligation*, je bil pravi užitek. Predavatelj je ne samo izjemen strokovnjak in retorik, ampak je seminar obogatil tudi s toplino in domačnostjo, ki jo znajo ustvariti le ameriški predavatelji.

Za uvod je povzel nekaj osnovnih načel svojega nesnemnega aparata, ki smo jih spoznali že prej. Približno 15 let je minilo od nastanka in po avtorjevih besedah se sistem izpopolnjuje ves ta čas. Sam priznava, da se je največ naučil z opazovanjem in fotografiranjem (okoli 450.000 posnetkov v štiridesetletni praksi) sprememb pri svojih pacientih, ki jih je spremljal skozi leta. Napake, ki jih je delal, je odpravljal in popravljaj sproti in tako svojo tehniko razvijal od začetnega Damon XM, nadaljnega Damon 2 do sedanjega sistema Damon 3.

Dandanes ravni zobje niso več edini cilj ortodontskega zdravljenja. Ljudje želijo imeti predvsem skladen obraz, lep nasmeh, krajši čas zdravljenja, manj ekstrakcij, manj ortognate kirurgije in manj obiskov pri ortodontu. Damonov sistem teži k tem ciljem, zato ne gre le za nov nosilec, temveč nov način razmišljanja, kako maksimalno izkoristiti *low force* potencial.

V njegovi tehniki je najpomembnejša uporaba blagih, biološko kompatibilnih sil, ki s svojim delovanjem pomagajo pri izgradnji nove alveolarne kosti okoli premikajočih se zob. Tanke kostne lamene na bukalnih in labialnih površinah korenin ne dopuščajo prevelikih pritiskov, ki povzročajo nekrotične lezije v parodonticiji. Večkrat poudarjena trditev W. Proffita "**Toliko sile, da se vzpodbudi celična dejavnost kostnine in parodonticija, je ravno dovolj, da ortodontsko premikamo zobe,**" je osnovno vodilo sistema. Take sile omogočajo posebni materiali lokov, ki jih uporabljajo, ter tudi prosto drsenje loka v nosilcih – gre za dinamični, pasivni samoligirajoči se sistem v vseh fazah zdravljenja. Zato absolutno nasprotuje elastičnim in tudi kovinskim ligaturam, ki vpenjajo lok v nosilce kakor druge tehnike, saj povzročajo preveliko trenje in s tem izgubo nadzora nad zobom.

Spremembe na alveolarni kosti spremlja dr.

Damon ves čas zdravljenja od samega začetka tako, da snema dentalne RT. Prav tako je stalen del njegove diagnostike rentgensko slikanje temporomandibularnega sklepa in opazovanje položaja kondila v fossi articularis. Na podlagi tako zbranih podatkov in hkratnem merjenju začetnih in končnih modelov svojih pacientov, je predavatelj dokazal, da namestitev aparata pri pacientih z ozko zgornjo čeljustnico, oz. deficitno srednjo obrazno tretjino bistveno vpliva na:

- dihalne poti
- govor
- podobo obraza
- mišičje in
- kost

Zadnjih nekaj let se dr. Damon skupaj s kolegi univerze Stanford intenzivno ukvarja z dokazovanjem povezave med povečanjem srednje obrazne tretjine in odpravljanjem *apneje v spanju*. Ugotavljajo, da fiziološki položaj zob v zobnem loku, ki ga poleg aparata določajo še mišičje ust, lic in jezika, ter popravljen nepravilno mišično delovanje, pomembno pripomorejo k odpravljanju težav med spanjem.

Predavanje je bilo oblikovano na podlagi prikazanih primerov, ki smo jih v glavnem videli prvič, ter sprotne razlage nekaterih posebnosti zaradi izbire lokov, namestitev stopov in uporabe elastik.

Predstavljeni pacienti so imeli v glavnem nepravilnosti na sagitalni ravnini, pa tudi kombinacije sagitalnih, vertikalnih in tranzverzalnih malokluzij. V začetku smo si ogledali nekaj primerov zdravljenj s tehniko Damon 2, ki jo v glavnem uporabljamo pri nas, pozneje nam je predstavil še dokaj nov sistem Damon 3.

## Nosilci

Osnovna značilnost nosilcev je zaklepni mehanizem. V novejši različici Damon 3 so zaklep znatno poenostavili, vsaj pri odpiranju in zapiranju. Uporabi se lahko običajna konica sonde ali posebej za to narejeni instrument. Časovno je to ugodnejše kakor prej, ko je zobozdravnik potreboval posebne kleščice. Sam nosilec je kombinacija kompozitnega in kovinskega dela in želi ugoditi estetskim za-

htevam pacientov. Poleg horizontalnega utora, v katerega se namešča lok, je nosilcu dodan še vertikalni utor, ki omogoča spreminjanje torke nosilca in vstavljanje ročic ob uporabi elastik. Nosilec ima gladko in zaobljeno obliko, je nekoliko robusten, vendar namenoma. Pritisk ustnic nanj namreč deluje z učinkom ustnične-ga odbijača v spodnji in pokrivala (*headgear*) v zgornji ustnici. Izredno pomembna je uporaba nizko viskoznega lepila za pritrjevanje na zobe, ki mora biti naneseno pod kotom 90°.

Obvezno se priporoča uporabo nosilcev s primernim zapisom torke (v treh različicah), za vsakega pacienta posebej.

## Loki

Poleg lokov, ki jih poznamo že od prej, je predavatelj priporočil uporabo .013 CuNiTi-loka pri izrazito tesnih stanjih, predvsem v spodnji zobni vrsti, kjer je kratka razdalja med nosilci. V glavnem uporablja tri vrste lokov glede na material:

- CuNiTi
- nerjavno jeklo
- TMA

Samo zdravljenje poteka po sekvenci štirih lokov:

- 1. faza: .014 CuNiTi (.012 in .013 v primeru obsežnega tesnega stanja in pri parodontalno kompromitiranih zobeh)
- 2. faza: .014×.025 CuNiTi, delovni lok, .018×.025 zaključni delovni fazo za vnos jeklenega loka
- 3. faza: uvedba .019×.025 jeklenih lokov, kontrola vertikale, transverzale in sagitale. Uvedba elastik.
- 4. faza: zaključek z jeklenimi ali loki TMA.

## Elastike

Večino sagitalnih, vertikalnih in tranzverzalnih težave predavatelj rešuje z uporabo elastik. Priporoča velikost 5/16" 6, z izjemo Herbstovega šarnirja in obrazne maske po Delairu, sicer ne uporablja drugih ortodontskih pomožnih aparatov.

## Zapiranje vrzeli

Prof. Damon uporablja *medium NiTi coil*

springs-vzmeti, da sile niso preinvazivne. Odvisno od sidrenja, ki ga potrebujemo, se vključujejo drugi kočniki.

#### Uporaba elastik

Vedno je treba preveriti, če je kje kak nezrel stik in ga je treba prej odnesti, da pozneje ne moti zapiranja z elastikami.

#### Uporaba pozicionerja Damon

RII retencija, posteriorni križni griz, lateralno in anteriorno odprti griz, nepravilnosti TMS, težave s spanjem.

#### Uporaba Herbstovega šarnirja

Predavatelj ga vedno uporabi, če gre za deficitno mandibulo.

Odločitev, da se sname šarnir, se sprejme šele na podlagi tomograma, ko se ugotovi, da je kondil v fosi.

#### Ekstrakcije

Značilno za zdravljenje z Damonovim

sistemom je, da se pri obsežnih tesnih stanjih, zaradi specifičnosti sistema in širjenja zobnega loka v transverzali lahko izognemo ekstrakcijam. Vendar nas je opozoril, da v določenih primerih brez njih ne gre.

- Bimaksilarna protruzija,
- veliki nasolabialni kot,
- potek linije nasmeha,
- položaj spodnje ustnice,
- napetost orisa *orbicularis*.

so tisti dejavniki, ki pomembno vplivajo na odločitev zanje. Zavedati se moramo, da sama ekstrakcija avtomatsko ne pomeni tudi večje stabilnosti doseženega položaja. Položaj od enega do drugega spodnjega podočnika vedno še nekoliko zreducira, vzrok je v *musculus mentalis*, mandibularno tesno stanje pa se dokazano povečuje tja do 40. leta. V 70 odstotkih stabilnosti položaja zob v spodnji čeljustnici ne moremo predvidevati.

#### Retencija

Po zaključenem ortodontskem zdravljenju

je treba zagotoviti retencijo. V sistemu Damon je to običajno pozicioner, laboratorijsko izdelan aparat, ki ga pacient nosi med spanjem. Vendar pa je predavatelj ugotovil, da njegovi pacienti zaradi izredne stabilnosti zobnih lokov po zdravljenju kmalu ne potrebujejo več posteriorne retencije. Pacientom namreč v glavnem širi zobne loke v transverzalni smeri in ne toliko v sagitalni, kakor je to običajno pri drugih sistemih.

Zdravljenje z nesnemnimi aparati po sistemu Damon 2 že dobro leto poteka tudi v Sloveniji. Mehанизem delovanja je popolnoma drugačen, kakor smo ga bili vajeni pri tehniki ravnega loka (SWA), ki je pri nas najpogosteje uporabljana. Čeprav je vsak začetek težak, lahko ocenimo, da so rezultati do sedaj dobri. Seminar, kakršen je bil v Gradcu, kjer smo iz "prve roke" izvedeli veliko koristnih informacij in odgovorov na vprašanja, ki so se nam porajala pri delu s pacienti, je bil kratek, a zelo poučen in le želimo si lahko, da bi dr. Damona privabili tudi na "sončno stran Alp". ■

## Zdravljenje nepravilnosti razreda II

### Katja Arko Kampuš

V sakoletno prednovoletno srečanje ortodontov, ki ga organizira Slovensko ortodontsko društvo, je letos potekalo nekoliko prej kakor običajno, že 2. decembra v predavalnici št. 3 Kliničnega centra v Ljubljani. Tako kot vselej je tudi tokrat predsedstvo organiziralo strokovni del s predavanji vabljenih in domačih predavateljev, ki smo ga zaključili s poznim kosilom in druženjem v hotelu Union.

Srečanje je začel dr. Vittorio Cacciafesta iz Pavie v Italiji, s predavanjem – Zdravljenje nepravilnosti razreda II od obdobja menjalnega zobovja do pozne adolescence – indikacije za uporabo vratnega elastičnega tega, funkcionalnih snemnih in ortopedskih nesnemnih aparatov.

Dr. Cacciafesta je uvodoma povzel nekaj diagnostičnih osnov, ki so postavila temelje nadaljnega predavanja.

Približno ena tretjina prebivalstva ima neko obliko malokluzije v sagitali. Poudaril je, da je nepravilen položaj čeljustnic v sagitali lahko posledica skeletne ali dentalne nepravilnosti, ali kombinacija obojega.

O distalni okluziji (RII) govorimo tedaj, ko je zgornja čeljustnica bolj razvita, kakor je pravilno, ali ko je spodnja čeljustnica premalo razvita, kar je tudi najpogostejša oblika sagitalne nepravilnosti.

Zelo pogosto je RII pridružena nepravilnost tudi v vertikalni, takrat govorimo o odprtem ali

globokem grizu, ali v transverzali – govorimo o križnem ali škarjastem ugrizu.

Maksimalni strukturni primanjkljaj je običajno obojestranski, medtem ko mandibularni primanjkljaj lahko najdemo unilateralno. Prav tako je lahko nepravilnost v transverzali posledica mandibularnega zdrsa pri normalno





razviti spodnji čeljustnici. Zdrs v eno ali drugo stran sledi vedno tudi nepravilen položaj kondila v *fossi articularis*, kar je še posebej pomembno, saj so posledice lahko trajne. Takrat je treba preveriti stanje središčnic pri odprtih ustih v centralni relaciji in odstraniti nezrele stike.

Izbira zdravljenja je odvisna od teže nepravilnosti. Sagitalna in transversalna nepravilnost se z rastjo spontano ne izboljšata ali popravita znatno, zato je potrebno zdravljenje. Vedno najprej rešujemo transversalna odstopanja, šele nato sagitalna. Take paciente je treba začeti zdraviti zgodaj, torej takrat, ko je otrok sposoben sodelovati (4 leta). Tako se prej doseže posteriorni *equilibrium* in ortopedski učinek.

Aparati, ki jih uporabljamo, so običajno snemne plošče z vijakom, *quad helix*, RME, NiTi-ekspanderji.

RME uporabljamo pri skeletnih in dentoalveolarnih nepravilnostih. Z njimi moramo ravnati previdno, saj deluje na *suturo maksilaris* v horizontalni ravnini, pa tudi v frontalni in sagitalni ravnini – pomik maksile naprej. V ustih RME pustimo vsaj šest mesecev, še za retencijo. Kadar so pacienti odrasli, jim moramo pomagati še z osteotomijo maksile. Razširitev spodnje čeljustnice je zaradi zgradbe in kompaktnosti težje. Predavatelj je opisal primer distrakcijske osteogeneze v mandibularni simfizi.

Kadar imamo opravka s sagitalnimi in vertikalnimi nepravilnostmi, za zdravljenje uporabljamo elastični vratni teg ali funkcionalni aparat v mešani denticiji, pozneje Herbstov šarnir.

Medtem ko s *headgearom* zaviramo pretirano rast maksile, s funkcionalnimi aparati

premikamo spodnjo čeljustnico anteriorno – regulator funkcije po Fräncklu, aparat po Bassu, Sanderjev aparat, aktivator, bionator, Twin Block, so le nekateri, ki jih je na kratko opisal predavatelj.

Z zdravljenjem sagitalnih nepravilnosti začnemo v pozni mešani denticiji, pred pubertetnim vrhom. Prej začnemo zdraviti tedaj, ko gre za obsežne živčno-mišične ali skeletne nepravilnosti. V vertikalni začnemo zdraviti istočasno s sagitalnimi nepravilnostmi, avtor pa je kot primerne aparate za uporabo omenjal – aktivator, *high pull headgear*, *twin block* z vzmetmi, bionator, monoblok, Fräncklov in Sanderjev aparat.

Sagitalne nepravilnosti po zaključeni pubertetni rasti zdravimo s pomočjo Herbstovega šarnirja. Aparat je v ustih 24 ur na dan, od šest do osem mesecev, s svojim delovanjem vpliva na skeletne spremembe (vzpodbuja rast mandibule, inhibira maksilo, remodelira fosso), hkrati pa dentalno – povzroča protruzijo spodnjih sekalcev. V obsežnih sagitalnih nepravilnostih, pa lahko nenazadnje uporabimo še možnosti ortognate kirurgije.

Po zaključku predavanja gostujočega predavatelja, so potekale predstavitve pacientov in potek njihovega zdravljenja, ki so jih pripravile štiri kolegice.

Barbara Hrovatin, spec. ortodontije, je predstavila zdravljenje pacientke v mlečni denticiji z diagnozo skeletni RIII, skeletni odprti griz in enostranski funkcionalni križni griz, Klavdija Kobal, spec. ortodontije, je predstavila ortodontsko predpripravo pacientke, pri kateri je bila prvič na kliniki za maksilofacialno in oralno kirurgijo v Ljubljani pod vodstvom dr. Nataše Ihan Hren narejena distrakcijska enovektorska osteogeneza mandibule. Elizabeta Zaletel, spec. ortodontije, je opisala zdravljenje pacientke z odnosom RII in tesnim stanjem s

tehniko Damon, Katja Arko Kampuš, dr. dent. med, zdravljenje odnosa RII, križnega griza in tesnega stanja s tehniko Damon. V zavodu Orthos uporabljamo nesnemne aparate Damon dobro leto in pacientki sta bili predstavljeni prvič v Sloveniji.

Za zaključek seminarja je predsednica Slovenskega ortodontskega društva, prim. dr. Metoda Rejc Novak obravnavala Prednosti za ortodontsko zdravljenje glede na razvojna obdobja.

V mlečnem zobovju so indikacije za takojšnji pričetek zdravljenja:

- kraniofacialne anomalije
- razcepi
- enostranski funkcionalni križni griz
- prognatija spodnje čeljustnice
- povečana sagitalna stopnica (vsaj 8 mm)
- odprti griz v anteriornem delu
- poškodbe

Zgodnje menjalno zobovje:

- razvojne nepravilnosti (od prej)
- nadštevilčni zobje
- izrazito tesno stanje
- globoki griz s poškodbo palatinalne dlesne

Pozno menjalno in stalno zobovje:

- vse prej naštete nepravilnosti
- aplazija enega ali več zob
- nadštevilčni zobje
- neizrastli zobje
- izrazito tesno stanje v spodnjem in stranskem delu.

Prav tako so indikacija za takojšen začetek zdravljenja motene funkcije orofacialnega področja: sesalne razvade, drža odprtih ust, nepravilen govor, nepravilno požiranje, težave TMS.

Seminar smo zaključili pozno popoldne s svečanim kosilom in pogovorom o zanimivih temah v hotelu Union. ■



# Interdisciplinarno o zoonozah

Mirjana Stantič Pavlinič

2. slovensko-hrvaški kongres o ljubiteljskih, eksotičnih in prostoživečih živalskih vrstah, ki je obogatil interdisciplinarno izmenjavo izkušenj in znanj o zoonozah ter zaščiti eksotičnih in prostoživečih živalskih vrst, je tokrat potekal v Ljubljani od 26. do 29. septembra 2005.

Svoje znanje in izkušnje so združili veterinarji in predstavniki drugih poklicev. Kongres sta organizirala Slovenska veterinarska zveza in Hrvaško veterinarsko društvo, udeležili so se ga tudi mednarodno priznani strokovnjaki iz ZDA, Velike Britanije, Bosne in Hercegovine ter Češke. Poleg veterinarjev, biologov, zdravstvenih delavcev, ornitologov, predstavnikov ministrstva za okolje in prostor, so na srečanju sodelovali tudi številni študenti ljubljanske in zagrebške univerze, ki so skupaj z mentorji predstavili strokovno visoko kakovostne prispevke ali raziskave.

Predavatelji so predstavili predvsem številne zoonoze, ki se prenašajo z živali na človeka in so razširjene po svetu. Nismo se mogli izogniti nenehnim primerjavam med človeško in veterinarsko medicino na področju diagnostičnih in terapevtskih postopkov, mikrobiološke diagnostike, etičnega pristopa do bolne živali in tudi do človeka. Uporaba sodobne tehnologije, vključno z računalniško tomografijo, ali stomatološki posegi v ustni votlini živali, ki jih spremlja in nadzoruje mikrokamera, povezana s TV-zaslonom, so na vse naredili velik vtis. Povsod je bilo čutiti veliko ljubezen in spoštovanje do živali ter sočustvovanje z njihovimi boleznimi in trpljenjem, ki spremlja zahtevnejše kirurške posege. Živali zdravijo zaradi podobnih težav, kakor jih srečujemo v človeški medicini: vnetij v ustni votlini, rakavih bolezni, aspergiloz, diabetes mellitus, avaskularnih nekroz, kožnih poškodb ali razjed na roženici, pljučnic, prekomerne telesne mase, izvajajo osteosinteze pri zlomih, kirurške posege pri črevesnih invaginacijah ali mastektomije pri tumorjih. V veterinarski medicini poleg antibiotikov, ki jih jemljejo tudi ljudje, velikokrat pri zdravljenju uporabljajo tudi vitamin C.

