

# ISIS



*Kravt*

# Kaj smo postorili v tem letu in kaj bodo prioritete v naslednjem?

*Gordana Kalan Živčec*

Po dobrem letu mandata, ki ste ga podelili meni, moji ekipi in našemu programu na volitvah, je čas za analizo storjenega. Preglejmo, kaj od zapisanega je postorjeno in kaj bodo prioritete v nadaljevanju.

Še v lanskem poletju smo objavili priporočeno tarifo 65 EUR neto za »delo zdravnika na trgu povpraševanja«. Ob izjemnem pomanjkanju zdravnikov je mnogim izvajalcem že nemogoče izpolnjevati obveznosti iz podpisanih programov in so pripravljene za njegovo izpolnitev plačati zdravniku toliko, kot so tudi že dosežena plačila na tem področju. Tudi bolniki imajo tako zagotovljenih več storitev, ki jih sicer ne bi dobili v okviru zdravstvenega zavarovanja.

Aktivno smo pomagali članom pri prevedbi na nov plačni sistem, ker so se pojavile resnične nepravilnosti (npr. specializant ima višjo razvrstitev kot mentor), ki so ponovno dokazale, kako zelo specifičen, študijsko zahteven in neprimerljiv je zdravniški poklic. Eden od rezultatov spremembe plačnega sistema je tudi sprememba v izračunu članarine. Višino nam določa odločba Vrhovnega sodišča RS in je v letu 2008 celo nismo spreminjali, kljub dvakratni spremembi plač. Članarina je »jabolko spora«, ki ga želi manjšinski del zdravništva in večinski del politike prikazati kot največji problem zbornice. Nekateri (zobo)zdravniki, ki ne potrebujejo licence za delo z bolniki, so iz zbornice tudi izstopili (171 od skupno 8283 članov zbornice), vendar je večina prepoznala pomen celovite stanovske organizacije, kateri s svojim članskim prispevkom omogočajo nemoteno delovanje ter podpirajo naša

prizadevanja, da za vrednost članskega prispevka zagotovimo članom kar najkakovostnejše storitve.

Vsi člani Zdravniške zbornice Slovenije imamo od 24. decembra 2008 organizirano zavarovanje za pravno pomoč v kazenskih in odškodninskih zadevah.

Od spomladi 2009 deluje strokovna skupina za pomoč kolegom v stiski, katere člani so pripravljene svetovati po telefonu 01 307 2222 vsak ponedeljek in četrtek od 15. do 16. ure ali tudi neposredno v osebnih pogovorih. V sporih med kolegi je zbornica organizirala mediacijo kot moderno in demokratično obliko hitrega in dostojnega reševanja sporov v duhu kodeksa in deontoloških načel zdravništva.

Medijski pogrom nad zdravništvom se je v tem letu stopnjeval do izjemnih razsežnosti, kar so neredko vzpodbujali celo predstavniki aktualne politike. Kljub temu smo imeli z mediji ves čas povsem odkrit, pregleden in demokratičen odnos, ker menim, da je na dolgi rok to edina dobra oblika delovanja. Tako smo v letošnjem letu zaposlili tudi strokovnjaka s tega področja, ker želimo ohraniti najvišjo stopnjo korektnosti in tudi zaščite (zobo)zdravnikov, kakor tudi ugled stroke in stanu. Doseženih je bilo kar nekaj popravkov objav oziroma prikazov nasprotnih dejstev v medijih, dve tožbi zaradi neobjave zahtevanega popravka zoper eno izmed komercialnih televizij pa sta trenutno v fazi odločanja pred Vrhovnim sodiščem Republike Slovenije.

Intenzivno smo izboljševali informiranje članstva in tudi javnosti.