Predstavljeni so bili prvi rezultati serološkega testiranja na virus zahodnega Nila v Sloveniji. Ena od ptic selivk, vrste vrtna penica,

je bila pozitivna. Začele so se tudi raziskave, ki naj bi govorile v prid prekuženosti prebivalstva z istim virusom. Bolezen je pred nekaj leti sprožila velik preplah in precejšnjo umrljivost med ljudmi in ptiči v ZDA in Kanadi.

Letalski promet pospešuje hitro širjenje nalezljivih bolezni po vsem svetu, kar so potrdili primeri sarsa, ki so se leta 2003 v štirih mesecih razširili po vsem svetu. Ljudje so se verjetno okužili kontaktno – kapljično – v stiku z bolnikom. Poudarjena je tudi verjetnost oralnega prenosa z okuženo surovo hrano in s kontaminiranimi rokami. Mačke – cimetočke, ki veljajo v Aziji za posebno kulinarčno dobroto, so po dosedanjih dognanjih verjeten vir okužbe za koronavirus, ki je povzročil bolezen. Sedaj poteka nadzorovanje morebitnega vnovičnega izbruha bolezni.

Alenka Dovč je predstavila izbruh klamidioze v večji jati skobčevk. V istem času sta z atipično pljučnico zbolela oskrbnik jate in njegova žena. Celotna jata je obsegala preko 100 ptic, poginilo pa je okoli 50 odstotkov ptic.

Raziskave, opravljene na golobih v Sarajevu, so pokazale navzočnost različnih ektoparazitov, salmonel (več kakor šest odstotkov brisov kloake), seropozitivnost na bakterijo *Chlamydomydia psittaci* (okoli 30 odstotkov). Navzočnost protiteles za ptičjo gripo ni bila potrjena. Pri golobu v Ljubljani je bila potrjena *Listeria monocytogenes* (J. Mičunovič), glive iz rodu *Microsporium* pa pri glodalcih.

*Ophionyssus natricis*, pršica kač lahko pride tudi na kuščarja ali človeka. Okužba pri človeku povzroča težek srbeči dermatitis.

O morebitni pandemiji ptičje gripe je govorila Olga Zorman Rojs z Inštituta za zdravstveno varstvo perutnine Veterinarske fakultete v Ljubljani. Gre za bolezen, ki se je že pojavljala pred nekaj leti tudi v Evropi, predvsem na Nizozemskem. Domnevajo, da so ptiči vir okužbe za številne vrste, denimo človeka, konja, prašiča, morske sesalce. Močno združevanje javnega zdravja s področja veterinarske

in človeške medicine bo prispevalo k reševanju skupnih težav na tem področju.

Predstavili smo naše izkušnje (M. Stantič Pavlinič in I. Jenko) s cepljenjem proti steklini, s posebnim poudarkom na ugrizih, ki jih povzročajo eksotične živali: opica, netopir, rakun in druge. Zaradi mednarodnega prometa potnikov, ki potujejo skupaj s svojimi eksotičnimi hišnimi ljubljenci, so lahko potniki z nekoliko nenavadnimi živalmi ogroženi kjerkoli po svetu oziroma tudi v krajih, v katerih določene živalske vrste niso udomačene. K temu prispevajo tudi naključni ugrizi po živalskih vrtovih doma in po svetu. Potniki so zaradi stekline po ugrizih v tujini v zadnjih letih umrli že v številnih evropskih državah. Priporočili smo preventivno cepljenje proti steklini predvsem pred potovanjem v Indijo ali Nepal, kjer so po izkušnjah tveganja za okužbo z virusom stekline izrazito visoka.

Med priljubljene hišne ljubljence sodijo podgane, rakuni, kuncji, legvani, opice, želve in tudi številne druge živali, predvsem ptiči, ribe in plazilci.

O izvajanju nadzora nad prometom živali v Evropski uniji so spregovorili predstavniki ministrstva za okolje in prostor. EU je največji svetovni uvoznik živih papig (1,4 milijonov ali 87 odstotkov svetovne trgovine v zadnjih nekaj letih), kož plazilcev (preko 8,2 milijona kož ali 36 odstotkov svetovne trgovine) ter živih plazilcev (1,2 milijona). Pozornost do tihotapljenja ogroženih živalskih vrst se je v Sloveniji povečala v zadnjih letih po uveljavitvi sporazuma CITES. Zdravstveni nadzor uvoženih živali, še posebej pretihotapljenih, je nujen. Poročali so o primerih živali, ki so okužene z mikroorganizmi, patogenimi tudi za človeka (npr. salmonelle) ter preventivo pred širjenjem bolezni.

O poreklu kače, ovite okrog palice, simbolu sodobne veterinarske in človeške medicine po vsem svetu, sta spregovorili V. Vučevac Bajt in K. Vlahovič z veterinarske fakultete v Zagrebu.



Danes vemo, da je grški bog medicine Eskulap prevzel ta simbol pravzaprav iz babilonske kulture. Babilonski zaščitnik medicine je bil bog Ninavu in že njegov simbol je bil palica z ovito kačo. Vse kaže, da sta se človeška in veterinarska medicina združevali tudi s tem simbolom skozi številna tisočletja in da je treba izročilo ohranjati tako na strokovnih srečanjih kakor pri praktičnem delu.

In na kaj bi morali biti pozorni zdravniki pri okužbah, ki jih prenašajo ptice?

Različni mikroorganizmi, ki se prenašajo s ptičev na človeka, se širijo po različnih poteh prenosa; virus zahodnega Nila s pikom žuželke (rezervoar so ptiči, konji in nekatere druge živali), psitakoza kapljično ali če okuženi ptič kljune človeka, salmonela in nekateri drugi črevesni mikroorganizmi s stikom ali z onesnaževanjem okolja, alergični dermatitis s stikom. Nekatere bolezni se prenašajo posredno, na primer klopni meningoencefalitis, ki se širi tudi na velike razdalje s klôpi, prisesanimi na ptice selivke. Različno se okužijo

ptiči med seboj ali tudi ptič človeka. Bolezenska slika pri človeku in tudi pri ptičih se giblje od nezaznavne do težke oziroma smrtne oblike bolezni. Okuženi ptiči torej ne kažejo vedno bolezenskih znakov. Pri nekaterih boleznih lahko prihaja sočasno do velike umrljivosti med ptiči in ljudmi. Zdravljenje posameznih bolezni je različno in temelji na kombiniranih ukrepih veterinarske in človeške medicine; zdravljenju z antibiotiki, dezinfekciji, pomoru okuženih ptic, uporabi repelentov.

V Sloveniji izvajamo program nadzora nad ptičjo gripo pri domači perutnini in prosto živečih pticah. Do sedaj so bili vsi rezultati negativni. Nadzor omogoča odkritje prisotnosti virusa ptičje gripe v populaciji prosto živečih ptic in domači perutnini. V sodelovanju z ornitologiji spremljamo prelete ptic selivk preko ozemlja Republike Slovenije. Na prostorih Evropske unije izvajamo tudi poostren nadzor pošiljk in osebne prtljage ter potnikov iz jugovzhodne Azije ter Rusije, kjer trenutno razsaja bolezen. Ustavljen je tudi

uvoz neobdelanega perja iz teh krajev. Bolezen je v dosedanjih oblikah slabo prenosljiva na človeka, čeprav je lahko tudi smrtna.

Obveščanje javnosti o nepotrebnosti in škodljivosti ljubiteljskega krmljenja mestnih golobov poteka povsod. Ljudje pogosto odvažajo iz narave mlade, bolne ali poškodovane ptice. S takšnim ravnanjem želijo predvsem nuditi pomoč živalim pri čimprejšnji vrnitvi v naravo. Pa vendar ne ugotavljamo velike zboleznosti pri tovrstnih "sokolskih" dejavnostih. Ljubezen človeka do narave in ptičev bo verjetno prispevala k nadaljevanju tega, skozi stoletja ukoreninjenega gibanja. Tudi ptiči, hišni ljubljenci, popestrijo življenje lastnikom živali in prispevajo k bolj prijetnemu domačemu vzdušju. Otrokom, osebam z nezadostnim imunskim odzivom ali bolnikom z aidsom vsekakor odsvetujemo božanje piščancev in drugih ptičev zaradi nevarnosti prenosa salmonel ter drugih mikrobov. ■

# Proslava ob petnajstletnici Deklaracije Innocenti o zaščiti, spodbujanju in podpori dojenju (1990-2005)

Dosežki, izzivi in pot naprej k ustrezni prehrani dojenčkov in malih otrok

Borut Bratanič

**O**b proslavljanju petnajste obletnice sprejema »Deklaracije Innocenti o zaščiti, spodbujanju in podpori dojenju« (priloga 1) so predstavniki italijanske regije Toskana, s sodelovanjem Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), UNICEF-a, Agencije Združenih držav za mednarodni razvoj (USAID), Svetovne zveze za dojenje (WABA), Mednarodne mreže za prehrano dojenčkov (IBFAN), La Leche lige (LLLI) in Zveze mednarodnih svetovalk in svetovalcev za dojenje (ILCA) ter ob podpori bolnišnice Meyer, v Firencah od 21. do 22. novembra 2005 organizirali mednarodno konferenco.

Dvodnevna konferenca je prvi dan potekala na ravni nacionalnega srečanja o pobudi za »Novorojenčkom prijazne porodnišnice« (NPP) v Italiji, kot pregled in predstavitev dosedanjega uresničevanja Deklaracije Innocenti v državi, kjer je bila omenjena deklaracija tudi mednarodno sprejeta. Drugi dan je bil namenjen mednarodnim perspektivam, praznovanju obletnice sprejema Deklaracije Innocenti in razpravi o nadgradnji Deklaracije. V kolikšni meri nam je v Sloveniji uspelo izpolniti operativne cilje Deklaracije Innocenti, je bilo v tej reviji že objavljeno (1).

V Italiji potekajo priprave za uvajanje pobude NPP v več regijah, kjer lokalne oblasti podpirajo napore zdravstvenega osebja in nevladnih organizacij na področju spodbujanja dojenja. Prvi dan smo poslušali poročila o udejanjanju Deklaracije Innocenti v Benečiji, Toskani, Abruzih, v dolini Aoste in v Milanu. V vsej Italiji so doslej proglasili 9 porodnišnic za NPP, prva v državi je bila ocenjena in proglašena kot NPP porodnišnica v Bassano del Grappa v Benečiji.

Kot gostja je prvi dan predavala dr. Felicity Savage King iz londonskega Inštituta za otroško zdravje, ki je hkrati tudi članica upravnega odbora WABA in ena voditeljic zelo kakovostnega mednarodnega podiplomskega izobraževanja

o dojenju. V uvodu je strnila zgodovinske podatke o dogajanju na področju dojenja. Glavna znanstvena dognanja o prednostih dojenja so znana iz sedemdesetih let prejšnjega stoletja. Ta dejstva in upadanje pogostnosti dojenja zaradi vse večje uporabe kemično adaptiranega kravjega mleka so pogojevali ukrepe SZO in UNICEF-a o trženju nadomestkov za materino mleko (Mednarodni kodeks o trženju nadomestkov materinega mleka), ki so jih objavili že leta 1981. Devet let kasneje je sledil sestanek vodilnih predstavnikov zdravstvenih in nezdravstvenih organizacij v Firencah. Ob zaključku tega sestanka so predstavili Deklaracijo Innocenti. Sledilo je obdobje 15 let, ko so ukrepi za zaščito, spodbujanje in podporo dojenju s strani zdravstvenih in nezdravstvenih organizacij prinesli objektivno merljive rezultate o izboljšanju stanja. V letu 1990 je bilo na vsem svetu 796, letos pa je že več kot 19.500 NPP v 140 državah sveta. Tako se je tudi globalno povečala pogostnost izključnega dojenja za 8 (s 34 na 42) odstotkov. Manj napredka je bilo pri ostalih treh operativnih ciljih Deklaracije Innocenti. Vse hujši je tudi problem okužb z virusom HIV v Afriki, kar vnaša določene dvome na področje spodbujanja dojenja. Kakor pred 15 leti, je tudi sedaj ključnega pomena izobraževanje, tako zdravstvenega osebja kakor tudi bodočih in že doječih mater ter njihovih partnerjev, ostalih članov ožje družine (stare matere) in družbe v celoti. Na globalnem področju bi lahko izključno dojenje in ustrezna dopolnilna prehrana izboljšala zdravje in preživetje dojenčkov in malih otrok do 5. leta starosti za 19 odstotkov. Torej dve metodi, ki sta relativno poceni, vendar ob pravilni uporabi zelo učinkoviti za izboljšanje preživetja otrok. V zaključku je bilo poudarjeno, da je bilo v 15 letih na področju zaščite, spodbujanja in podpore dojenju storjeno veliko, ostaja pa še kar veliko nedokončanih nalog.

Dr. Adriano Cattaneo je epidemiolog iz Trsta, ki je vodil mednarodno skupino za

izdelavo evropskega načrta za akcijo v prid dojenja. Prikazal je podatke o pogostnosti dojenja v Italiji, kjer se je v letih od 1995 do 1999 povečal odstotek mater, ki po porodu dojijo, od 80 na 90. Tudi odstotek dojenih otrok pri šestih mesecih starosti se je v omenjenih letih povečal z 20 na 50 odstotkov. Izključno dojenje je v obeh letih enako – s 40 odstotkov ob rojstvu upade na nekaj odstotkov pri 6. mesecu starosti otrok. V italijanskih porodnišnicah še vedno preveč pogosto uporabljajo glukozne napitke in adaptirano mleko. Zato je na mestu napor za izdelavo državne doktrine za zaščito, spodbujanje in podporo dojenju. Osnova doktrini bi lahko bil prav leta 2004 izdelan in objavljen evropski načrt za dojenje. Sicer je na področju zaščite dojenja v državi še veliko problemov pri upoštevanju določil Mednarodnega kodeksa o trženju nadomestkov materinega mleka, ko se v javnih glasilih pogosto pojavljajo reklame za adaptirano mleko za otroke. Veliko pozornosti bodo namenili izobraževanju zdravstvenega osebja in svetovalcev za dojenje, kjer ob sodelovanju s strokovnjaki s Karolinške univerze na Švedskem vodijo pilotno študijo izdelave priporočil za izobraževanje svetovalk za dojenje. Vsako leto v prvem tednu oktobra priredijo (podobno kot v Sloveniji) v javnosti odmeven teden dojenja. Pred poročanjem ostalih italijanskih regij o udejanjanju NPP je Elise Chapin predstavila delovanje nevladnih organizacij pri spodbujanju dojenja v Italiji. Te organizacije združujejo ljudi, ki večinoma prostovoljno delujejo na področju zaščite in spodbujanja dojenja. Predstavljeno je bilo delo WABA (italijanske podružnice z imenom MAMI), LLLI, IBCLC in IBFAN Italija.

Naslednji dan mednarodne proslave 15. obletnice Deklaracije Innocenti (22. 11. 2005) so s predavanji na temo zgodovine, sedanjega stanja in prihodnosti spodbujanja in podpore dojenju v svetu počastili predstavnik toskanskih regionalnih oblasti Claudio Martini, predstojnica Inštituta Innocenti v Firencah prof.

dr. Marta Santos Pais, pomočnica generalnega direktorja SZO Catherina Le Gales-Camus in Alan Court, direktor programa delitev pri UNICEF-u, ki je v svoje izvajanje vključil tudi video sporočilo in čestitko izvršne direktorice UNICEF-a, Ann Veneman. Svečano dopoldne je zaključila predsednica Mednarodne pediatrične zveze (IPA) Adenike Grange, ki je bila pred 15 leti tudi med udeleženci in podpisniki Deklaracije Innocenti.

Sledila je predstavitev dosežkov preteklih let in dela pri pripravi nove Deklaracije Innocenti, kot nadaljevanje zaščite, spodbujanja in podpore dojenju v naslednjih letih. Kot uradni predstavnik UNICEF-a je bil moderator teme David Clark. Predstavil je vpliv dokumenta iz leta 1990 na doktrine in prakso hranjenja novorojenčkov, dojenčkov ter malih otrok. Pri kazal je, česa smo se naučili in kaj od novosti je bilo vključeno v dokument SZO in UNICEF-a »Splošna strategija hranjenja dojenčkov in malih otrok« (3). Sarah Amin, ki je ena od direktoric WABA, je opisala delo nevladnih organizacij pri zaščiti in spodbujanju dojenja. Doslej ima 34 držav na svetu nacionalne koordinatorje za dojenje, več kot 50 jih ima neko obliko nacionalnega komiteja za spodbujanje dojenja, blizu 20.000 je porodnišnic, ki so proglašene za NPP. Določila Mednarodnega kodeksa o trženju nadomestkov materinega mleka ima 64 držav. Malo jih ima uzakonjeno zaščito doječih mater na delovnem mestu, čeprav je vse več materam prijaznih delovnih mest. Tudi za nevladne organizacije so nastopili novi izzivi, kot so okužbe s HIV, onesnaženost okolja in dojenje, ekonomska globalizacija in trženja nadomestkov materinega mleka, izobraženost deklic v tretjem svetu, medikalizacija porodov. Jose Martinez je predstavil epidemiološko študijo, ki jo izvaja študijska skupina Bellagio. V enem delu študije je analizirano tudi izključno dojenje kot populacijski ukrep, ki bi lahko ohranil mnoga otroška življenja, ne samo v »tretjem svetu« (4), temveč tudi na zahodu (5). Lynn Moeng je direktorica za prehrano na zdravstvenem ministrstvu v Južnoafriški republiki. Od leta 1995 do 2005 jim je uspelo povečati število NPP s 3 na 178. Preostaja jim še 480 porodnišnic, ki nimajo naziva NPP. Borijo se s problemom okužbe s HIV pri velikem odstotku mladih žensk. Težave so z izobraževanjem svetovalk za dojenje in tudi z razdeljevanjem brezplačne umetne hrane vsem otročnicam.

V razpravi so bili izpostavljeni novejši problemi, ki jih Deklaracija še ni mogla predvideti. Gre predvsem za dramatično dogajanje v zvezi z okužbo s HIV in za svetovno ekonomsko in siceršnje globalizacijo. Norveška predstavnica je predlagala, da bi pobudo za NPP razširili na

vse ostale zdravstvene organizacije, kjer oskrbujemo otroke in matere, kar na Norveškem že udeležujejo. Pobudo so pričeli širiti na neonatalne oddelke in v pediatrične ambulante. Podobno razmišljamo tudi v Sloveniji (1, 2). Marina Reya iz Braziliije je sporočila slabo novico o ukinjanju mesta koordinatorja za dojenje v njihovi državi, kar je še posebej nenavadno, saj je bila prav Braziliija tista, ki je leta 1990 v Deklaraciji Innocenti predlagala uvajanje koordinatorjev za dojenje na državnih ravneh.

Popoldanski del je bil namenjen pogledu v prihodnost. Vodil ga je Peter Greaves, ki je bil tudi med podpisniki Deklaracije leta 1990. Urban Jonsson, dolgoletni sodelavec UNICEF-a, je predaval o novih strategijah za uspešno zaščito in spodbujanje dojenja. To pobudo je primerjal z gibanjem za človeške pravice in predlagal, da bi se oba projekta združila s ciljem izboljšati otroško prehrano in nato dobre rezultate tudi vzdrževati naprej v dobro zdravja celotne populacije otrok in kasneje odraslih. Petra ten Hoop-Bender je opisala delovanje nove nevladne organizacije »The Partnership«, ki je bila ustanovljena v septembru 2005. Delo članstva je usmerjeno v pomoč materam in novorojenčkom po vsem svetu. Randa Saadeh, tudi ena izmed podpisnic Deklaracije leta 1990, je opisala globalni napredek v pogostnosti dojenja, ki je prisoten v vseh regijah. Izključno dojenje se je v starostni

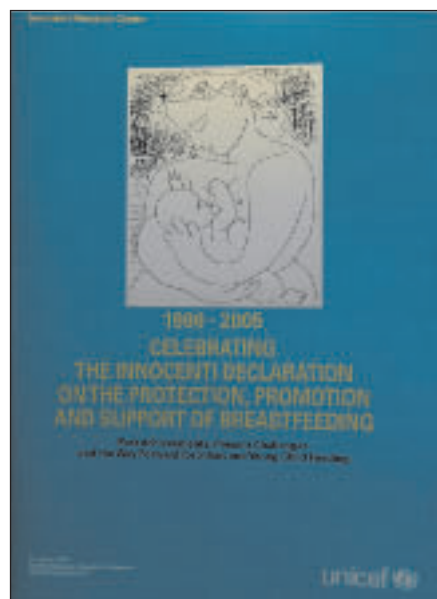
skupini otrok od 0 do 4 mesece povečalo za 15 odstotkov. Pravočasno dodajanje dopolnilne prehrane je poraslo od 46 na 60 odstotkov vse populacije. Kljub temu prežijo ob že omenjenih še druge nevarnosti, kot so: (pre)zaposlene matere, ponekod velja umetno hranjenje kot normalen način prehranjevanja otrok, naravne katastrofe in vojne, kjer je največ žrtev prav med civilnimi prebivalci, predvsem med otroki, in je tudi pomanjkljiva prehrana ena od kritičnih točk. Izpostavila je pomen izobraževanja. Na ugovor, da je izobraževanje predrago, odgovarja: Če je izobraževanje predrago, poizkusite opraviti delo z neznanjem! Penny van Asterik iz Toronta je antropologinja, ki je predstavila svoj pogled na spodbujanje dojenja. Lida Lhotska je predstavila brošuro o dojenju v izrednih razmerah, ki so jo prvič ponudili v praktično uporabo po pustošenju tsunamija na obalah Indijskega oceana, drugič pa ob katastrofalnem potresu v Pakistanu. Joo Kean Leong iz Penanga kot pravnica požrtvovalno vodi in nadzira udejanjanje Mednarodnega kodeksa o trženju nadomestkov materinega mleka. Bori se z multinacionalnimi družbami, ki ne popuščajo v boju za 20 milijard ameriških dolarjev letnega dobička od prodaje umetnega mleka v svetu.

Zaključna razprava se je ponovno dotaknila okužbe s HIV in dojenja. Za prenos okužbe z matere na otroka je najslabša kombinacija umetnega hranjenja in dojenja.

Zaključno sekcijo o dopolnilni Deklaraciji Innocenti so vodili M. Labbock, A. Cattaneo in F. Savage King. Predstavili so rezultate več kot leto trajajočega dela za dopolnitev deklaracije, ki je na voljo za predloge in komentarje na spletnem naslovu [www.innocenti15.org](http://www.innocenti15.org) (priloga 2).

Končno verzijo nove deklaracije bodo potrdili najvišji organi SZO in UNICEF-a, simbolično in svečano pa jo je podpisalo na koncu konference 12 uradnih predstavnikov držav Italije, Bangladeša, Braziliije, Indije, Indonezije, Jordanije, Nigerije, Norveške, Rusije, Južnoafriške republika, Tajske in Turčije. Prisotnih je bilo še 13 predstavnikov ostalih držav, med njimi tudi iz Slovenije, ki smo podpisali deklaracijo za uradnimi predstavniki ter predstavniki nevladnih organizacij (Academy for breastfeeding, IBFAN, ILCA, LLLI, WABA, IPA, UNICEF, FAO, Lincages, Wellstart).

Svečana strokovna konferenca je ponovno potrdila izjemno pozitiven pomen dojenja kot najprimernejšega načina hranjenja novorojenčkov, dojenčkov in malih otrok. Izključno dojenje naj traja do otrokovega 6. meseca starosti, nato pa ob ustreznih dopolnilnih prehrani do drugega leta starosti ali po želji še dlje. Na ta način je možno izkoristiti vse



Ob 15. obletnici Deklaracije Innocenti je bila izdana brošura z opisom dosežkov in programom za zaščito, spodbujanje in podporo dojenju v naslednjih letih. Na naslovnici je znana Picassova risba doječe matere.

naravne prednosti za otroke, matere in družbo. Organizatorjem je uspelo zbrati tako vladne kot nevladne organizacije, ki imajo skupne cilje na področju zaščite in spodbujanja dojenja. Deklaracija Innocenti je v svetovnem merilu spodbudila merljive rezultate, pred nami pa so novi izzivi in priložnosti, ki jih pred 15 leti ni bilo ali pa so bile še manj prepoznavne. ■

#### Literatura:

Bratanič B. Deklaracija Innocenti v Sloveniji, prvih petnajst let in naprej. *ISIS* 2005; XIV (7): 44-5.

Bigec M. Dojenju prijazne zdravstvene ustanove. *ISIS* 2005; XIV (11): 10-11.

Global Strategy on Infant and Young Child Feeding. World Health Organization: Geneva, 2003.

El Arifeen S, Black RE, Bhutta Z, Bryce J, Claeson M, Evans T, et al. How many child deaths can we prevent this year?

*Lancet* 2003; 362:65-71.

Chen A, Rogan WJ. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics* 2004;113:e435-9.

Priloga 1: Operativni cilji Deklaracije Innocenti, ki je bila sprejeta 1. avgusta 1990 v Spedale degli Innocenti v Firencah (doseženi naj bi bili do leta 1995)

1. Določiti nacionalnega koordinatorja za dojenje in vzpostaviti nacionalni odbor za spodbujanje dojenja kot multidisciplinarno telo z vključitvijo predstavnikov ustreznih vladnih in nevladnih organizacij ter strokovnih združenj.
2. Zagotoviti, da vsaka porodnišnica v državi upošteva vseh »Deset korakov do uspešnega dojenja«, objavljenih v publikaciji SZO/UNICEF o »Zaščiti, spodbujanju in podpori dojenju – posebna vloga porodnišnic«.
3. Udejanjiti načela in cilje Mednarodnega kodeksa o trženju nadomestkov materinega mleka, vključno s pripadajočimi kasnejšimi resolucijami Svetovne zdravstvene skupščine.
4. Uvesti ustrezno zakonodajo, ki bo ščitila zaposlene doječe matere, in to zakonodajo tudi izvajati v praksi.

Priloga 2: Pet dodatnih operativnih ciljev:

5. Razvijati, udejanjati, nadzirati in ocenjevati strokovno doktrino o prehrani dojenčkov in malih otrok v okvirih nacionalnih doktrin in programov prehrane, otroškega in reproduktivnega zdravja ter zmanjševanja revščine.
6. Zagotoviti, da zdravstveno in druga pomembna področja ščitijo, spodbujajo in podpirajo izključno dojenje v prvih šestih mesecih ter nadaljevanje dojenja do dveh let ali dalj s podporo materam v družinah, družbi in na delovnih mestih.
7. Spodbujati pravočasno, primerno, varno in ustrezno dopolnilno prehrano ob nadaljevanju dojenja.
8. Poskrbeti za pomoč pri prehrani dojenčkov in malih otrok v posebno hudih okoliščinah in za dodatno pomoč materam, družinam in drugim skrbnikom.
9. Premisliti o novih zakonih ali drugih primernih ukrepih, ki bi bili del strokovne doktrine o prehrani dojenčkov in malih otrok in bi podprli načela in cilje Mednarodnega kodeksa o trženju nadomestkov materinega mleka ter vseh dodatnih bistvenih resolucij Zdravstvene skupščine SZO.



## Novosti in zdravljenje diabetična retinopatije in starostne degeneracije rumene pege

Špela Štunf, Mojca Globočnik Petrovič

Ljubljanski grad je v svoji Stanovski dvorani 17. novembra 2005 gostil mednarodni oftalmološki simpozij na temo diabetične retinopatije in starostne degeneracije rumene pege.

**O**rganizacijski odbor v sestavi: predsednik - prof. dr. Marko Hawlina, tajnik - asist. mag. Mojca Globočnik Petrovič, člani - prim. mag. Aleksandra Kraut, dr. Zoran Vatavuk, dr. Zoran Tomić, je pod okriljem Slovenskega oftalmološkega društva in Očesne klinike KC Ljubljana ter s pomočjo sponzorja povabil k sodelovanju ugledne slovenske in evropske oftalmologe.

Organizacijsko in strokovno je srečanje potekalo na zavidljivi ravni. Ljubljanski grad s svojo okolico in razgledom na obsijano prestolnico ter kamniške alpe v ozadju pa je udeležencem še dodatno polepšal dan.

Po uvodnih pozdravnih mislih predsednika organizacijskega odbora in predstavnice Očesne klinike prof. dr. Branke Stirn Kranjc se je pričel prvi od treh tematskih sklopov enodnevne simpozija, osredotočen na

problematiko starostne degeneracije rumene pege. Starostna degeneracija rumene pege je aktualna problematika, saj je najpomembnejši vzrok slepote po 50. letu v razvitem svetu. V preglednem prispevku nam je prim. Aleksandra Kraut, vodja Oddelka za bolezni mrežnice na Očesni kliniki v Ljubljani, prikazala nove slikovne in funkcionalne možnosti, ki jih uporabljamo za diagnostiko in spremljanje bolnikov s starostno degeneracijo rumene

pege. Poleg uveljavljene fotodinamične terapije pri subretinalni neovaskularizaciji kot obliki degeneracije rumene pege je predstavila tudi druge farmakološke možnosti zdravljenja. Predstavila je klinične študije antimetabolitov vaskularnega endotelnega ravnega faktorja (VEGF) pri starostni degeneraciji makule. Z dr. Introinijem iz Italije sta predstavila učinek steroidnega analoga anekortav acetata, ki prav tako zavira neovaskularizacijo, pomembno pri bolnikih z mokro obliko starostne degeneracije rumene pege. Mag. Mojca Urbančič je predstavila izkušnje Očesne klinike KC Ljubljana pri uporabi fotodinamične terapije v kombinaciji z injekcijo triamcinolona v steklovinski prostor pri teh bolnikih. Zdravljenje degeneracije makule s fotodinamično terapijo se pri nas izvaja od leta 2002, vendar je zaradi visokih stroškov posega številčno omejeno. Zato je izredno pomembna pravilna izbira bolnikov.

Dr. Bereczki iz Madžarske in dr. Tomić iz Švedske sta nam nato izdatno in slikovito predstavila dve različni metodi kirurškega zdravljenja starostne degeneracije rumene pege, in sicer omejeno in popolno translokacijo rumene pege ter rezultate takšnih posegov. Gre za zelo zahtevni in precej tvegani operativni tehniki, ki se v nekaj centrih v Evropi izvajata z lepimi uspehi, pri nas pa se taki posegi še uveljavljajo. Izredno pomembno je poznavanje indikacij in pravočasna napotitev bolnikov za tovrstne operacije.

Prav tako aktualno, a nekoliko bolj akademsko teoretično, je bilo zaključno predavanje prvega sklopa, ki ga je imel prof. dr. Marshall iz Velike Britanije o toksičnem delovanju modrega spektra svetlobe na rumeno pego. Nove rumene intraokularne leče, ki se vstavljajo pri operaciji katarakte, naj bi zmanjšale škodljivi vpliv modre svetlobe.

V drugem tematskem sklopu so se predavanja in razprave vrtele okrog novih vitroretinalnih kirurških tehnik brez šivov, temu ustreznih novih pripomočkov oziroma instrumentov, načinov intraoperativne osvetlitve in barvanja

površine mrežnice. Prof. Gabrič iz Hrvaške je predstavil svoje rezultate vstavljanja že prej omenjenih rumenih intraokularnih leč. Verjetno upravičeno hvaljena rumeno obarvana intraokularna leča naj bi nadomestila filter naravno starostno spremenjene leče in tako ščitila rumeno pego. Polemika poteka okrog vpliva na kontrastno senzitivnost ter finančne upravičenosti za standardizacijo takšnih intraokularnih leč.

Grajskemu ambientu ustrežno izbrana tradicionalna slovenska hrana za kosilo je pomirila razburkane kirurške duhove, številne predavatelje in ostale udeležence iz tujine pa gotovo navdušila nad tako prikazano slovensko podobo.

Tretji del simpozija je bil sklop devetih izčrpnih predavanj na žgočo temo diabetične retinopatije, ki zaradi slabše preventivne medicine značilno bolj prizadene sladkorne bolnike v manj razvitih državah in državah v razvoju. Z dobro preventivo lahko v 90 odstotkih preprečimo napredovanje diabetične retinopatije. Preventiva pri diabetični retinopatiji zajema tako metabolno kontrolo in antihipertenzivno zdravljenje kot tudi lasersko zdravljenje. Za pravočasno lasersko zdravljenje so potrebni redni kontrolni pregledi oftalmologa, najmanj enkrat na leto, vseh bolnikov s sladkorno boleznijo. Pri bolnikih, ki že imajo diabetično retinopatijo in le-ta napreduje, so potrebni pogostejši pregledi. Prav o razlikah v stopnji napredovanja diabetične retinopatije je med gostujočimi avtoritetami iz držav z Balkana in iz skandinavskih držav stekla zanimiva razprava, ki je plastično ponazorila stopnjo razvitosti zdravstvenega varstva in temu sorazmerno stopnjo preventivne dejavnosti. Kam bi uvrstili Slovenijo glede na stopnjo napredovanja diabetične retinopatije naših bolnikov s sladkorno boleznijo? Žal še ne sodimo ob bok skandinavskim deželam, seveda pa smo daleč pred Balkanom.

Sklop prispevkov na temo diabetične retinopatije je pričela vodja Oddelka za vitroreti-

nalno kirurgijo Očesne klinike Ljubljana asist. mag. Mojca Globočnik Petrovič. Predstavila je nova patofiziološka in genetična dognanja v razumevanju diabetične retinopatije iz lastne prospektivne študije. Določen polimorfizem aldolne reduktaze je pri naših bolnikih, kot tudi po objavljeni literaturi, pomemben genetski dejavnik, ki poveča možnost nastanka diabetične retinopatije pri bolnikih s sladkorno boleznijo. Naslednja predavanja so prikazala še različne možnosti zdravljenja diabetične retinopatije. Tako je Xhevat Lumi z Očesne klinike predstavil pregled novjših kliničnih študij o različnih farmakoloških možnostih zdravljenja. Mag. Logar je skladno s svojimi izkušnjami poudaril vlogo metabolne kontrole bolnikov in na tem mestu izpostavil inzulinsko črpalko. Stopnja metabolne kontrole je izredno pomembna še posebej pri bolnikih s sladkorno boleznijo tip 1, saj vemo da intenzivno inzulinsko zdravljenje zmanjša napredovanje diabetične retinopatije za več kot petkrat. Mag. Logar je pri svojih bolnikih, ki uporabljajo inzulinsko črpalko, opisoval stagnacijo diabetične retinopatije po vitroretinalnem posegu. V sklopu predavanj so bili nadalje obravnavani različni pristopi s poudarkom na kirurškem zdravljenju tako diabetične makulopatije kot proliferativne diabetične retinopatije.

Našteli smo preko 150 udeležencev iz Slovenije in tujine, kar je presežilo pričakovanja organizatorjev in dokazalo aktualnost obravnavane problematike. Razvijajoče se področje diagnostike ter medikamentoznega in kirurškega zdravljenja boleznih rumene pege in mrežnice gotovo kliče po rednih simpozijih s tega področja. Upamo in želimo si, da bo ljubljansko-mrežnični grb postal prepoznaven znak tradicionalnih vitroretinalnih simpozijev pri nas.

Srečanje so omogočili: Slovensko oftalmološko društvo, Očesna klinika KC Ljubljana, podjetje Alkon.

Nasvidenje torej ob letu osorej!

Še več o simpoziju na [www.retina2005.com](http://www.retina2005.com)



# Kirurgija zlorab

Polonca Steinmann

**N**a predvečer Miklavža, Božička, novega leta, decembra, leta gospodovega 2005, pa tudi na predvečer Kirurških dnevov v letu 2006.

Ob zaključku koledarskega leta tudi zdravniški in verjetno vsi ljudje, pa seveda naši bolniki, delamo povzetek preteklega leta. Včasih ne le tega leta, ampak tudi prejšnjih let ali na sploh svoje preteklosti. Včasih se zgodi, da nam kaj ne gre kot po maslu, pa smo brez energije, smo slabe volje, nič se nam ne ljubi. Najraje bi kar zaspali. Pa dajte, zaspite! Gotovo ste utrujeni. Vem, da ste le utrujeni, niste bolni, niste nesrečni. **Počitek** je zastoj zdravilo, dober spanec pa še boljši. Ne potrebujete še zdravnika!

Vendar včasih ni tako enostavno. Izgorevamo že dolgo časa, nimamo reda v mišljenju, življenju, prehrani, počitku, delu, življenjskem poslanstvu, v družinskem življenju, nimamo prostega časa. In kaj se zgodi: postanemo utrujeni, nemirni, nespeči, zbolimo, dobimo vročino ali se ponesrečimo.

Tudi človek je del narave in upoštevati mora naravne zakone, ritem dneva in noči, ritem letnih časov, počitka, brez dežurstev, zasvojenosti...

Upam, da bo moje tokratno razmišljanje koga od vas malo spremenilo, upočasnilo. Tudi zdravnika spremeni le težka **lastna stiska, bolečina**, kajne?

Zakaj razmišljam o kirurgiji zlorab? Ker je **kirurgija** medicinska stroka, pri kateri kirurg **operira**: odreže, odstrani, prereže, odpre, očisti, zašije bolan del telesa.

**Predstopnja** kirurškega posega, dobra preventiva, je tudi zelo pomembna in lahko celo **prepreči** operacijo. Tekom desetletij sem preko lastne izkušnje in izkušenj številnih bolnikov ugotovila, da je potreben **celostni** pristop do bolnika, do bolezn, do bolnega organa.