Izdali smo nekaj publikacij in plakatov (z gibanki Vaši zdravniki in zobozdravniki – Poti do zdravja in zdravljenja pri nas, Kakovost v zdravstvu 2009, plakat Pravica do zobozdravstvenih storitev – Kaj morate vedeti kot zavarovana oseba? in plakat Zobozdravniki svarimo pred slabšanjem zobozdravstvenega varstva v Sloveniji), v teh dneh bo končano poskusno testiranje nove spletne strani zbornice, ki bo na zaprtem intranetu omogočala članom neposreden vpogled v njihove osebne podatke, njihovo ažuriranje in v prihodnje tudi posredovanje različnih vlog preko spleta. Redno izhaja tedenski Bilten (do sedaj je izšlo že 43 števil) z vsemi aktualnimi dogodki preteklega tedna. Ugotavljamo, da ga z zanimanjem prebira tudi širša javnost. Vsebinsko in oblikovno je bil osvežen Isis, za kar smo dobili kopico pozitivnih odzivov. Aktiven je »sistem vrnjenega klica«. Vsakemu članu zbornice ali tudi laiku, ki želi neposredno komunicirati z vodstvom ali menoj osebno, je vrnjen klic v terminu, ko je mogoč najbolj nemoten pogovor za obe strani. Ti pogovori so pogostokrat zelo izčrpani in poglobljeni. Omogočajo hitro razrešitev perečih vprašanj, meni pa dajejo dodatno priložnost in vpogled v najbolj aktualna razmišljanja tistih, ki se obračajo na zbornico zaradi različnih razlogov. Izvedena je bila anketa o zadovoljstvu članov. Rezultati bodo odlična osnova za načrtovanje dela v prihodnje.

V skladu z novelo Zakona o zdravniški službi smo spremenili Pravilnik o izobraževanju. Pri izbiri kandidata za posamezno specializacijo je pridobil večjo veljavo osebni razgovor s kandidatom in v okviru tega večji vpliv lokalnega okolja na izbiro. Z mednarodnimi organizacijami imamo že zastavljene temelje za neposredno priznavanje dela programa specialističnega izobraževanja v tujini v naš program specializacije.

Ker se zavedamo svoje odgovornosti do javnosti in njenega pomena v delovanju zdravstvenega sistema, smo vzpostavili Forum laične javnosti. Občutiti je, da naša javnost še ne pozna tega načina komunikacije s stroko in delo foruma še ne poteka tako aktivno, kot smo načrtovali in bi bilo mogoče. Prav v duhu velikih sprememb v zdravstvu je njegov pomen in priložnost še toliko večja. Zainteresirani državljani imajo namreč priložnost pridobiti vse informacije, podatke in analize, kaj določena predlagana sprememba pomeni v sistemu in kaj prinaša tako zdravnikom kot bolnikom. Skupno lahko izdelamo in predlagamo

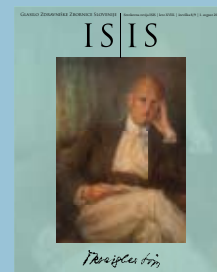
najkakovostnejše rešitve v korist zdravnikov in za dobrobit bolnikov.

Volitve so bile 13. maja 2008. Ara je bila vplačana 13. maja 2009. Pogodbe so podpisane. Izpolnitev dolgoletnega upanja slovenskega zdravništva in zobozdravništva je realnost. Domus Medica Slovenije se gradi in bo vseljiv septembra 2010! Potrebno je bilo ogromno usklajevanja, razmisleka, vztrajnosti in tudi odločnosti, da smo dobili »dom« za vse zdravniške organizacije. Imeli bomo lastne prostore za izobraževanje, klub za druženje, prostore za delo odborov in komisij, dobro dostopnost, zadostno število parkirnih prostorov, izjemno lokacijo v razvoju mesta Ljubljana... Ponovno smo dokazali, da smo redka skupina intelektualcev, ki preseže osebne interese za dobrobit skupnosti, stroke in njene prepoznavnosti, da se zavedamo svoje odgovornosti za prihodnost zdravništva v Sloveniji.