Že leta živimo preveč stresno, ne čisto v skladu z **naravo**, ki deluje vedno po nekem vrstnem redu: dan, noč, letni časi, sonce, luna itd. Različne teorije, kot so Darwinova, Mendelovi zakoni in seveda številne druge, še veljajo. Vendar so za **stresno življenje** današnjega dne potrebni malo drugačni pristopi, kajti mladi občudujejo in se ukvarjajo z različnimi adrenalinskimi športi, nezdravo živijo in se nezdravo prehranjujejo. Kakšni zakoni veljajo za take situacije ali za vsakodnevno **izgorelost** delavca, pogosto tudi zdravstvenega delavca in seveda tudi zdravnika.

Tako stresno življenje, preutrujenost vodi

do **krčenja** ožilja in različnih cevnih organov: gastrointestinalnega trakta, urogenitalnega trakta, respiratornega trakta, vseh žlez, limfnega sistema, vseh celičnih mehanizmov in drugih cevk v telesu. Kako preprečiti krčenje koronarnih arterij, žolčnih vodov, ledvičnih glomerulov, bronhialnega vejevja, ožilja v možganih? Kako? Z učenjem drugačnega, malo upočasnjenega načina razmišljanja, življenja! Tudi strahove lahko že enkrat vržemo v **smetnjake**, ki so postavljeni v vsakem domu in pred vsako hišo.

To se zdi čisto enostavno, a je včasih tudi zelo **boleče in dolgotrajno**. Če smo leta in leta delali **napake**, se jezili, obtoževali, gojili zamere, pili, kadili, ponočevali, nagajali najbližjim, svojim uslužbencem, kako se bomo potem hitro spremenili? Včasih moramo tudi znati reči **ne**, da ne izgorimo.

Ljudje se spremenimo le tedaj, ko občutimo lastno bolečino! Ko zbolimo, ko nas zelo tišči pri srcu (se bojimo infarkta), ko imamo hude migrene (ne moremo zavestno odpustiti blokad), nezdravljen povišan krvni tlak po lastni krivdi (se bojimo možganske kapi), ko dvigujemo težke predmete (dobimo hernijo diskusa), ko nas je strah (teško dihamo ali nam srce močnejše utriplje), ko se razburjamo po nepotrebem, po možnosti še dobro jemo in pijemo (zvišani jetrni testi, napad žolčnih kamnov) idr., ko se ponesrečimo (počivamo le takrat, ko si zlomimo nogo in smo v bolnišnici ali imamo mavec), ko pride do nesoglasij v družini, imamo prometno nezgodo...

Kako lahko **družinski zdravnik**, specialist ali kirurg pomaga bolniku v takšnem položaju?

Za bolnika potrebujemo veliko časa, da najdemo vzrok njegovi bolezni ali življenjskemu položaju.

Iskati moramo po svoji oziroma bolnikovi culici in mu pomagati razvozlati uganko, zakaj tako živi, tako razmišlja, zakaj ga je **strah**, zakaj je jezen, zakaj občuti krivdo, sovraštvo, zavist ali kakšno drugo negativno čustvo?

Človeške vrednote je treba prav tako gojiti, kot je treba okopavati, zalivati vrt. **Pozitivna** naravnost do življenja, do vrednot vodi k boljši **življenjski energiji**. Prijaznost, sočutje, skromnost, potrpežljivost, tovarštvo so, kot vemo, osnovne človeške vrednote. Zakaj ima človek bolj razvite možgane? Zakaj ne negujemo tudi čustvene in duhovne inteligence, ampak večinoma le intelektualno? Zdravniki, zdravstveni delavci in vsi poklici, ki delajo z ljudmi, smo v istem čolnu kot naši bolniki: plavamo po

reki življenja, vedno le od zaploditve do smrti. Zakaj se ne bi **vs**i skupaj potrudili, da bi v svojo culico dajali le pozitivne trenutke, spomine? To nas čisto nič ne stane, kajne?

Tako razmišljanje dobimo ob zaploditvi, v nosečnosti, tekom otroštva.

Iskati moramo začetni po svoji ali bolnikovi culici.

Od **zaploditve** naprej plavamo v slamnati košarici po **reki življenja** vse do svoje **smrti**. Že ob zaploditvi dobimo v naročje **culico spominov**, v kateri so dedni zapisi, miselni vzorci naše družine, dobri ali boleči spomini, v njej se zbirajo tudi spomini na zlorabe iz **otročstva** in seveda številni drugi spomini. Kje so zapisani, verjetno še ne vemo natančno. Včasih kar pozabimo, kakšna zloraba nas je prizadela v otroštvu ali kasneje, ali nas je prizadel oče, mama, teta, stric, stari starš, kak drug sorodnik, nekdo tretji, sodelavec, šef na delovnem mestu. Ali je bila to psihična, fizična, spolna, finančna, meddružinska, mednarodna, menedžerska, zloraba v zdravstvu, mešana ali kakršnakoli druga?

Najlažje jo bomo ozavestili, ko bomo spet prizadeti. Človek, ki nas je tokrat prizadel, morda sploh ni kriv, da smo prizadeti, le odprl je **rano iz preteklosti**, ki jo hranimo v **svoji culici**. Spomini na številne pretekle zlorabe zelo vplivajo na naše in bolnikovo **današnje** slabo počutje.

Ker se svet spreminja, naš bolnik seveda ni izjema. Zdravniki mu moramo pomagati razmišljati malo drugače, da njegova koronarna arterija, alveoli, njegovo črevo ne bodo več tako stisnjeni. Vemo, da narašča zboleznost gastrointestinalnega trakta, kajti v boleznih črevesja se odražajo zgoraj omenjene stare zamere ipd.

**Mnenje**: zdravljenje zlorab je lahko zelo **enostavno** za bolnika in veliko **cenejše** za naš zdravstveni sistem. Ozaveščanje pretekle zlorabe in razumevanje življenjske stiske je lahko zelo boleče. V primeru, ko bolnik zboli, mu moramo pomagati, včasih je operacija tudi nujno potrebna. Ugotavljanje **vzroka bolezn** bolniku pomaga k hitrejši ozdravitvi in družinski zdravnik, specialist ali kirurg lahko veliko pripomorejo k temu. Čas, ki ga bolniku posvetimo v ambulanti družinskega zdravnika ali specialista, je dragocen dejavnik. Ozdravitev je veliko hitrejša, rehabilitacija po operaciji znatno krajša, če bolnik zavestno razume svojo bolezen ali poškodbo. Potrebno je tudi učenje njegovih svojcev, okolice, krajanov in šefov ter sodelavcev.

# Mavrični lok

Janko Kostnapfel

Človeško življenje si zelo shematično lahko prikažemo s paraboličnim lokom ali mavrico po dežju, ki zatone pod obzorjem. Življenje se začne s semenčico v ženski celici in se dviga proti vrhu svojega hriba ter se nato spušča v dolino proti smrti. Nekateri angleški strokovnjaki pravijo včasih tej poti, ne prav lepo, od spermija do črva (from sperm to worm). V Ljubljani je na primer več kakor tisoč ljudi starih devetdeset let.

Ta življenjski lok lahko nenatančno razdelimo v čas otroštva in mladosti do 25. leta, v zrelo obdobje do 65. leta in v starostno po teh letih. Starost predstavlja tretje življenjsko obdobje, ki ga nekateri razcepijo še v četrto po 80. letu. V zrelem obdobju, ki traja štirideset let, naj bi bil človek vključen v organiziran delovni proces, ki pomeni kritiko vsakršnega raztresenega zasebnega početja.

Ker smo začeli z rojstvom, lahko bi tudi z zanositvijo, naj povemo, da je rojstvo, seveda metaforično, v prispodobi, tudi začetek staranja.

Že pri dveletnem otroku spoznamo, da izgublja tekočino, ki je dajala dojenčkom videz sočnosti in okroglin kakor žogam. Včasih se že pri otroku prikažejo kakšne temne pege po koži. In tudi so že opazili sklerotične naslage na ožilju. Izguba tekočine, pigmentna polja,

sklerotične spremembe ... so že izraz staranja, vendar pri otroku seveda še simbolično.

Sicer pa je sušenje pravzaprav bistvo stara-

nja. Vendar vemo o vzrokih za staranje prav malo. Vsekakor pa je staranje propadajoč (degenerativen), napredujoč (progredienten) in nepovraten (ireverzibilen) proces. Vse živo se stara in umre.

Če se že v otroštvu in mladosti pojavijo kakšna znamenja staranja, potem lahko spoznamo, da se v višji starosti lahko pojavijo tudi znaki rasti in mládja. Pri starem človeku lahko nastopi nova rast, novotvorba, ki je – žal – večkrat zločesta, maligna. Tudi v duševnem svetu so kakšne podobnosti med otrokom in starčkom. Pravimo, da je starost zrcalna slika otroštva. Otroček se na eno oko smeje, v drugem pa ima solzico. Starčku hitro privro solze, ko vidi otroka v vozičku ali se mu utrne lep spomin iz otroštva. Kakor so se solze hitro zalesketale, tako hitro izginejo – starostna čustvena inkontinenca.

Še in še je treba poudariti, da staranja ne določajo kronološka leta, marveč starostni pojavi – kadarkoli! Vsi vemo, da ima lahko tudi mlajši človek marsikatere starostne pojave, telesne in duševne – nekateri starejši ljudje pa še dolgo v zrela leta ne.

Staranje se polagoma plazi v človeka. Vendar se telesna in duševna podoba ne ujemata povsem, nista docela skladni, kongruentni. Telesni pojavi staranja so lahko zelo očitni, duševno pa bo človek še svež in čil.



Ivana Kobilica, 1861–1926: Starica s skodelico kave

Lahko je tudi obratno.

Pri običajnem staranju se pojavi utrujenost, okornost gibov, počasna in drobna hoja. Elastičnost popusti, dihanje postane težje, koža tenka in nagubana. Sluh popusti, vid opeša ...

Tudi pri duševnem delu se pojavi utrujenost, človek se ne more zbrati. Zanimanje se zoži, rutina pa je še kar dobro ohranjena. Inteligentnostni količnik (IQ) ostane v osnovi seveda nespremenjen, učinkovitostni količnik (EQ) pa se občutno zniža. Spomin slabi, najprej za sveže dogodke – začasni, pozneje tudi za starejše – trajni. Začasni in trajni spomin delujeta po dveh različnih fizioloških poteh. Starostnik postane čustveno labilen.

Človek doseže na splošno svoj življenjski vrh tam pri petdesetih letih in potem sledi spust v dolino, nazadovanje – involucija. Ne kaže hiteti z osvajanjem svojega vrha. Pametneje je počasi utrjevati vzpon. Hiti počasi – festina lente!

Obdobje nazadovanja – involucijo – bi lahko razdelili na tri odseke. Okrog petdesetega leta ali tudi prej je mena, klimakterij, ko nastopi že izrazitejše nazadovanje regeneracijskih organov. Tam do 65. leta govorimo o involuciji v ožjem pomenu in pozneje je staranje že bolj očitno.

Klimakterij pripisujejo zlasti ženskam, vendar ga doživljajo tudi moški (climacterium virile). Moški postanejo naenkrat neaktivni, v splošnem depresivni. Ženske kažejo pretežno vegetativne simptome, ki so navzven bolj očitni. Nevrotične osebe imajo izrazitejše klimakterične motnje. Pri meni gre za biološke, endokrine in psihogene pogojene motnje.

V odseku ožje involucije pogosteje nastopa možganska ateroskleroza, boleštna otožnost – psihična depresija in blodnjavost – paranooidnost. Včasih se že pojavi zgodnja demenca.

V višji starosti po 65. letu pa je huje prizadeto možgansko ožilje in sama možganovina, v pomenu sušenja, atrofije.

Danes pri starejših ljudeh dovolj pogosto ugotavljajo demenco – splošno duševno oslabeledost. Še posebno sta pogosti dve obliki: vaskularna (aterosklerotična) in Alzheimerjeva demenca. Pri Alzheimerjevi gre za nalaganje beljakovinskih naslag, amiloidnih plakov v možganskem tkivu. Ta bolezen ima dva tipa: z zgodnjim in poznim začetkom.

Pri demencah se običajno pojavijo najprej motnje začasnega spomina in pozneje še trajnega. Zaradi tega imajo bolniki slabo splošno orientacijo. Prizadeto postane mišljenje, posebej odnos do dejanskega sveta. Tudi čustvovanje je moteno. Zavest pa je ohranjena. Zavest je motena pri deliriju – akutni zmedenosti, ki dovolj pogosto spremlja demenco.

Včasih, žal redko, pa je vendar zanimivo slišati od dementnega bolnika izrečeno misel, ki je vsebinsko tako polna in izvirna, da preseneti, in strokovnjak se bo vprašal, če se skozi "demenco" le morda ni izvila iz globlin njegovih prednikov ...

V višji starosti ni redka blodnjavost, ko imajo starostniki občutek, da jim okolica tako ali drugače "nagaja", kar ne drži.

Pri starejših ljudeh je pogosta duševna depresija. V dolgem in pogosto težkem življenju je pač dovolj razlogov zanj, posebno če deluje še biološka nagnjenost. Rusi pravijo: življenje je najbolj zapletena reč. Depresija je čustvena bolezen in v ospredju je žalost. Tudi razmišljanje je otožno in brezupno. Žalost je pač huda stvar. Tudi motorika je pri depresivnih ljudeh prizadeta, počasna in okorna. Samomor je rezultat psihične depresije. Pri starostnikih je dvakrat pogostejši kakor v splošni populaciji.

V višji starosti se ljudem prikazuje seveda veliko vsakršnih življenjskih težav in se odpira mnogo novih vprašanj, tudi psiholoških, da, celo filozofskih.

Vendar jih starostniki v splošnem rešujejo pozitivno zase.

Ena od neprijetnosti je že osamljenost.

Vendar starostnik včasih reče: "Ne čutim se osamljenega in ni mi dolgčas, ker venomer pijem iz polne čaše svojega življenja." Ali: "Ne čutim se osamljenega, ker se ves čas pogovarjam s svojo pokojno ženo, katere slika visi na steni ..."

V romanu pisatelja iz Latinske Amerike G. Márqueza Sto let samote, beremo: "Skrivnost lepe starosti ni nič drugega kakor poštena zveza s samoto."

V neki študiji osemdesetletnikov doma upokojencev, statistično pomembne nagnjenosti v negativno smer ni bilo ugotoviti v nobeni od naslednjih psiholoških kategorij: osamljenost, dolgčas, zavoženost življenja, občutek krivde, življenjska naveličanost, bojazen pred še višjo starostjo, strah pred umiranjem, strah pred smrtjo. V posmrtno življenje večina preiskovank in preiskovancev ne verjame, tudi tisti ne, ki redno sledijo obredom v cerkvi.

Najbrž je treba imeti veliko vero v življenje, da človek sprejme postavko, da bo nekoč le delec vesolja ali celo samo val.

Glede smisla življenja kaže priznati, da za bistven smisel ni mogoče vedeti. Zato je bolj primerno govoriti o pomenu življenja.

V navedeni raziskavi starostniki najpogosteje vidijo glavni pomen življenja v nenehnem prizadevanju za čim boljše medsebojne odnose, zlasti v družini, in na drugem mestu ustvarjalno delo, ki ga lahko doživlja tudi cestni pometač in ne samo kakšen znanstvenik.

Treba je priznati, da je starost lahko tudi

težka in mučna, še zlasti takrat, kadar se pojavijo telesne motnje in bolezni, pogosto več hkrati – multimorbidnost.

Ko so literarnega in gledališkega kritika Josipa Vidmarja pri 95. letih vprašali, kako se počuti, je odgovoril z retoričnim vprašanjem: "Katero življenjsko obdobje pa ni bilo težko?"

V dolgem in vselej zapletenem življenju stori človek tudi kakšen greh – moralni prekršek, ki mu na stara leta privre na dan. Vendar je treba znati živeti tudi s svojimi grehi. Malo občutka krivde ni slabo – se človek lepše vede... Sicer pa si moramo prizadevati svoje temne, destruktivne nagone, ki jih pač vsakdo ima, potlačiti, internalizirati in dvigniti erotične, v širšem pomenu te besede. In grehe drugih kaže spregledati. To je edini način za spravo. Druge poti ni.

Zdravnik in psihiater A. D. Zurabašvili v Tbilisiju je na vprašanje, tudi glede na stoletno prebivalstvo Gruzije, kako doseči visoko starost, odvrnil: "Treba je veliko delati, nikomur nič zlega storiti in izključiti zavist ..."

Stari ljudje so bolj pomembni, kakor jim priznava družba. Starostniki imajo obširno védenje in velike življenjske izkušnje. Imajo sposobnost distanciranja, kar je lahko zelo koristno. Spoznali so pojav "daltonizma", ko so na stara leta ugotovili, da so v življenju pristno videli kaj v "zeleni barvi", a se je pozneje izkazalo, da je bilo v resnici "rdeče" ... Stari ljudje imajo izostrene moralno-etične norme. In vsi so pacifisti, proti vojniam, saj so jih sami preživeli. Takšno stališče je seveda izjemno pomembno.

Družba običajno starostnikov ne ceni dovolj. Ali se denimo država sploh zaveda, kolikšen denar v gotovini prejema (ker je že denar vse ...), ko babice in dedki čuvajo vnučke, svoje in morda še sosedove, jih poučujejo in predvsem vzgajajo, da njihovi mladi starši lahko mirno delujejo v službah?!

Starost in stare ljudi je vredno ceniti in spoštovati.

Starostniki pa morajo tudi sami gojiti in razvijati samospoštovanje. Zato, ker si ga za služijo in tudi potrebujejo.

S samospoštovanjem je lažje živeti in tudi umreti. ■



# V višinskem kraljestvu nomadov

Gostovanje folklorne skupine COF v vzhodni Turčiji  
od 23. septembra do 5. oktobra 2005

Vanja Malis

**J**eseni gremo lahko v Turčijo, je rekel predsednik Zoc na zadnji junijski folklorni vaji. Samo nasmehnilo smo se, saj nismo verjeli, da je mogoče. Velikokrat smo se že ušтели...

Zares sta v izvedbo turneje verjela Zoc in Marjan, ki sta potem celo poletje "garala" in z veliko zagnanostjo poizkušala nemogoče spremeniti v mogoče. Uspelo jima je s pomočjo turistične agencije Oskar, tako da smo na prvi jesenski vaji slišali, kar smo želeli slišati: Turneja bo!

Povabil nas je naš veleposlanik v Turčiji, gospod Andrej Garasselli, ki se je z županom mesta Kars dogovoril za gostovanje naše folklorne skupine COF na 2. kavkaškem folklornem festivalu v mestu Kars na skrajnem vzhodu Turčije. Nihče še ni slišal za to mesto in ko smo ga le našli na zemljevidu, nam je vzelo sapo: saj to je blizu armensko-gruzijske



Srečanje s Kurdi – pojemo in nismo več tujci!



Žena iz kurdske vasi 2400 m nad morjem z vnukom

meje, daleč, zelo daleč! Končni izračun razdalje je bil okrog 5000 kilometrov z avtobusom - in pri tem letalskega poleta do Carigrada sploh nismo upoštevali.

V Carigradu smo bili prej kot v dveh urah in smo 24. septembra še v nočno-jutranjih urah začeli naše prelepo potovanje po Turčiji.

Na poti proti Ankari so bila naselja še podobna našim, le minareti so nas opozarjali, da je pokrajina turška. Po malem je deževalo vse do Ankare, kjer smo obiskali naše veleposlanništvo. Lepo so nas sprejeli in nam povedali veliko zanimivega o Turčiji in tudi o svojem delu. Medtem ko smo pili čaj, tradicionalno turško pijačo, se je zjasnilo in v soncu smo po dolgi, s ponaredki keltskih levov obdani avtobus prišli do Atatürkovega mavzoleja. Častna straža, v vrstah čakajoči ljudje in sam mavzolej so nas prepričali o kultu osebnosti Atatürka - očeta naroda, ki je umrl že pred 50 leti, v ljudeh pa živi še danes. To dokazujejo s svojim spoštljivim obnašanjem in množičnim

obiskovanjem mavzoleja.

Pot smo nadaljevali do Sivasa, nekdanje prestolnice seldžškega kraljestva, in si jo krajšali s petjem. Tudi naša vodička Ana nam je povedala veliko zanimivosti o življenju sodobnih Turkov, ki porabijo na leto 120.000 ton čaja, traktor pa jim pomeni statusni simbol, ki ga po vaseh raje kot za delo uporabljajo za prevozno sredstvo.

Po štirih urah vožnje se je pokrajina začela spreminjati, postajala je vse bolj stepska in posušena trava in črna vulkanska zemlja, ki je gledala iz nje, sta govorili o dolgotrajni suši. Vozili smo se med polji, na katerih je delalo več žena in otrok, možje so bili v manjšini. Te smo videli v vaških in mestnih čajnicah, kjer so ob pitju čaja klepetali o vsakdanjih problemih, sklepali kupčije in igrali karte, domino in druge igre. Nikamor se jim ni mudilo. Čas tu teče veliko počasneje kot pri nas. V mestih je bilo na cestah videti veliko več moških kot žensk in zanimivo, prijatelji so se držali za roke.



Cofovski nastop v nekdanji armenski prestolnici Ani

Mi pa smo hiteli dalje in imena mest in krajev ter visokih gorskih prelazov so se mešala med seboj. Ves čas smo bili na nadmorski višini 2000 m in več. Spali smo v presenetljivo solidnih hotelih, jedli turško hrano in pili ayran – zelo osvežilno pijačo, narejeno iz jogurta, vode in malo soli.

Naš "radio-avtobus" v osebi Marjana nas je obveščal, da vreme **bo** in da posebnih prometnih zastojev na cesti ne pričakujemo. Seveda ne, saj je bila cesta preko gorskih prelazov skoraj prazna. Težko si predstavljam, kako je tu pozimi, ko povprečno 80 dni na leto leži sneg in ko zavijajo volkovi.

Vozili smo v "svetu brez dreves". Tu, kjer so še pred sto leti rasli gozdovi, je sedaj le nizko grmičevje.

Star armenski pregovor pravi: Van na tem svetu, raj na drugem. Spustili smo se proti mestu Van in sodavemu jezeru z istim imenom v bližini. Na prvi pogled bi rekla, da je morje. Jezero se je v soncu lesketalo zeleno-modro in resnično je bilo videti kot raj na zemlji. S čolnom smo se zapeljali na otoček Akdamar, na katerem stoji v samotnem sijaju armenska katedrala.

Sodavo jezero, ki je nastalo pod dvema vulkanoma, meri 3574 m<sup>2</sup> in je sedemkrat večje kot Ženevsko. V njem živijo ribe, čeprav voda ni primerna za pitje in ne za namakanje polj. Ugotovili smo, da je še kako primerna za kopanje. Pozno popoldan smo se povzpeli še na romantično Vansko trdnjavo (v osmanskih časih je bivalo tu 3000 janičarjev) in počakali na sončni zahod. Uživali smo ob pogledu na sonce, ki je počasi potonilo v jezero, in razmiš-

ljali o minljivosti številnih civilizacij, Urartov, Armencev in Seldžukov, ki so nekdanj živeli na tem območju. Sedaj živijo tu Kurdi, edini narod na svetu, ki nima svoje države. Šele nedavno so si izborili pravico do lastnega jezika.

V palači Izak paše smo se spoznali s skupino mlajših Kurdov in jih prosili, da nam kaj zapojejo, ker smo se z besedami zelo težko sporazumevali. Tudi mi smo jim zapeli in prisrčna komunikacija je stekla, saj je pesem

postala most za prenos čustev.

Še en dan turističnih ogledov pred našim ciljem: sprehodili smo se čez šejtanski most ob reki Muradiji do njenih slapov in se nato povzpeli še do mesta, kjer je po verskih resnicah po vesoljnem potopu nasedla Noetova barka. Pogledali smo domnevne okamnele obris tlorisa barke. Od tod se nam je v vsem svojem sijaju ponudil tudi pogled na Ararat (5165m), ki je bil izjemoma brez "kape". Njegova lepota nas je prevzela, da nam je zastal dih.

Ko nam je kustos muzeja povedal, da imajo v vasi 200 m višje svatbo, smo se takoj odpravili gor. Že od daleč smo zaslišali glasbo. Pridružili smo se jim, malo zapeli, malo zaplesali in si pri sporazumevanju pomagali z rokami. Prijazni vaščani so nam ponudili čaj. Nekateri smo se sprehodili še skozi vas in si ogledali, kako zgleda tipična kurdska vaška hiša. Po obliki je podobna kontejnerju, ima ravno streho, na kateri raste trava. Hiša ima dva prostora. V enem živijo ljudje, v drugem živali. V prostoru, kjer živijo ljudje, je na ilovnatih tleh preproga in nekaj blazin, v kotu televizor, imajo tudi mobilni in satelitsko anteno. Globalizacija prodira tudi v vasi na višini 2400 m.

Končno smo prispeli na cilj – v mesto Kars, pripravljeni na naše plesno sodelovanje na 2. kavkaškem folklornem festivalu, kjer smo bili edini predstavniki iz Evrope. Poleg nas in domačih folklornih skupin so na festivalu sodelovale še folklorne skupine iz Gruzije, Armenije in Azerbajdžana. Za razliko od ostalih, je nas na festival povabila neposredno mestna



V skalo vklesani pontski grobovi v Amasyi – nekdanji prestolnici pontskega cesarstva



Krščanski samostan Sumela, pripet v skalno steno

občina Kars, zato smo imeli najslabši avtobus in najboljšega in najbolj prijaznega voznika. Samoinicativno (čeprav smo si želeli nekaj čisto drugega) nas je peljal na ogled mestne mošeje, muzeja, na razstavo slik in na koncu seveda na čaj v barček ob umetnih slapovih. Njegovi prijaznosti se ne bi mogli upreti, tudi če bi znali kurdsko.

V Karsu so nas nastanili v študentsko naselje malo ven iz mesta, kjer smo stanovali skupaj z Azerbajdžanci. Dvoposteljne sobe so bile sicer majhne, vendar lepo opremljene, čiste in vsaka je imela svojo kopalnico. Jedli smo v veliki skupni jedilnici in hrana je bila dobra, podobna kot drugje v restavracijah, govedina in ovčetina, lahko tudi piščanec, veliko zelenjave, sir in sadje.

V zavetju, pred jedilnico, kjer je sonce najlepše gredo, smo v edinem prostem popoldnevu praznovali Metkin in Matjažev rojstni dan. Tako spontano smo se zbrali in vsak je prinesel s seboj kaj za pod zob, v glavnem še ljubljanske zaloge. Matjaž je poskrbel za pijačo. Pridružil se nam je še nekaj sosedov in naš vodič. Veliko smo peli, klepetali, se smejali in vzdušje je bilo enkratno. Naslednji dan je slavljenec izjavil, da je bil to njegov najlepši rojstni dan (izmed šestdesetih, moram prišepniti).

Festival glede programa ni bil preveč zahteven in organizacijsko tudi še premalo dodelan, saj so odločitve, ki so jih povedali na sestanku vodij skupin, potem v dveh urah vsaj še dvakrat spremenili. Vse je bilo v skladu z njihovo življenjsko filozofijo: **yavaš, yavaš**, kar pomeni **le počasi, počasi**.

Kljub temu smo se cofovcji zelo potrudili

in svoje dolžnosti dobro opravili. Prvi in tudi naš najpomembnejši nastop je bil na dvorišču mestne trdnjave v Karsu, na čudovitem prizorišču z velikim odrom, pred 5000 do 6000 gledalci. Edina pomanjkljivost zares idealnega odra je bila, da ni imel strehe.

To smo cofovcji še kako občutili, ko se je med izvedbo naših rezijanskih plesov ulilo. Kljub temu smo odplesali do konca in poželi velik aplavz, čeprav smo pričakovali, da se bodo domačini bolj navduševali nad svojimi

ritmi in domačimi skupinami. Zelo smo bili počaščeni, ko smo izvedeli, da bo koncertu prisostvoval tudi naš veleposlanik v Turčiji, gospod Andrej Grasselli, ki je posebej zato priletel iz Ankare. Po koncertu nas je obiskal tudi v našem naselju in v prijetnem pogovoru smo se zadržali pozno v noč.

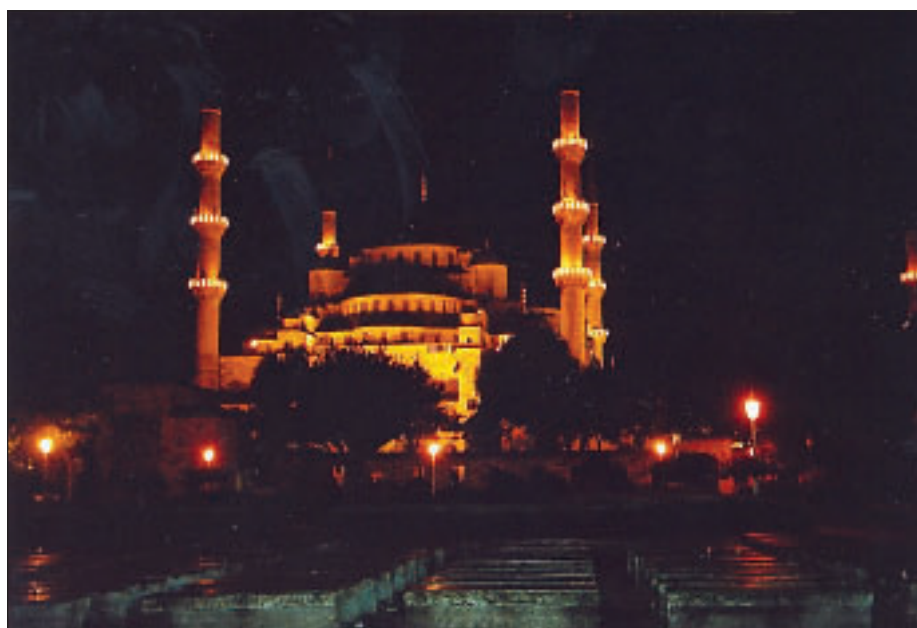
Kasneje smo imeli še nekaj nastopov na različnih krajih v Karsu in okolici, toda vsi so bili na neprimernem terenu, krajši in manj zahtevni, kot je bilo sprva mišljeno.

Največ stikov smo imeli z Azerbajdžanci, ker smo stanovali v istem naselju in nastopali na istih krajih. Zelo so bili navdušeni nad našimi muzikanti in so se celo naučili zapeti nekaj taktov, ki so jih potem vztrajno ponavljali, kadar smo se srečali.

Hitro, kar prehitro je minilo!

Na poti domov smo si ob Črnemu morju ogledali še čudovito mesto Amasyo, nekdanjo prestolnico pontskih kraljev, in njihove grobove, vklesane v živo skalo nad mestom. Za tem smo videli še eno največjih turških znamenitosti – edini krščanski samostan Sumela, stisnjen v zavetje skale, ki bolj spominja na Tibet kot na Turčijo in leži 1181 m nad morjem. V jamski cerkvi samostana so izredno dobro ohranjene freske, posebno lepa je freska device Marije z Jezusom.

Še polnočni sprehod po Carigradu tik pred odhodom letala in že smo bili doma. V hladno in deževno Ljubljano smo se vrnili polni lepih vtisov, s tisoči posnetkov v fotoaparatih in trdno odločeni, da se še vrnemo.



Nočni Carigrad – Hagia Sofia

# Ljubljana-Nordkapp-Ljubljana ali 10.078 km v 20 dneh

(1. del)

Tomaž Rott

**N**a videz nemogoče dolga pot, pa je vendar minila brez večje utrujenosti, s številnimi vtisi o Skandinaviji in predvsem o Norveški, za katero bi lahko napisal kar Nnnnnnnnoooooorrrrrrrvvvvvveeeeeeešššškkkkkkaaaaaaa, saj je tako neizmerno dolga kot prava stonoga, kjer noge predstavljajo polotoki z zalivi, zalivčki oziroma fjordi, ki oblivajo bolj ali manj vitek trebušček in nekoliko obilnejšo zadnjico na jugu.

Samo za predstavo nekaj števil. Od Ljubljane do Osla je po najkrajši poti približno 1900 km, od Osla po najkrajši poti preko Trondheima do Nordkappa pa še skoraj 2100 km. Nekateri enačijo slabih 2400 km dolgo pot iz Rima do Osla z dolžino poti iz Osla preko Bergna, Trondheima, s skokom na Lofote, v Tromsø in preko Alte do Nordkappa.

Vedela sva, da je na Norveškem veliko vode v obliki rek, slapov, jezer, ledenikov, morskih zalivov, na žalost tudi pogostih deževnih oblakov in megle, da mora biti precej trajektov, nisva



Veternice v stiku z naravo

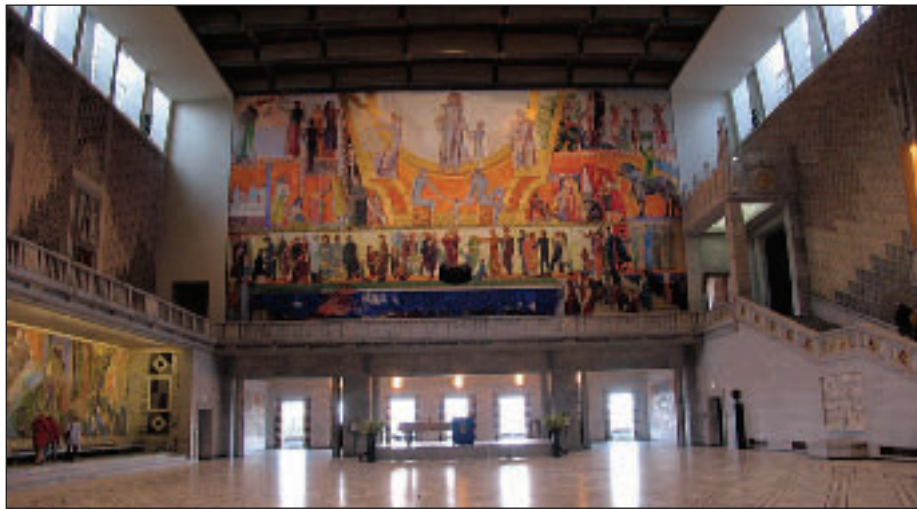


Oslo – pred mestno hišo

pa si mislila, da je toliko mostov in predvsem številnih kratkih in neredko izjemno dolgih predorov, na kopnem, pod morjem, tako da sem dobival asociacije na miška Jerryja, ki se pred preganjajočim mačkonom Tomom skriva v ementalnem siru.

Pred kratkim je bilo objavljeno mednarodno poročilo o kakovosti življenja v različnih državah sveta. Norveška je gladko osvojila prvo mesto. Bogata infrastruktura, dober zaslužek, precejšnja socialna varnost, visoka kultura življenja na različnih področjih, med drugim ima kar 80 odstotkov Norvežanov lastno hišo (pa čeprav še tako skromno), in verjetno še kaj. Kakovost življenja jim omogoča tudi njihova prislovična skromnost v vsakdanjem življenju.

Zaradi odkritja obsežnih nahajališč nafte je država postala bogata, vendar se zavedajo minljivosti tega bogastva in ga ne zlorabljajo. Nafta Norveški zaenkrat omogoča, da ima poseben položaj med evropskimi državami,



Oslo – mestna hiša

saj ni članica Evropske unije. Poseben položaj ima tudi glede ribolova, podobno kot Islandija, in je med drugim ena redkih držav, kjer se je ohranil kitolov.

Njihova zgodovina je pestra. Med najstarejšimi prebivalci so bili narodi, ki so se ob koncu ledene dobe, pred približno 11.000 leti, pričeli preseljevati iz ledeno mrzle Sibirije v "toplejše kraje". Kljub temu ime kraja Sibirija kaže na to, da imajo lahko tudi na Norveškem, v notranjosti dežele na severu, včasih izjemno nizke temperature, še posebej v dolgih polarnih nočeh.

Omenjena prazgodovinska kultura lovcev, ki so jo poimenovali Komsa, naj bi predstavljala prednike današnjih Samijev (oziroma Laponcev), ki jih je na Norveškem približno 40.000. Sledilo je še več kultur, ki so se razlikovale po načinu življenja: bili so lovci, ribiči, pastirji, kmetovalci, uporabljali so različna kamnita orodja, od kovin so uporabljali predvsem bron, ki so ga dobili v zameno za jantar. Šele trgovanje z Rimljani jim je prineslo orožje in orodje iz železa, kar jim je omogočilo lažje izsekavanje gozdov, gradnjo večjih ladij, v 5. stoletju pa so pričeli sami topiti železovo rudo.

Večji del nordijskega prebivalstva izvira iz severnih in srednjeevropskih plemen, ki so se selila proti severu pred 8.000 leti. Razvila se je značilna nordijska rasa visokih, močnih svetlolasilh ljudi z modrimi očmi. Germanski vplivi so prinesli skupaj s starogermansko pisavo z runami tudi germanski jezik, osnovo za razvoj skandinavskih jezikov.

Predniki sedanjih prebivalcev so kot Vikingi od 8. do 11. stoletja ogrožali številne dežele današnje Evrope, vključno s sredozemskimi. S hitrimi in okretnimi ladjami, ki so imele do 16 parov vesel in veliko kvadratasto jadro, so ropali po britanskih otokih, obalnih krajih

Britanije, Irske, Francije (Normandija naj bi dobila ime po "ljudeh s severa"), maverske Španije, neuspešno večkrat napadali Bizanc, prišli do Volge in celo do Bagdada. V 10. in 11. stoletju so odkrivali in poseljevali Islandijo, Grenlandijo in okrog leta 1000 kot prvi prišli na obalo Severne Amerike. V 12. stoletju so Vikingi kot najemniški vojaki sodelovali s silami Svetega rimskega cesarstva.