Le z uporabo že do sedaj sprejete zakonodaje tudi v svojo korist, s pozitivnim zavzemanjem za skupne cilje, s podporo javnosti, ki kljub drugačnemu vtisu še vedno postavlja zdravniški poklic na prvo mesto, bomo svojo pot uspešno gradili tudi v prihodnje. Prav zagotovo bi bilo mogoče v minulemu letu katero od dejanj izpeljati bolje, katero od težkih odločitev sprejeti drugače. Čaka nas ogromno dela pri izboljšanju naših aktov, pravilnikov in postopkov, ki jih je treba prilagoditi tako razvoju družbe kakor tudi organiziranosti zdravništva. Tudi nadaljevanje začetega dela bo izjemno zahtevno. Tako kot v stroki, pa se stalno izpopolnjujemo, se zavedamo svoje odgovornosti in bomo ohranili iskreno vero, da je prihodnost mogoče zgraditi s trdim, predanim delom in veliko odrekovanja, ob tem pa ohraniti pokončno držo, ponos in spoštovanje zdravništva.

Tokratna naslovnica predstavlja lik slovenskega zdravnika in pisatelja dr. Lojza Kraigherja (1877–1959) na oljnem portretu akademskega slikarja Ivana Vavpotiča. Nastala je okoli leta 1920 in je last Alenke Kraigher.

Oblikovanje naslovnice in avtor logotipa: Primož Kalan  
Priprava: prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec



## ■ UVODNIK

Kaj smo postorili v tem letu  
in kaj bodo prioritete v naslednjem? 3  
*Gordana Kalan Živčec*

## ■ ZBORNICA

Aktivnosti izvršilnega odbora in strokovne službe 9

Digitalno delovno mesto v zdravstvu:  
nov način razmišljanja 16

## ■ PERSONALIA

Opravljeni specialistični izpiti 18

## ■ IZ EVROPE

Koncesionarji začenjajo s kampanjo za svoj ugled 20  
*Marjan Kordaš*

Švica: komplementarna medicina v ustavo 20  
*Marjan Kordaš*

Hrvaški stomatološki vestnik –  
glasilo Hrvaške stomatološke zbornice 22  
*Vito Vrbič*

Razprodaja medicine 23  
*Marjan Kordaš*

## ■ ZDRAVSTVO

Mediacija v zdravstvu 26  
*Simona Mlakar, Anka Stojan*

Okrogla miza na 34. srečanju  
stomatologov Slovenije v Portorožu, junij 2009 30  
*Gorazd Sajko, Marjan Premik, Aleksander Velkov*

Sporočilo za medije še ne zagotavlja medijske objave 32  
*Damjana Pondelek*

## ■ FORUM

O pojmih napaka in zmota pri  
ugotavljanju pravne odgovornosti 34  
*Damjan Korošec*

Zdravniška paradigma 38  
*Nina Mazi*

## ■ INTERVJU

Doc. dr. Janez Primožič, dr. med. 41  
*Alojz Ihan, Štefan Grosek*

## ■ MEDICINA

Dr. Lojze Kraigher (1877–1959) –  
pisatelj, zdravnik, politik 48  
*Zvonka Zupanič Slavec*

Nova priporočila za preprečevanje  
infekcijskega endokarditisa 54  
*Mateja Logar, Tatjana Lejko Zupanc, Andreja Pikelj Pečnik*

Kdaj meriti SR in kdaj CRP? 56  
*Rudi Pavlin*

Kvaliteta kosti – dejavnik tveganja za zlom 57  
*Janez Preželj, Tomaž Kocjan, Marija Pfeifer, Antonela Sabati Rajič*

Zaviralci encima DPP-4  
v zdravljenju bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 59  
*Franc Mrevlje*

Izdelki iz „Spice“ z dodanimi sintetičnimi kanabinoidi 62  
*Mercedes Lovrečič, Barbara Lovrečič*

Večkratno odporne bakterije  
in glive v bolnišničnem okolju 65  
*M. Stantič Pavlinič, H. Ribič, M. Mueller Premru, S. Koren*

Prvi WINFOCUS tečaj  
urgentnega ultrazvoka v Sloveniji 68  
*Štefek Grmec, Gregor Prosen*

Prvi tečaj gorskega reševanja in urgentne  
medicine za zdravnike in reševalce v Nepal 70  
*Iztok Tomazin*