Zanimivo je, kako so brez kompasa, tudi v oblačnem vremenu, lahko pluli po morju. Sage omenjajo "sončni kamen, solarsteinn", ki ga je verjetno predstavljal kristal kordierita. Ta polarizira svetlobo modro, če je dolga os kristala usmerjena k viru svetlobe oziroma k soncu. Tudi v sodobnih letalih, ki letijo nad polarnimi področji, kjer zaradi motenj magnetnih silnic ne morejo uporabljati magnetnih kompasov, določajo položaj sonca s posebnimi polarizirajočimi lečami.

Še v vikinškem obdobju je njihove bogove, Odina, Thora in druge, zamenjalo krščanstvo. Leta 1995 so proslavljali 1000-letnico krščanstva. Največ zaslug za to je imel kralj Olav II., ki so ga kanonizirali za svetnika. V njegov spomin je bila zgrajena mogočna gotška katedrala



Marijina cerkev iz 12. stoletja

Nidaros v Trondheimu, ki je bila do reformacije po Evropi znano romarsko središče.

Od Olava II. je Norveška ves čas neodvisno kraljestvo. Kasneje sta ga ogrožali tako danska kot švedska krona.

Vsako obdobje, od prazgodovine, preko vikinškega obdobja in pokristjanjevanja, iskanja in ohranjanja istovetnosti norveške krone, do napada Nemčije, s katero je sodeloval ustanovitelj norveške fašistične partije Vidkun Quisling, je pustilo kulturne in zgodovinske sledove, nekatere izmed njih edinstvene v svetu.

Norvežani so majhen narod (približno 4,5 milijona prebivalcev) v veliki deželi (385.155 km<sup>2</sup>), ki zaradi svojih geografskih značilnosti ne omogoča preveč lagodnega življenja, še posebej ne kmetovalcem. Poleg nafte in ribolova je ena od pomembnejših gospodarskih dejavnosti tudi turizem. Turistična ponudba je bogata in raznolika tako poleti kot pozimi.

Za nas je Norveška kar draga, saj je za Islandijo verjetno najdražja država v Evropi. In vendar se da na morda bolj skromen način deželo doživljati in doživeti, občutiti vsakdanji utrip. Vsakdanje življenje se nevsiljivo ponuja. Tudi v osebnih stikih lahko občutiš njihovo nevsiljivost, zadržanost, a tudi prisrčno gostoljubnost, odprtost in zaupljivost.

Vedela sva, da bi lahko bila na Norveškem tudi več mesecev, da bi si ogledala glavne privlačnosti. Ko sva se odpravljala od doma, sva podobno kot doslej izbrala nekaj osnovnih točk, ki sva jih želela vsaj nekoliko spoznati: mesta, kot so Oslo, Bergen, Trondheim, Tromsø, morda še Alta, kakšnega od ledeniških jezikov 487 km<sup>2</sup> velikega Jostedalbreena ali 369 km<sup>2</sup> velikega Svartisen, nekaj najlepših ali največjih fjordov – Geirangerfjord, Nærøyfjord, Sognefjord, ledeniško dolino Fjærland, ki jo nekateri imenujejo Shangri-La Evrope, zvedeti nekaj več o Samijih oziroma Laponcih. Končni cilj naj bi bili Lofoti.

Načrt poti je deloma krojilo vreme in razmere na cestah, deloma najina vztrajnost in trma.

Prvo popoldne in večer sva prebila na cesti do Hannovra, v gostem prometu, zastoju, dežju, nočni megli. Pa naj Nemci govorijo, kako nemogoče je promet pri nas! Drugi dan je bilo nekoliko bolje, čeprav sva potovala preko Hamburga, mimo Köbenhavna in Malmöja vse do norveške meje.

Zabavala sva se s tem, "da sva nenavadno hitro prišla do Bergna" (en kraj s tem imenom je blizu Münchna, drugi pred Hamburgom), "da sva že med polarnimi medvedi" (ko sva tičala nekaj časa med tovrnjaki hladilniki s slikami belih medvedov). Ugibala sva, kaj pomeni kratica LV: gotovo ne Lvov, morda Litva ali Latvija, vsekakor pa ne Estonija, gledala še



Narøydalen

nekatero druge zabavne oznake avtomobilskih tablic, kot je npr. SE KT (morda bi bila zaradi protialkoholnih predpisov boljša oznaka SE KS). Med potjo po Nemčiji gor in dol sva poslušala odlično glasbeno oddajo z dobro, pretežno klasično glasbo in, kolikor sva razumela, tudi zabavnimi vložki: kaj je baritonist – to je pevec, ki ne zmore niti visokih, niti nizkih tonov ipd.

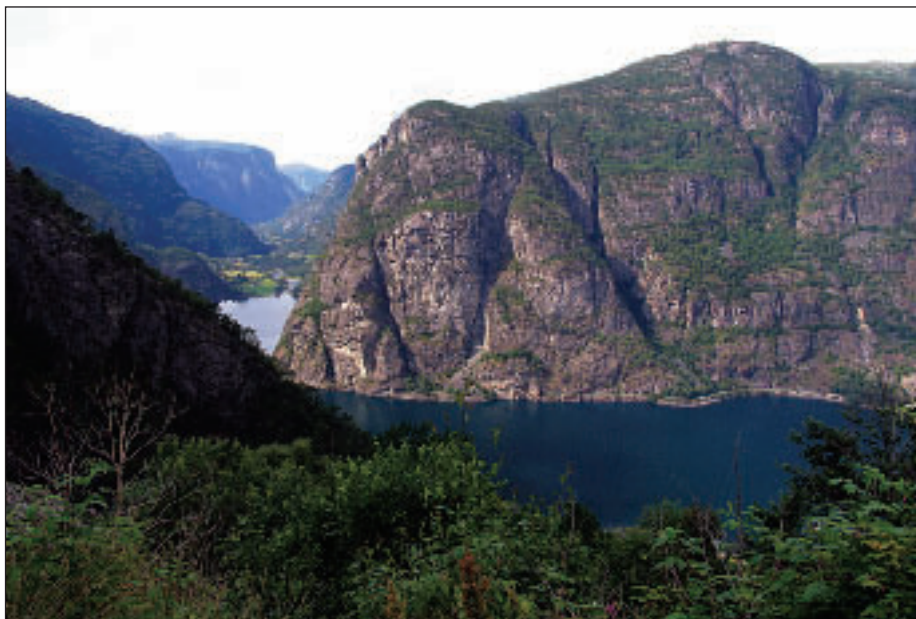
Elektroenergetske vetrnice so mi bile zaradi svoje pojavnosti vedno všeč in nisem mnogo razmišljal o vseh mogočih (ne)upravičenih ugovorih. Vsaj te v Nemčiji so bile deloma tudi "ekološko osveščene": belo obarvane elise so se zabadale v bele oblake, zeleno obarvani nosilni stebri pa so se skrivali v zeleni travi.

V Nemčiji so omejili hitrost na avtocestah na 130 km/h, ponekod pa še bolj zaradi ekoloških razlogov - izpušnih plinov in nastajajočega ozona.

Preden sva prispela do Osla, sva se ustavila v mestecu Halden z veliko trdnjavo Fredriksten Festning, ki naj bi varovala pred švedskimi vdori. Prav tako iz 17. stoletja je slikovito staro mesto v utrdbi Gamlebyen ob reki Glomma nasproti mesta Fredrikstad.



Domače borovnice, jagode, češnje



Aurland

Prvi mali šok sva doživljala že po prvih kilometrih vožnje po Norveški. Po opozorilu o nadzoru hitrosti so se pojavljale "fotoškatlice" in slikale prekrškarje. V začetku so bili ti nadzori tako pogosti, omejitve pa precejšnje, da si nisem predstavljal, kako bova lahko tako potovala na dolgi poti. Na srečo je bilo kasneje teh škatlic nekoliko manj, vedno pa so bili pred njimi opozorilni napisi o nadzoru hitrosti. Verjetno v smislu državljanskih pravic, da moraš biti seznanjen, kdaj te nadzirajo. Če te zalotijo pri prekršku, je tudi en sam km/h nad predpisano hitrostjo dovolj za visoke kazni. Kolikšne so, na srečo nisva ugotovila. Večji del poti po Norveški je vozila Urška, "ker ima lažjo nogo", jaz sem imel raje fotoaparata v roki.

Drugi mali šok je bil pred vstopom v Oslo, kjer je potrebno plačati neke vrste "mitnino", podobno kot še v nekaterih drugih večjih mestih. Mitnine, cestnine, mostnine, "tunelnine", "trajektnine" in stroški za bencin (kjer se cene bencina lahko iz kraja v kraj ali celo v enem samem kraju na različnih črpalkah razlikujejo celo za štiri norveške krone, kar je približno 120 SIT) so bili največji strošek potovanja. Res je tudi, da je vožnja po nekaterih cestah, mostovih ali tunelih, ki so že odplačani, zastoj.

Oslo ima mnogo privlačnih točk. Ob glavni cesti, ki vodi od katedrale do kraljeve palače, so glavne institucije: parlament, opera, univerza, vmes je blizu obale mestna hiša, ki je bila dokončana leta 1950 ob 900-letnici mesta. 10. decembra v njej podeljujejo Nobelovo nagrado za mir. Prvi jo je prejel leta 1901 Jean Henri Dunant, švicarski ustanovitelj mednarodnega

Rdečega križa.

Na zahodnem delu mesta je znani Vigelandov park, v katerem je skoraj 200 granitnih ali bronastih kipov Gustava Vigelanda (1869-1943). Morda sva bila utrjena ali pa so na naju te sicer zanimive skulpture delovale kar malo tesnobno (podobno kot priznani norveški slikar Edvard Munch iz skorajda istega obdobja, 1863-1944).

Nad mestom je smučarska skakalnica Holmenkollen z dragim razgledom na fjord Oslo. Blizu je tudi novejša za Norveško sicer značilna večnadstropna lesena cerkev iz lesenih stebrov (stavkirke).

V zalivu Osla je polotok Bygdøy z bogatimi



Ra II

muzeji. Imeniten je muzej o življenju Vikingov z ladjami iz 9. stoletja z bogatimi grobnimi dodatki – zlatino, skrinjo, sanmi itd.

Muzej Kon Tiki je posvečen genialnemu Thoru Heyerdahlu, ki je leta 1947 s splavom Kon Tiki preplul Tihi ocean od Peruja do Polinezije, leta 1970 pa z ladjico Ra II, narejeno na jezeru Titikaka, Atlantik. Za svoje delo je poleg številnih odlikovanj dobil tudi filmskega oskarja. V svojih karikaturah kaže ekološko osveščenost in danes moderno protiglobalistično miselnost. Znane so tudi besede, ki ji je izrekel o svoji plovbi z močno gorljivim lesenim splavom: "Jeg er ikke redd for å ta sjansen men jeg tar ikke sjansen på å røyke - I'm prepared to take a risk, but not the risk of smoking." Lahko bi jih uporabili tudi v propagandi proti kajenju.

Muzej Polarskip Fram ("Naprej") prikazuje ladjo, ki so jo uporabili Frittjof Nansen, Roald Amundsen in Otto Sverdrup pri raziskovanjih in osvajanjih severnega in južnega pola ter Grenlandije. Zanimiva je oprema, ohranjena s teh potovanj: od kirurškega pribora, ki bi bil verjetno še danes zelo uporaben, pekača za kolačke, šivalnega stroja, eskimskih lesenih osti, sončnih očal iz dveh deščic z ozko špranjo med njima do steklenice z Aquavitom – po domače "šnopčkom".

Po dvodnevem bivanju je sledila slikovita pot v Bergen. Med drugim sva se blizu kraja Gardnos sprehodila po 5 km širokem in 700 m globokem meteoritskem kraterju izpred 600 milijonov let. Čuden občutek, če veš, da ga je povzročil 200-metrski meteorit, ki je treščil s hitrostjo 20 do 30 km/s. Vendar je razen le ponekod gole raztopljene kamnine pokrajina

lepo gozdnata, s slastnimi borovnicami in še nezrelimi brusnicami, gobami in slikovitimi lišaji.

Nerodno je, če ne znaš jezika. Ko smo morali čakati pod napisom "Vent pa ledebil", sva se zabavala z ugibanjem, ali to pomeni veter in led ali prodaja debilov, dokler nas ni vodil skozi odsek ceste v gradnji avto z napisom "Le debil". Kaj to pomeni, še danes ne vem. Bolj pomembno je bilo, da sva se naučila besed "ledige hütter", ko sva iskala "proste kočice" za prenočišče. Nekatere besede imajo podoben koren kot slovenske, zato razmišljanje o debilih ni bilo povsem neumestno.

Prispela sva do dolin z visokimi gorskimi



Otrok iz Bergna

stenami in slikovitimi jezeri. Eden najlepših pogledov je bil na dolino Aurland in dolino Nærøydalen ob koncu ponekod le 500 m ozkega Nærøyfjorda. Tu so se velike turistične ladje le s težavo obračale.

Bergen je eno najbolj obleganih obmorskih turističnih mest, zato sva hiško ob hotelu dobila uro vožnje ven iz mesta, potem ko sva morala preko več velikih mostov. V Bergnu naj bi bil 200 dni v letu dež. Če že prenočišča nisva dobila bližje, sva dobila dva dni čudovitega toplega sončnega vremena. Tako sva se peljala tudi na 320 m visoki Fløyfjellet, med domačini priljubljeni razgledni in izletniški hrib. Še prej sva si ogledala slikovito tržnico ob obali: raznovrstni raki, ribe – predvsem losos, sušen na različne načine, ki nama ga je ponudil v pokušino prodajalec iz Benečije! Ruski prodajalec nama je dal pokusiti posušeno kitovo meso. Odlično! Žal Urška ni hotela vzeti kitovega mesa – iz ekoloških razlogov! Kupila sva marmelado iz posebne vrste norveških robid rožnate barve, ki jih smejo nabirati le domačini, in salamo iz losovega mesa.

Losa sem si ves čas želel srečati. Razen nagačenega nisem videl nobenega. Sicer pa bližnje srečanje z živaljo, ki tehta do 750 kg, verjetno ne bi bilo prijetno. Videla sva nesrečo, ko je turist z bivalnim avtomobilom zbil severnega jelena. Žival je verjetno težka od 50 do 100 kg. Poleg žalostnega pogina prijetne živali je nastala kar velika škoda na avtomobilu.

Na bergenskem trgu je mogoče dobiti kože jelenov, tjunljev, belih in srebrnih polarnih lisic. Stanejo od približno 6000 SIT naprej. Za nekaj tisočakov lahko dobiš sicer odlične norveške češnje, ki jih zaradi cene kupujejo bolj po lekarniško.

Stari del mesta, Bryggen, iz 14. stoletja, večinoma precej obnovljen, je pod Unescovo zaščito. Slikovite hiške izvirajo iz hanzeatskega obdobja. Najstarejša stavba v Bergnu je romanska Marijina cerkev iz 12. stoletja, med drugim okrašena z bogatim krilnim gotskim oltarjem in baročno prižnico.

Na poti proti največjemu ledeniku, Jostedalbreenu, sva v čemernem oblačnem vremenu, ki naju je spremljalo večji del poti, "prebrodila" največji norveški fjord, Sognefjord. Dolg je 200 km, globok do 1308 m - pravo malo morje. Iz slikovite doline Fjærland sva lahko opazovala mogočne ledeniške jezike, vrhovi gora pa so se vztrajno gledi, oblečeni v oblake. Ker sva vseeno upala na boljše vreme, sva se ustavila na drugi strani ledenika, ob izrazito zelenkastem jezeru Loenvatnet. Žal razen nekaj igrive svetlobe na jezeru vreme ni bilo primerno za obisk ledenika, poleg tega je del ceste zasul še vedno grozeči kamniti plaz. ■

(se nadaljuje)

# Martin Pollack: Smrt v bunkerju - Poročilo o mojem očetu

Marjan Kordaš

Martin Pollack: **Smrt v bunkerju - Poročilo o mojem očetu**. Slovenska matica, Ljubljana, 2005, 216 str. Prevod: Amalija Maček.

Najprej velja povedati, da je bila knjiga slovenskemu bralcu že predstavljena v eseju Draga Jančarja: **Zločinec, moj bližnji** (Delo, Sobotna priloga, 15. oktober 2005). Ko sem ga prebral, sem knjigo takoj kupil in prebral v enem popoldnevu. Potem sem si priskrbel še nemški izvirnik (**Der Tote im Bunker - Bericht über meinen Vater**. Paul Zsolnay Verlag, Dunaj, 2004, 256 str.) in ga prebral - ter hkrati slovenski prevod še enkrat - bolj počasi.

Za tiste, ki Jančarjevega eseja niso brali, kratka vsebina:

Osrednja zgodba je rekonstrukcija življenja človeka, ki je bil rojen leta 1911 v Kočevju in ki so ga leta 1947 našli mrtvega (ustreljenega, z izkaznico člana nemške manjšine iz Krškega v Sloveniji) v opuščnem bunkerju na Brennerju na italijansko-avstrijski meji. Preiskava je ugotovila, da je mrtvec bil dr. Gerhard Bast, SS-Sturmabführer, član SD (Sicherheitsdienst), nekaj časa namestnik vodje gestapa v Gradcu, vojni zločinec, poveljnik raznih t. i. SS-Sonderkommando. Slednje so med drugo svetovno vojno v zaledju nemške armade v Vzhodni Evropi izvajale množične likvidacije.

Martin Pollack, leta 1944 rojeni sin dr. Gerharda Basta, je v svojo raziskavo med drugim vključil tudi starše svojega očeta. Ded, Nemeč, rojen v Laškem, je bil dlje časa odvetnik v Kočevju. Babica, Nemka, rojena v Ljubljani, je bila učiteljica v Ljubljani in Kočevju. Tik pred prvo svetovno vojno se je družina preselila v Amstetten v Avstriji. Pred drugo svetovno vojno in med njo so obiskovali svoje sorodnike v Laškem ter hodili na izlete v Kočevje. **Smrt v bunkerju** je pripoved o nekaterih ljudeh v času približno od leta 1880 do 1947, ki so živeli ter delovali v delu Srednje in Vzhodne Evrope.[1] Knjiga je hkrati novejša zgodovina slovensko-nemških odnosov na nekaterih območjih sedanje Slovenije.

Odlična knjiga!

Menim, da ima tri daljnosežna sporočila:

- o genezi zla;
- o pomenu jezika (ter njegove morebitne ideološke vsebine) za identiteto oz. narcizem človeka;
- o nedosegljivosti dvojezičnosti.

1. Mehanizmi za genezo zla v človeku so dobro raziskani. A še vedno ne dovolj. Menim, da dokončno raziskani ne bodo verjetno nikoli. A v tej pripovedi je pot družine Bast v zlo zajeta v enem (samem) stavku (str. 74):

"Problem je bil, da pri nas nismo ničesar spraševali."

Zdi se mi, da je v izvirniku ta stavek oblikovan bolj povedno (str. 88):

"Bei uns hat man keine Fragen gestellt, das war das Problem."

Se pravi, Gerhard Bast je odraščal v okolju, v katerem so prevladovala nemškonacionalne vrednote (v najširšem pomenu tega pojma). O njih ni postavljajl vprašanj, očitno tudi sebi ne. Postal je marljiv, morda celo učinkovit uradnik zločinskega sistema in končno vojni zločinec. Ob razmišljanju o večrednosti nekega naroda (ideologije) glede na druge lahko začne slovenski bralec pometati pred lastnim prajem. Jezikovnih in ideoloških smeti je iz znanih razlogov nekoliko manj, a temeljni vzgibi so natančno enaki kot (so bili) pri Nemcih in nacistih. Če dopusti, sledi torej dvoje vprašanj. Prvo se začne z "Zakaj...?", drugo pa s "Čemu....?"

Odgovori so vsaj neprijetni, če ne že uničujoči.

2. Jezik ima lahko velikanski ideološki naboj. Tako poznamo zgodbe o dobrih Slovencih in hudobnih Nemcih; o dobrih partizanih in hudobnih domobrancih. In hkrati poznamo sicer ne iste, a pravzaprav enake zgodbe: o hudobnih Slovencih in dobrih Nemcih; o hudobnih partizanih in dobrih domobrancih. Tisti, ki so za eno stran svetniki (junaki), so za drugo stran hudiči (izdajalci). Pred človekom je vedno alternativa "ali moliti Boga, ali moliti Hudiča", pri tam pa ni vedno jasno, kdo (kaj) je ali Bog ali Hudič. In včasih se človek zaradi zmede v sebi odloči moliti Hudiča (kar koli že to je ali ni) - pač zato, ker si ne postavi vprašanja, zakaj oziroma čemu je sploh treba neko izmišljeno duhovno bitje moliti. Se pravi, zgodbe so lahko v različnih jezikih, imajo pa isto ideologijo. In obratno: v istem jeziku, pa imajo različno ideologijo.[2]

"Smrt v bunkerju" opisuje to iracionalno (ideološko?) sovraštvo med Slovenci in Nemci v uvodnih poglavjih (str. 11-35). Vsekakor utegne Nemeč "krvavi dan v Mariboru" ("Marburger Bluttag") in generala Maistra dojemati drugače kor Slovenec (str. 48-49).[3]

**Zakaj?** Zato, ker je za človeka očitno najlažje razmišljati v črno-belih slikah, v smislu polresnic, klišejev, ki jih ena človeška skupnost pripisuje drugi. Človekovo bivanje se degradira na dva temeljna, iracionalna gona: strah (pred drugačnim sočlovekom) ter strast (drugačnega sočloveka obvladati in preoblikovati po svoje). Postavljanje kakršnih koli vprašanj je herezija ali izdajstvo. Se pravi, izključujoča pripadnost enemu jeziku (ideologiji) je odraz ne kolektivne identitete, temveč kolektivnega narcizma, katerega jedro je strah pred drugačnostjo[4] ter institucionalizacija neenakopravnosti ljudi.

**Čemu?** Zato, da se uveljavi koncept, da ljudje in narodi niso enako-pravni.

Včasih pa, kdo ve, zakaj, nastopi nenavadno, a začasno zatišje in takrat je možno sožitje, kot opisuje tale povedni odstavek (str. 35):

"Kakorkoli, enkrat leta 1940 so v domači hiši v Laškem za isto mizo sedeli stric Drolc, slovenski občinski hujskač ("der windische Gemeindegewalt") nacionalsocialista iz Amstettna - ded in oče sta v stranko vstopila leta 1931 - in Guido, ki je bil po njunih rasnih zakonih na pol Jud. Pili so in se veselili."

3. Dvojezičnost (še posebno, če je aktivna) navadno odraža ne le visoko stopnjo izobraženosti, temveč tudi svobode. Manipulacija s človekom skoraj ni mogoča. Zato družbeni sistemi dvojezičnosti - kljub formalno nasprotnim izjavam - dejansko politično zatirajo. Zatiranje lahko zajame tudi človekov duhovni svet.[5] In tudi na osebni, intimni ravni je vzdrževanje aktivne dvojezičnosti izjemno težko, saj zahteva disciplino ter stalno vajo v uporabi dveh jezikov pri govorjenju, pisanju in poslušanju. A zelo težko je v dveh jezikih razmišljati in skoraj nemogoče je, da bi človek tako tudi sanjal.

Jezik, povezan s svojimi koreninami - kulturo in zgodovino naroda (nacije)[6] ter humanističnim izročilom človeštva - je prav gotovo sestavina kolektivne identitete posameznika. A če ni teh korenin, postane jezik nosilec uničujočega kolektivnega narcizma. ■

[1] V izvirniku je na začetku narisana ustrezen zemljevid; obžalujem, da ni ponatisnjen tudi v slovenskem prevodu.

[2] Hitler in Stalin sta uporabljala različna jezika, a govorila isto totalitarno ideologijo. Partizani in domobranci so uporabljali isti jezik, a govorili različno ideologijo.

[3] Zgodbo mi je prvič povedal koroški Nemeč, a sem jo takrat imel za nemško propagando. Prav tako, kot je imel ta Nemeč zgodbo o ustoličenju na Gosposvetškem polju za slovensko propagando.

[4] Pred nekaj leti sem v glasilu celovškega planinskega društva poskusil objaviti slovensko-nemški zapis z naslovom "Karavanke imajo spet dve strani". Objavljena je bila samo nemška polovica. Skoraj hkrati sem v reviji "Sodobnost" poskusil objaviti slovensko-nemški esej z naslovom: Ne jezik: govornica je bistvena sestavina - ali celo popoln odsev - človeške identitete". Objavljena je bila samo slovenska polovica.

[5] Glej esej J. F. Perkoniga "Mit zwei Zungen"; v zbirki "Im Morgenlicht", Röschnar Verlag, Klagenfurt, 1988.

[6] Nadrobna opredelitev pojmov pleme, ljudstvo, narod, nacija je na voljo v odlični knjigi J. Kos: "Duhovna zgodovina Slovencev", Slovenska matica, Ljubljana, 1996.



## Zdravniška zbornica Slovenije objavlja seznam zdravnikov, ki so opravili program sekundarijata

**Urška Gajšek**, dr. med.,  
izpit opravila 30. 11. 2005

**Alenka Lavrič**, dr. med.,  
izpit opravila 31. 5. 2005 s pohvalo

**Špela Štunf**, dr. med.,  
izpit opravila 31. 7. 2005 s pohvalo

**Tatjana Kitič**, dr. med.,  
izpit opravila 30. 11. 2005

**Zvezdana Sučić**, dr. med.,  
izpit opravila 30. 11. 2005 s pohvalo

**Larisa Vengar**, dr. med.,  
izpit opravila 30. 11. 2005

## Zdravniška zbornica Slovenije objavlja seznam zdravnikov, ki so opravili specialistični izpit

**Diana Dimnik**, dr. med., specialistka dermatovenerologije, izpit opravila 25. 11. 2005 s pohvalo

### Naziv "primarij" za leto 2005

Prim. asist. **Slavenka Beljanski Rogan**, dr. med.  
Prim. dr. **Marija Berčič**, dr. med.  
Prim. **Martin Bigec**, dr. med.  
Prim. asist. **Zvonko Borovšak**, dr. med.  
Prim. mag. **Boštjan Čebular**, dr. med.

Prim. mag. **Mojca Kambič Budkovič**, dr. med.  
Prim. asist. mag. **Rajko Kavalarič**, dr. med.  
Prim. **Karel Kisner**, dr. med.  
Prim. **Jože Matela**, dr. med.  
Prim. **Milivoj Piletič**, dr. med.

Prim. **Damjan Radosavljevič**, dr. med.  
Prim. asist. mag. **Davorin Sevšek**, dr. med.  
Prim. mag. **Dunja Latific Jasnič**, dr. med.  
Prim. asist. mag. **Iztok Tomazin**, dr. med.

### Izvolitve v učiteljske nazive na Medicinski fakulteti

Na seji senata Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani 3. 10. 2005 so bili v nove nazive soglasno izvoljeni spodaj naštetih sodelavci:

Doc. dr. **Damjan Glavač**, univ. dipl. kem., izvoljen v naziv izrednega profesorja za področje humana genetika  
Doc. dr. **Roman Bošnjak**, dr. med., izvoljen v naziv izrednega profesorja za področje kirurgija  
Asist. dr. **Lijana Zaletel Kragelj**, dr. med., izvoljena v naziv docentke za področje javno zdravje  
Asist. dr. **Tatjana Lejko Zupanc**, dr. med., izvoljena v naziv docentke za področje infektivne bolezni in epidemiologija  
Asist. dr. **Virginija Novak Grubič**, dr. med., izvoljena v naziv docentke za področje psihiatrija  
Asist. dr. **Tomaž Marš**, dr. med. in univ. dipl. biol., izvoljen v naziv docenta za področje patološka fiziologija  
Asist. dr. **Jerica Maver**, dr. med., izvoljena v naziv docentke za področje interna medicina  
Znanst. sod. dr. **Janez Rozman**, univ. dipl. inž., izvoljen v naziv višjega znanstvenega sodelavca za področje eksperimentalna patološka fiziologija  
Izr. prof. dr. **Anton Cerar**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv izrednega profesorja za področje patologija

Izr. prof. dr. **Igor Kranjec**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv izrednega profesorja za področje interna medicina  
Izr. prof. dr. **Gorazd Lešničar**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv izrednega profesorja za področje infektivne bolezni in epidemiologija  
Izr. prof. dr. **Borut Prestor**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv izrednega profesorja za področje kirurgija  
Doc. dr. **Franc Jelenc**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv docenta za področje kirurgija  
Doc. dr. **Borut Kobal**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv docenta za področje ginekologija in porodništvo  
Doc. dr. **Rok Romih**, univ. dipl. biol., ponovno izvoljen v naziv docenta za področje biologija celice  
Doc. dr. **Matjaž Veselko**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv docenta za področje kirurgija  
Asist. mag. **Barbara Artnik**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za področje javno zdravje  
Asist. dr. **Zdenka Čebašek Travnik**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za področje psihiatrija  
Asist. mag. **Igor Dolenc**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za področje kirurgija  
Asist. mag. **Jernej Dolinšek**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za področje pediatrija  
Asist. mag. **Emma Dornik**, prof. zdr. vzg.,

ponovno izvoljena v naziv asistentke za področje biomedicinska informatika  
Asist. dr. **Andreja Erman**, univ. dipl. biol., ponovno izvoljena v naziv asistentke za področje biologija celice  
Asist. dr. **Martina Fink**, univ. dipl. kem., ponovno izvoljena v naziv asistentke za področje biokemija in molekularna biologija  
Asist. mag. **Mojca Globočnik Petrovič**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za področje oftalmologija  
Asist. **Matija Gorjanc**, dr. med. in dr. dent. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za področje maksilofacialna in oralna kirurgija  
Asist. **Primož Gradišek**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za področje anesteziologija z reanimatologijo  
Asist. mag. **Anže Kristan**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za področje kirurgija  
Asist. dr. **Aleksandra Milutinović Živin**, dr. vet. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za področje histologija z embriologijo  
Asist. mag. **Ksenija Ogrizek Pelkič**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za področje ginekologija in porodništvo  
Asist. **Nuška Pečarič Meglič**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za področje radiologija  
Asist. **Tonka Poplas Susič**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za področje družinska medicina

- Asist. mag. **Karin Sernec**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za področje psihiatrije
- Asist. mag. **Borut Škodlar**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za področje psihiatrije
- Asist. mag. **Darja Urlep Žužej**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za področje pediatrije
- Asist. **Miloš Vesel**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za področje kirurgija
- Asist. mag. **Sanja Zupančič**, dr. dent. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za področje zobna in čeljustna ortopedija
- Asist. mag. **Miloš Židanik**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za področje psihiatrija
- Mag. **Bogdan Čizmarič**, dr. med., izvoljena v naziv asistenta za področje otorinolaringologija
- Darja Herman**, univ. dipl. mikrobiol., izvoljena v naziv asistentke za področje biokemija in molekularna biologija
- Mag. **Boštjan Jerko**, univ. dipl. inž. el., izvoljen v naziv asistentke za področje biomedicinska informatika
- Mag. **Nika Kojc**, dr. med., izvoljena v naziv asistenta za področje patologija
- Miran Kolar**, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za področje družinska medicina
- Mag. **Uroš Kovačič**, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za področje patološka fiziologija
- Mag. **Erika Matos**, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za področje onkologija in radioterapija
- Mag. **Gregor Norčič**, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za področje kirurgija
- Mag. **Maja Pavčnik Arno**, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za področje pediatrija
- Simona Rajtar**, univ. dipl. biol., izvoljena v naziv asistentke za področje farmakologija in eksperimentalna toksikologija
- Tomi Samec**, dr. dent. med., izvoljen v naziv asistenta za področje zobne bolezni in normalna morfoloģija zobnega organa
- Mag. **Špela Smrkolj**, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za področje ginekologija in porodništvo

## Novi doktorji in magistri znanosti s področja medicine

### Doktorski naziv so dosegli:

- Dr. Apolonija Bedina Zavec**, univ. dipl. biol.  
*naslov*: "Vpliv beljakovine Ecm11 na mejozo kvasovke *Saccharomyces cerevisiae*"  
*mentor*: prof. dr. Radovan Komel  
*področje*: biokemija in molekularna biologija  
*zagovor*: 4. 10. 2005
- Dr. Maja Šljapah**, univ. dipl. biol.  
*naslov*: "Raziskava genov COL4A3, COL4A4 in COL4A5 za odpravljanje mutacij in njihovih posledic pri sindromu družinskih hematurij"  
*mentor*: prof. dr. Metka Ravnik Glavač  
*področje*: biokemija in molekularna biologija  
*zagovor*: 13. 10. 2005
- Asist. dr. **Marija Petek Šter**, dr. med.  
*naslov*: "Kakovost vodenja bolnikov z arterijsko hipertenzijo v ambulantah splošne medicine v Sloveniji"  
*mentor*: doc. dr. Janko Kersnik  
*področje*: medicinske vede  
*zagovor*: 17. 10. 2005
- Dr. Alenka Grošel**, univ. dipl. mikrobiol.  
*naslov*: "Vpliv kombinacije elektrogenske terapije s p53 in elektrokemoterapije s cisplatinom na humane karcinomske celične linije in na mišje sarkome"  
*mentor*: doc. dr. Maja Čemažar  
*somentor*: prof. dr. Gregor Serša  
*področje*: medicinske vede  
*zagovor*: 25. 10. 2005
- Dr. Simona Cesar**, univ. dipl. biol.  
*naslov*: "Vpliv sepse na strukturo in funkcijo levega prekata podgane v diastoli"

- mentor*: prof. dr. Vito Starc  
*področje*: medicinske vede  
*zagovor*: 27. 10. 2005
- Dr. Katarina Ogrinc**, dr. med.  
*naslov*: "Primerjava ceftriaksona in doksicilina pri zdravljenju bolnikov s kronično lymsko boreliozo"  
*mentor*: prof. dr. Franc Strle  
*področje*: medicinske vede  
*zagovor*: 28. 10. 2005
- Dr. Bojana Avguštin**, dr. med.  
*naslov*: "Citokinski profil pri bolnikih s shizofrenijo"  
*mentor*: doc. dr. Rok Tavčar  
*področje*: medicinske vede  
*zagovor*: 4. 11. 2005

### Naziv magistra so dosegli:

- Mag. **Andreja Kamin**, univ. dipl. mikrobiol.  
*naslov*: "Molekularna diagnostika okužb z virusi TT in ugotavljanje prekuženosti pri zdravi slovenski populaciji in hemofilikih"  
*smer*: **biomedicina** – biokemija in molekularna biologija  
*mentor*: prof. dr. Vladka Čurin Šerbec  
*področje*: biokemija in molekularna biologija  
*zagovor*: 12. 10. 2005
- Asist. mag. **Nada Kecelj Leskovec**, dr. med.  
*naslov*: "Merjenje velikosti venskih golenjih razjed z večlinijskim laserskim merilnikom v primerjavi z računalniško planimetrijo s fotografijo"  
*smer*: temeljne medicinske vede  
*mentor*: doc. dr. Tomaž Lunder
- področje*: medicinske vede – dermatovenerologija  
*zagovor*: 14. 7. 2005
- Mag. **Viktorija Tomič**, dr. med.  
*naslov*: "Primerjava metod za dokazovanje bakterij *Staphylococcus aureus* odpornih proti metilcinu (MRSA)"  
*smer*: temeljne medicinske vede  
*mentor*: doc. dr. Katja Seme  
*somentor*: prof. dr. Mario Poljak  
*področje*: mikrobiologija  
*zagovor*: 24. 10. 2005
- Asist. mag. **Nena Kopčavar Guček**, dr. med.  
*naslov*: "Odnosi, stališča in ovire cepečih zdravnikov v Sloveniji do cepljenja proti gripi"  
*smer*: temeljne medicinske vede  
*mentor*: doc. dr. Bojana Beovič, dr. med.  
*področje*: medicinske vede  
*zagovor*: 24. 10. 2005
- Asist. mag. **Iztok Potočnik**, dr. med.  
*naslov*: "Pomen paracetamola pri zniževanju telesne temperature po zunajtelesnem krvnem obtoku"  
*smer*: temeljne medicinske vede  
*mentor*: prof. dr. Vesna Paver Eržen  
*somentor*: prof. dr. Rainer Lenhardt  
*področje*: medicinske vede  
*zagovor*: 8. 11. 2005
- Mag. **Jurij Bon**, dr. med.  
*naslov*: "Klinične in nevropsihološke značilnosti spominsko opredeljenih podskupin bolnikov s shizofrenijo"  
*smer*: **biomedicina** – medicina  
*mentor*: prof. dr. Martina Žmuc Tomori  
*področje*: medicinske vede  
*zagovor*: 14. 11. 2005



S I S I

## Svetovno prvenstvo zobozdravnikov

**P**rejšnjo soboto se je v slovitom Plombierburgu v Nemčiji odvijalo že 17. tradicionalno svetovno prvenstvo zobozdravnikov, ki so se med seboj pomerili v zobozdravniških spretnostih. Naj povzamemo, da se je tekmovanja udeležilo rekordno število udeležencev (12.587) iz vseh delov sveta. Tekmovanje je potekalo v več strokovnih panogah. V hitrostnem plombiranju zob so prva tri mesta zasedli dr. Bohrer (Nemčija) pred dr. Zalifko (Češka) in dr. Ano Malgam (Slovenija). Konkurenca je bila v tej disciplini močno okrnjena zaradi odsotnosti predstavnikov subsaharske Afrike. V spretnosti zdravljenja zobnih korenin je prepričljivo zmagal predstavnik Francije dr. Fousse Route in tako obranil lanskoletni naslov. Druga je bila slovaška predstavnica dr. Marika Hiperpolnilova pred Finko dr. Gutto Perkko. Izjemno napeto je bilo tekmovanje v skupini uspešnosti zdravljenja parodontoze. Z

prvič predstavil dva senzacionalna nova parodontalna indeksa:

IVSM (indeks vse se maje) in IIVZ (indeks izgube vseh zob).