Strokovni posvet zdravnikov in  
medicinskih sester, ki izvajajo cepljenja v celjski regiji 73  
*Lucija Beškovnik, Alenka Trop Skaza*

Europario 6 75  
*Erika Cvetko, Rok Gašpersič*

Interdisciplinarna obravnava  
bolnikov s skeletnimi nepravilnostmi obraza 77  
*Aleksander Sapač*

85. kongres Evropskega ortodontskega društva 79  
*Rade Pavlovič in Daniela Kramberger*

Svet Evropske zveze za  
ginekologijo in poredništvo v Budimpešti 81  
*Ziva Novak Antolič*

Kroženje specializantov v tujini 84  
*Maja Pakiž*

Stres, izgorelost in rak dojke 87  
*Polonca Kovarič, Marjan Bilban*

Duševni dejavniki in nastanek raka 92  
*Matjaž Zwitter*

Ginekološka onkologija 93  
*Dejan Ognjenovik*

Pljučni rak skozi čas 95

*Zvonka Zupanič Slavec*

Evropski sestanek klinične in raziskovalne oftalmologije letos še tretjič v Portorožu 98

*Marko Harvčina*

## ■ STROKOVNE PUBLIKACIJE

Kako napisati medicinski članek 99

*Mitja Lainščak, Mitja Košnik*

Kako kritično brati strokovne in znanstvene članke? 100

*Tanja Cufjer, Mitja Košnik*

Navodila za obravnavo bolnika s

Creutzfeldt-Jakobovo boleznijo 101

*Nuška Čakš Jager*

## ■ OBLETNICA

Stoletnica Ortopedske bolnišnice Valdoltra 102

*Srečko Herman*

## ■ STAN

Prof. Franc Hribar (4. 3. 1895–28. 12. 1967),  
pisec prvega slovenskega učbenika patologije 105

*Albert Juteršek*

## ■ S KNJIŽNE POLICE

Poročilo s potovanja v prostoru in času 106

*Mare Cestnik*

Alan Bennett: Nenavadna bralka 108

*Marjan Kordaš*

## ■ STROKOVNA SREČANJA 111

## ■ DELOVNA MESTA 129

## ■ ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

Nastop nepogrešljivega pianista in  
organizatorja glasbenega življenja med zdravniki 137

*Rok Korošec*

Predzgodovina kulture MF 140

*Jasna Čuk Rupnik*

Zbor in orkester evropskih  
študentov medicine v Ljubljani 140

*Ana Dovč*

Otočje Svalbardi – arktični biser 142

*Tomaz Marš*

Danes pa grem 145

*Andrej Šubič*

**Doc. dr. Janez Primožič, dr. med.**

*Alojz Ihan, Štefan Grosek*



41

## 25. kongres Evropskega ortodontskega društva

*Rade Pavlovič in Daniela Kramberger*



79

Lepo je v naši domovini biti star 146

*Boris Klun*

Vprašanja za Radio Erevan 147

*Dušan Sket*

Igriva narava 147

*Aleksander Brunčko*

S cveta na cvet 148

*Majda Kurinčič Tomšič*

## ■ SISI

Rastoče težave Zdravka Drena 150

*Che in Zverjasec*

## ■ ZAVODNIK - TAKO MISLIMO

Bogovi v belem? 152

*Boris Klun*

## Impressum

LETO XVIII., ŠT. 8-9, 1. avgust 2009  
natisnjeno 8500 izvodov  
datum tiska: dan pred izidom  
UDK 61(497.12)(060.55)  
UDK 06.055:61(497.12)  
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

### IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK / PUBLISHED BY

Zdravniška zbornica Slovenije  
The Medical Chamber of Slovenia  
Dalmatinova 10, p. p. 1630,  
1001 Ljubljana  
W: <http://www.zdravniskazbornica.si>  
T: 01/ 30 72 100, F: 01/ 30 72 109  
E: [isis@zzs-mcs.si](mailto:isis@zzs-mcs.si)  
Transakcijski račun: 02014-0014268276

### PRESEDNICA / PRESIDENT

prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med.