IVSM kaže na novonastalo majavost zob po končanem parodontalnem zdravljenju, IIVZ pa je kazalnik novozgubljenih zob po uspešnem parodontalnem zdravljenju.

Zagotovo je tekmovanje doseglo svoj vrhunec v disciplini estetska protetika. Na tem področju lahko zanesljivo govorimo o največjem napredku tekmovalcev. Zaradi izjemnih dosežkov na tem področju prvič ekskluzivno v Sisi objavljamo tudi fotodokumentacijo prvonagrajenih del. Dr. Igor Faseta iz Slovenije se je odlikoval z odlično restavracijo interkaninega sektorja. Nемеc dr. Klaus Anker je prikazal spoj estetike s funkcionalnostjo. Dr. Hana

**17. tradicionalno svetovno prvenstvo zobozdravnikov**

Akrilatova (deklisko Wisilova) pa je postavila temelje pravi snemni protetiki. Praktično nič manj

zanimivo ni bilo na področju oralne kirurgije. Naš predstavnik dr. Miran V. Sinus je zmagal s prikazano uspešno tehniko aplikacije implantata v področje maksilarnega sinusa. Italijan dr. Luigi Fractura je dosegel drugo mesto s tehniko izdrtja spodnjega četrtega molarja ob minimalnem zlomu mandibule. Tretje mesto pa sta si razdelila dr. Anastasija Ubilova s postopkom IV aplikacije vodke in Francoz dr. Jean Mrsa z obvladovanjem infekcijskih zapletov po kirurškem zdravljenju.

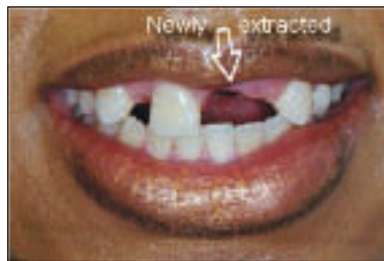
Organizator je ob pomoči sponzorjev ponovno pripravil izvrstno srečanje, ki se je končalo s pogostitvijo, plesom in gala družabnim srečanjem v prostorih hotela SW (Signal Whitening).

Vsem našim tekmovalcem so za izjemne dosežke med prvimi čestitali vsi najeminentnejši predstavniki Zdravstvene Zavajevalnice. V sporočilu za javnost so že takoj v soboto skupaj z ministrstvom za zdravje zapisali, da močno obžalujejo, da prihodnjih priprav na svetovno prvenstvo zobozdravnikov na žalost ne bodo mogli finančno podpreti, saj zobozdravstvo v celoti ne bo več sodilo v sklop obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Za Sisi dr. E. A. M.



Stanje zob pred posegom dr. Ankerja



Dosežek dr. Ankerja

zelo tesnim izidom je prvo mesto dosegla dr. Lina Plaque (Kanada) pred Bolgarom dr. Hristom Kamenkovim in Španko dr. Blanco Kirecho. Močno obžalujemo, da se tekmovanja zaradi težav z letalskim prevozom ni mogel udeležiti najuspešnejši slovenski udeleženec vseh predhodnih zobozdravniških prvenstev dr. Janez Dlesnik, ki je tudi letos veljal za nespornega favorita. Tu naj zapišemo, da je organizator



Zmagovalno delo dr. Fasete



Stanje zob pred posegom dr. Fasete



Glasilno Zdravniške zbornice Slovenije  
Strokovna revija Isis

## Impressum

LETO XV, ŠT. 1, 1. januar 2006  
UDK 61(497.12)(060.55)  
UDK 06.055:61(497.12)  
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9  
IZDAJATELJI 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  
Transakcijski račun: 02014-0014268276

**UREDNIŠTVO • EDITORIAL OFFICE**  
Dalmatinova 10, p. p. 1630,  
1001 Ljubljana  
tel.: 01/30 72 152  
faks: 01/30 72 109  
E-pošta: isis@zzs-mcs.si

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

prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.  
E-pošta: eldar.gadzijev@sb-mb.si  
Tel.: 02/32 11 244

**UREDNIKA • EDITOR**  
Elizabeta Bobnar Najžer, prof. sl., ru.  
E-pošta: eb.najzer@zzs-mcs.si

**UREDNIŠKI ODBOR  
EDITORIAL BOARD**  
Martin Bigec, dr. med.  
Vojko Flis, dr. med.  
prof. dr. Anton Grad, dr. med.  
izr. prof. dr. Alojz Lhan, dr. med.  
prof. dr. Boris Klun, dr. med.  
prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.  
prof. dr. Črt Marinček, dr. med.  
asist. mag. Marko Pokorn, dr. med.  
asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med.  
prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.  
prof. dr. David B. Vodusek, dr. med.  
prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med.  
izr. prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med.

**TAJNICA UREDNIŠTVA • SECRETARY**  
Marija Cimperman

**LEKTORICI • REVISION**  
Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.  
Mateja Jemec, prof. slov. in nem.

**OBLIKOVANJE • DESIGN**  
za ATELIER IM • Katja Žljapah, u. d. i. a.

**RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV  
IN PRIPRAVA ZA TISK • DTP**  
Camera d. o. o.  
Knezov štraden 94, Ljubljana  
tel.: 01/420 12 00

**TRŽENJE • MARKETING**  
Atelier IM d. o. o.,  
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

# Isis

Glasilno Zdravniške zbornice Slovenije

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

## Sodelovali

Katja Arko Kampuš, dr. dent. med.,  
ZD Ormož • Dragan Arrigler, Klic  
Ljubljana • Elizabeta Bobnar Najžer, prof., Zdravniška zbornica Slovenije • Damijana Bosilj, dr. med., SB Maribor • Asist. dr. Borut Bratanič, dr. med., SPS Pediatrična klinika, KC Ljubljana • Izr. prof. dr. Erika Cvetko, dr. dent. med., Inštitut za anatomijo, MF Ljubljana • Nina Čas Sikošek, dr. med., SB Maribor • Gordan Čok, dr. dent. med., Dr. Čok Dental d. o. o., Portorož • Jasna Čuk Rupnik, dr. med., vodja Centra za preventivo in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ZD Logatec • Prim. dr. Jurij Dobovišek, dr. med., SPS Interna klinika, KC Ljubljana • Mag. Zlatko Fras, dr. med., SPS Interna klinika, KC Ljubljana • Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., višji svetnik, Zdravniška zbornica Slovenije • Asist. mag. Mojca Globočnik Petrovič, dr. med., Očesna klinika, KC Ljubljana • Prof. dr. Ljerkar Glonar, dr. med., višja svetica, upokojena zdravnica, Ljubljana • Marta Grgič Vitek, dr. med., Center za nalezljive bolezni, Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana • Doc. dr. Štefek Grmec, dr. med., Center za nujno medicinsko pomoč in reševalne prevoze, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • Akad. prof. dr. Matija Horvat, dr. med., višji svetnik, Zdravniška zbornica Slovenije • Stanka Jelenc, univ. dipl. bibl., Vodja oddelka za medknjižnično izposojilo in dobavo dokumentov, Centralna medicinska knjižnica • Izr. prof. dr. Radko Komadina, dr. med., svetnik, Travmatološki oddelek, SB Celje • Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Anja Koren Jeverica, dr. med., oddelek za alergologijo, imunologijo in revmatska obolenja, SPS Pediatrična klinika, KC Ljubljana • Prof. Pavle Kornhauser, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Dr. Janko Kostnapfel, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Petra Krajnc, dr. med., specializantka v mariborski regiji • Dejan Kupnik, dr. med.,

Center za nujno medicinsko pomoč in reševalne prevoze, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • Vanja Malis, Ljubljana • Prof. dr. Črt Marinček, dr. med., višji svetnik, Inštitut RS za rehabilitacijo, Ljubljana • Katja Martinc, Zdravniška zbornica Slovenije • Jožica Maučec Zakotnik, dr. med., Cindi Slovenija, Ljubljana • Borut Miklavčič, univ. dipl. polit., generalni direktor, ZZZS • Ivan Mrzlikar, dr. dent. med., predsednik delovnega predsedstva letne konference, Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Fides • Dejan Ognjenovik, dr. med., SB Maribor • Sanja Lucija Pečnik, dr. dent. med., Zasebna ordinacija, Ljubljana • Doc. dr. Bojana Pinter, dr. med., SPS Ginekološka klinika, KC Ljubljana • Asist. dr. Tom Ploj, dr. med., Katedra za interno medicino, MF Ljubljana • Prim. mag. Alenka Pretnar Darovec, dr. med., SPS Ginekološka klinika, KC Ljubljana • Prim. mag. Metoda Rejc Novak, dr. dent. med., Ortodonska ambulanta, Ljubljana • Prof. dr. Stane Repše, dr. med., višji svetnik, KO za abdominalno kirurgijo, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana • Dr. Zlata Remškar, dr. med., Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo • Prof. dr. Matjaž Rode, dr. dent. med., višji svetnik, ZD Ljubljana Enota Moste Polje • Prof. dr. Tomaž Rott, dr. med., Inštitut za patologijo, MF Ljubljana • Prof. dr. Uroš Skalarič, dr. dent. med., višji svetnik, SPS Stomatološka klinika, KC Ljubljana • Prim. asist. mag. Mirjana Stantič Pavlinič, dr. med., ZD Ljubljana • Polonca Steinmann, dr. med., SPS Interna klinika, KC Ljubljana • Prim. Lojze Števanec, dr. med., upokojeni zdravnik, Tišina • Prim. Franc Štolfa, dr. dent. med., upokojeni zobozdravnik, Celje • Špela Štunf, dr. med., specializantka v ljubljanski regiji • Prim. izr. prof. dr. Erih Tetičkovič, dr. med., svetnik, SB Maribor • Asist. Ksenija Tušek Bunc, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • Petra Urek, Društvo Solzice, Krško • Prim. prof. dr. Veljko Vlasisavljevič, dr. med., višji svetnik, SB Maribor

## Navodila avtorjem

Rok oddaje vseh prispevkov za objavo v reviji Isis je do 10. v mesecu (prejeto v uredništvu) za naslednji mesec. Članke lahko pošljete po pošti na naslov uredništva, po faksu ali po elektronski pošti. Da bi se izognili podvajanju dela, vam predlagamo, da članke oddajate v elektronski obliki (disketa, zgoščena, e-pošta). Dolžina članok je omejena na največ 30.000 znakov – štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman). Lahko priložite fotografije, diapozitive ali digitalne fotografije (velikost najmanj 300 dpi).

Ker izbrane prispevke honoriramo, priložite tudi svoj polni naslov stalnega bivališča, davčno številko, davčno izpostavo, popolno številko tekočega ali žiro računa in ime banke.

### Navodila o navajanju pokroviteljev

Na koncu prispevka so lahko navedena imena farmacevtskih podjetij, delovnih organizacij, matičnih delovnih organizacij, kjer ste zaposleni, društev, združenj in ostalih pravnih ter fizičnih oseb, ki so po vašem mnenju kakorkoli prispevala k nastanku prispevka. Uredništvo si pridržuje pravico, da bo imena objavljalo v notni obliki.

### Navodila za objavljane prispevkov v rubriki "strokovna srečanja"

Dolžina prispevkov je omejena na največ dve strani v reviji Isis, objavljena je lahko le ena fotografija, ki se vštevja v skupno dolžino. To pomeni, da ima prispevek brez slike lahko največ 10.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman), oziroma 11.500 znakov - štetje s presledki. Prispevek s sliko ima lahko največ 9.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman), oziroma 10.500 znakov - štetje s presledki. Vsako poročilo iz tujine mora obvezno vsebovati kratak zaključek, kaj pomeni srečanje za stroko v Sloveniji: ali in kje oziroma kako je mogoče izsledke prenesti v slovenski prostor. V primeru, da je slovenska stroka v svetovnem vrhu, je treba v zaključku na kratko povzeti njeno vlogo v ustreznem merilu. Prispevkov, ki ne bodo upoštevali zgoraj navedenih navodil, uredništvo ne bo objavilo oziroma bo avtorje prosilo za dopolnitve.

Revija izhaja prvega v mesecu. Letna naročnina za nečlane (naročnike) je 11.760,00 SIT, za naročnike v tujini 23.520,00 SIT, posamezna številka za nečlane stane 980,00 SIT. Davek na dodano vrednost je vračunan v ceni ter se ga obračunava in plačuje po 8,5-odstotni stopnji. Rokopisov ne vračamo. Izbrane in naročene članke honoriramo. Naklada 7950 izvodov. Poština plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

### 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 7950 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.

The President of the Medical Chamber  
Prof. **Vladislav Pegan**, M.D., Ph.D.  
E-mail: vladislav.pegan@zzs-mcs.si  
The vice-presidents of the Medical Chamber

**Prof. Andreja Kocijančič**,  
M.D., Ph. D.  
Prof. **Nenad Funduk**, S.D., Ph.D.  
The President of the Assembly  
**Vojko Kanič**, M.D.  
The vice-president of the Assembly  
**Sabina Markoli**, 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. Andreja Kocijančič**,  
M.D., Ph. D.  
The president of the Primary health care committee  
Prim. **Mateja Bulc**, M. D.  
The president of the Hospital health care committee  
Prim. **Jožef Ferik**, M.D.  
The president of the Dentistry health care committee  
Prof. **Nenad Funduk**, S.D., 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  
**Tatjana Puc Kous**, M. D.  
The Secretary General  
**Brane Dobnikar**, L.L.B.

Public Relations Department  
**Elizabeta Bobnar Najžer**, 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. B. Sc. Econ.



## The Medical Chamber of Slovenia

*Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.*

### Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

- Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
- Maintaining a register of members and issuing membership cards.
- Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.
- Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
- Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
- Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.
- The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.
- Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.
- Determining doctors' fees and participating in agreeing the prices of health care services.
- Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.
- Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional' salaries.
- Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.
- Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.
- Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.
- Assisting members to find suitable locums during their absence.
- Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.
- Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.
- Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.
- Monitoring alternative methods of treatment.
- Deterring prohibited and unacceptable medical practices.
- Providing a free permanent consulting service to members.
- Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.

## Od terciarja do kvartarja



Enotna doktrinarna izhodišča za zdravljenje po načelih stopnjevitosti diagnostike in terapije smo v okviru tedanje Zdravstvene skupnosti Slovenije prvič začeli pripravljati leta 1982. Iz strokovnjakov različnih strok smo sestavili delovne skupine, ne samo iz Ljubljane, temveč predvsem iz primarne, sekundarne in terciarne ravni zdravstvenega varstva. Soglasno sprejeta navodila smo objavljali v priročnikih, namenjenih predvsem delu v pogojih osnovnega zdravstva. Mogoče smo celo preveč verjeli takratnim stališčem Svetovne zdravstvene organizacije, po katerih naj se 70 odstotkov zdravstvene problematike rešuje na osnovni, 20 odstotkov na sekundarni in 10 odstotkov na terciarni ravni. Oblikovanje doktrine nam je predstavljalo podoben izziv kakor danes klinične poti. Navdušenja je bilo veliko, vsaj tam, kjer smo želeli in znali povezati vrhunsko strokovno, raziskovalno in pedagoško delo v celoto.

Tudi danes opredelitev določenega področja kot terciarne ne more izhajati iz meril domačega dvorišča, ampak mora prenesti mednarodno primerjavo, in to ne v okviru bivše skupne države z morebitnim dodatkom maloobmejnega sodelovanja. Vsaka zdravstvena specialnost in njeni posamezni deli imajo svoj mednarodni strokovni in znanstveni vrh z ocenjenimi revijami, ki pokrivajo določena področja. Originalne (izvirne) članke v takšnih revijah ločeno pregledajo dva do trije recenzenti in ker med seboj ne vedo za kritike drugih, ima urednik še dodatno delo. Če pogledamo v naš sistem COBISS, je ganljivo, koliko izvornih znanstvenih člankov je objavljenih v glasilih bolnišnic in inštitutov. Poznam tudi ne tako osamljene primere objavljenih povzetkov avtorjev, ki jih na tistih svetovnih ali evropskih kongresih sploh ni bilo. V preteklosti sem mislil, da je to samo posebnost ruskih strokovnjakov, ki so morali ostati doma kljub sprejeti objavi. Podoben nesmisel so vabljeni predavanja na domačih konferencah.

Pridobiti si kredibilnost v mednarodnem prostoru zahteva vztrajnost, strokovno poštenost in znanstveno objektivnost. Zaradi kredibilnosti so članki določenih ustanov, skupin in posameznikov v dobrih revijah razmeroma hitro objavljeni, drugi brez osnovnega, na dokazih temelječega pristopa (evidence based) pa nikakor ne najdejo prostora pod evropskim soncem, kljub stotinam (domačih) bibliografskih



enot v COBISS. Ali gre torej za terciarno ali terciarno dejavnost? Tajnice se pri tipkanju pogosto zmotijo, pa ne samo tajnice.

Razumljivo je, da z novimi univerzami oziroma fakultetami raste zanimanje tudi za terciarno dejavnost. Merila za slednjo morajo biti evropsko naravnana, saj so zdravstvene specializacije v rokah medicinskih fakultet samo še v Srbiji, Črni gori in tam blizu. Evropska merila postavljajo uradni odbori UEMS, ki

so do sedaj kot evropske učne centre akreditirali Inštitut za anesteziologijo KC, Inštitut RS za rehabilitacijo v Ljubljani, Očesno kliniko KC v Ljubljani in verjetno še koga. Nobenega razloga ni, da ne bi bilo tudi v Sloveniji več akreditiranih učnih centrov za posamezne specializacije, treba pa je izpolniti za vse enako zahtevne pogoje. Tudi na sekundarni ravni, kjer želimo še v večji meri zaposlovati specializante.

Pridobitev in uspešna izvedba evropskih in regionalnih strokovnih in znanstvenih prireditev ni namenjena sama sebi. Potrebna je že omenjena kredibilnost in mednarodni strokovni ugled lokalnih organizatorjev. Uspešni (tudi prvi) nastopi odprejo mladim slovenskim predavateljem vrata v svetovno akademsko sfero, še posebno, ker se tujci prepričajo, da pri nas predstavljeni rezultati temeljijo na dolgoletnem resnem delu, katerega sestavni del so tudi mednarodne objave s področja določene terciarne dejavnosti. Tudi odlični rezultati slovenskih specializantov na evropskih specialističnih izpitih in njihove najvišje uvrstitve na tekmovanjih mladih raziskovalcev niso več samo naključne.

Večje zanimanje naših poslovodno naravnanih kolegov oziroma vodstev za tako imenovani terciar je razumljivo. Pomeni denar. Po novih določilih je dejavnost treba zabeležiti, programsko dokazati in ustrezno porabiti temu namenjena pogodbeno sredstva. Podobnost "zanimanja" za t. i. terciarne tehnične pripomočke ni samo naključna. Dolgoletni strokovnjaki za druga področja se naenkrat spoznajo tudi na to. Brez izkušenj, brez referenc ...

Če bo gneča na terciarnem področju prevelika, lahko v Sloveniji posebej uvedemo novo najzahtevnejšo kategorijo – kvartar.