### UREDNIŠTVO / EDITORIAL OFFICE

Dalmatinova 10, p. p. 1630,  
1001 Ljubljana  
W: <http://www.zdravniskazbornica.si>  
Isis online: ISSN 1581-1611  
T: 01/ 30 72 152, F: 01/ 30 72 109  
E: [isis@zzs-mcs.si](mailto:isis@zzs-mcs.si)

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

prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.  
E: [egadzijev@onko-i.si](mailto:egadzijev@onko-i.si)  
T: 01/587 98 97

### TEHNIČNA UREDNICA, LEKTORICA / EDITOR, REVISION

Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.  
E: [marta.brecko@zzs-mcs.si](mailto:marta.brecko@zzs-mcs.si)

### UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI / EDITORIAL BOARD AND JOURNALISTS

prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.  
doc. dr. Vojko Flis, dr. med.  
prof. dr. Anton Grad, dr. med.  
prim. asist. Jana Govc Erzen, dr. med.  
prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.  
prof. dr. Boris Klun, dr. med.  
akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.  
prof. dr. Črt Marinček, dr. med.  
asist. mag. Marko Pokorn, dr. med.  
asist. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.  
prof. dr. Tomaž Rott, dr. med.  
asist. Aleš Rozman, dr. med.  
akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.  
prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med.  
prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med.

### TAJNICI UREDNIŠTVA / SECRETARY

Marija Cimperman  
Slavka Sterle

### OBLIKOVANJE / DESIGN

Andrej Schulz, Primož Kalan  
VisArt studio, Ljubljana

### RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN PRIPRAVA ZA TISK - DTP

Andrej Schulz, Barbara Kovačič,  
Simon Trampuš, Primož Kalan  
VisArt studio  
Kvants - VisArt d.o.o.  
Koprska ulica 94, 1000 Ljubljana  
T: 01/257 67 41

### TRZENJE / MARKETING

Atelier IM d. o. o., Breg 22, Ljubljana  
T: 01/ 24 11 930, F: 01/ 24 11 939  
E: [atelier-im@siol.net](mailto:atelier-im@siol.net)

### TISK / PRINTED BY

Tiskarna Povše,  
Povšetova 36 a, Ljubljana  
T: 01/439 98 40

Vse pravice pridržane, ponatis celote ali posameznih delov je dovoljen le z dovoljenjem uredništva.

Lastnik blagovne znamke: Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana

## Navodila avtorjem

Rok oddaje vseh prispevkov za objavo v reviji Isis je do 5. v mesecu (prejeto v uredništvu) za naslednji mesec. Članke lahko pošljete po pošti na naslov uredništva, po faksu ali po elektronski pošti. Članke oddajate v elektronski obliki (zgoščenka, e-pošta). Dolžina člankov je omejena na največ 30.000 znakov - šteje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman). Lahko priložite fotografije, diapozitive ali digitalne fotografije.

Za objavo so primerne digitalne fotografije, velike vsaj 1500 x 1200 točk (pixels), to je okoli 2 milijona točk. Ločljivost najmanj 300 dpi.

Ker izbrane prispevek honoriramo, priložite svoj polni naslov stalnega biva-lišča, davčno številko, davčno izpostavo, popolno številko transakcijskega računa in ime banke.

Prispevke z naslovi, mednaslovi in podarkci (so)opremlja uredništvo.

## Poročila s strokovnih srečanj

Dolžina prispevkov je omejena na največ dve strani v reviji Isis, objavljena je lahko le ena fotografija, ki se vsteva v skupno dolžino. To pomeni, da ima prispevek brez slike lahko največ 10.000 znakov - šteje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman). Prispevek s sliko ima lahko največ 9.000 znakov - šteje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman). Vsako poročilo iz tujine mora obvezno vsebovati kratek 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.

## 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 objavljala v enotni obliki.

## Izjava uredništva

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

## Letna naročnina

Letna naročnina za nečlane (naročnike) je 49,20 EUR, za naročnike v tujini 98,40 EUR, posamezna številka za nečlane stane 4,10 EUR. Davek na dodano vrednost je vračunan v ceni ter se ga obračunava in plačuje po 8,5-odstotni stopnji. Poštnina plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

# ISIS

## Sporočilo bralcem

Literatura je na voljo pri avtorjih.

## Sodelovali

Lucija Beškovnik, dr. med., ZZV Celje • **Prim. izr. prof. dr. Marjan Bilban**, dr. med., Zavod za varstvo pri delu, d.d. • **Prim. asist. Aleksander Brunčko**, dr. med., Univerzitetni klinični center Maribor • **Mare Cestnik** • **Izr. prof. dr. Erika Cvetko**, dr. dent. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani • **Nuška Čakš Jager**, dr. med., IVZ Ljubljana • **Prof. dr. Tanja Cufer**, dr. med., Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo • **Jasna Čuk Rupnik**, dr. med., ZD Logatec • **Ana Dovč**, Projekt European Medical Students' Choir - EMSC in European Medical Students' Orchestra - EMSO • **Doc. dr. Rok Gašperšič**, dr. dent. med., Univerzitetni klinični center, SPS Stomatološka klinika • **Prim. prof. dr. Štefek Grmec**, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • **Doc. dr. Štefan Grosek**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, KO za otroško kirurgijo in otroško terapijo • **Prof. dr. Marko Hawlina**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Očesna klinika • **Prof. dr. Srečko Herman**, dr. med., Ljubljana • **Prof. dr. Alojz Ihan**, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani • **Prof. dr. Albert Juteršek**, dr. med., Kamnik • **Prim. Gordana Kalan Živčec**, dr. med., Zdravniška zbornica Slovenije • **Prof. dr. Boris Klun**, dr. med., Ljubljana • **Doc. dr. Tomaž Kocjan**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Interna klinika • **Akad. prof. dr. Marjan Kordaš**, dr. med., Ljubljana • **Prof. dr. Srečko Koren**, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani • **Rok Korošec**, študent medicine • **Dr. Damjan Korošec**, izredni profesor, Katedra za kazensko pravo Pravne fakultete Univerze v Ljubljani • **Izr. prof. dr. Mitja Košnik**, dr. med., Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo • **Polonca Kovačič**, dr. med., ZD Domžale • **Daniela Kramberger**, dr. dent. med., ZD Gornja Radgona • **Prim. Majda Kurinčič Tomšič**, dr. med., Radomlje • **Doc. dr. Mitja Lainsčak**, dr. med., Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo • **Doc. dr. Tatjana Lejko Zupane**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za infekcije bolezni in vročinska stanja • **Doc. dr. Mateja Logar**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za infekcije bolezni in vročinska stanja • **Mag. Barbara Lovrečič**, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja RS • **Asist. mag. Mercedes Lovrečič**, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja

RS • **Tomaž Marš**, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani • **Mag. Nina Mazi**, dr. med., Ljubljana • **Simona Mlakar**, univ. dipl. prav., Zdravniška zbornica Slovenije • **Prim. Franc Mrevlje**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Interna klinika • **Prof. dr. Manica Müller Premru**, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani • **Prof. dr. Živa Novak Antolič**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Ginekološka klinika • **Asist. ZD Dejan Ognjenovik**, dr. med., Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za ginekološko onkologijo • **Asist. mag. Maja Pakič**, dr. med., UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo • **Prof. dr. Rudi Pavlin**, Inštitut za patološko fiziologijo • **Rade Pavlovič**, dr. dent. med., zasebnik s koncesijo • **Doc. dr. Marija Pfeifer**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, endokrinološki oddelek • **Dr. Andreja Pikelj Pečnik**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za infekcije bolezni in vročinska stanja • **Damjana Pondelek**, Urednica, odnosi z javnostmi, d.o.o. • **Doc. dr. Marjan Premik**, dr. dent. med., Ljubljana • **Prof. dr. Janez Preželj**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, diabetološki oddelek • **Asist. Gregor Prosen**, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • **Helena Ribič**, dr. med., ZZV Kranj • **Asist. Aleš Rozman**, dr. med., Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo • **Antonela Sabati Rajjič**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, endokrinološki oddelek • **Gorazd Sajko**, dr. dent. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • **Aleksander Sapač**, dr. dent. med., specializant • **Prof. dr. Dušan Sket**, dr. med., Ljubljana • **Prim. asist. mag. Mirjana Stantič Pavlinič**, dr. med., Ljubljana • **Anka Stojan**, univ. dipl. psih., Ahil svetovanje d.o.o. • **Andrej Šubic**, dr. med., Ambulanta Šubic, d.o.o., • **Prim. mag. Iztok Tomazin**, dr. med., ZD Trzič • **Dr. Alenka Top Skaza**, dr. med., ZZV Celje • **Aleksander Velkov**, dr. dent. med., Golnik • **Prof. dr. Vito Vrbič**, dr. dent. med., Ljubljana • **Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec**, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut za zgodovino medicine • **Izr. prof. dr. Matjaž Zwitter**, dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana

# Aktivnosti izvršilnega odbora in strokovne službe

## Projekti

### Domus Medica

V drugi polovici junija so predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med., predsednik Slovenskega zdravniškega društva prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med., predsednik Fidesa - sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije Konrad Kuštrin, dr. med., in predsednik Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije asist. Dean Klančič, dr. med., dokončno dogovorili in uskladili vrsto dokumentov ter slovesno podpisali kupoprodajno pogodbo za osrednjo slovensko zdravniško in zobozdravniško hišo Domus Medica. Ta bo tako lahko zaživela kot prava slovenska zdravniška hiša v vsej svoji obliki in vsebini v duhu tradicije svetovnega zdravništva, ki je prepoznano tudi v lokalnem okolju.

To vsekakor pomeni nov mejnik v zgodovini slovenskega zdravništva in zobozdravništva ter uresničitev večletnih prizadevanj in želja, da bi slovensko zdravništvo dobilo osrednjo slovensko zdravniško hišo.

Domus Medica oziroma izpolnitev dolgoletnega načrtovanja tega projekta je bil tudi ena izmed točk v volilnem programu predsednice Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordane Kalan Živčec, dr. med. 13. maja 2009, torej leto dni po volitvah novega vodstva ZZS, je bila tako vplačana ara za nakup objekta, ki je v največji meri izpolnjeval zahtevane pogoje, ki smo jih kar nekaj mesecev skrbno načrtovali. Ob priložnosti podpisa pogodbe je predsednica dejala, da je hvaležna in ponosna na vse dobronamerne, predane, zavzete in hrabre slovenske zdravnike in zobozdravnike, ki so dali svoj prispevek in glas izpolnitvi tega načrta.

Objekt Domus Medica bo v tako imenovanem poslovno-stanovanjskem naselju Dunajski kristali na Dunajski cesti v

Ljubljani, poleg obvoznice in v neposredni bližini Svetovnega trgovskega centra ter nekdanjega Smelta. Gre za novogradnjo, ki bo imela vso potrebno infrastrukturo, prilagojena bo potrebam zdravniških organizacij ter namenjena zgolj slovenskemu zdravništvu, kar pomeni, da ne bo več potrebno gostovanje v različnih drugih prostorih. Objekt bo zagotavljal nemoteno delovanje na eni lokaciji, članstvu pa bo omogočeno aktivnejše delovanje v različnih odborih ter podiplomsko izobraževanje v lastnih prostorih. V objektu bo namreč tudi tako imenovani *Medicinski izobraževalni center* – poseben konferenčni prostor z učilnicami in vso pripadajočo opremo za izobraževanje in podiplomsko usposabljanje zdravnikov in zobozdravnikov. Domus Medica bo dom slovenskega zdravništva, stanovska hiša vseh generacij zdravnikov, ki bo imela odprta vrata za vse slovenske zdravnike in zobozdravnike ter bo tako pravzaprav naš skupni dom, v lasti nas vseh. Ponujal bo priložnost za neposredno osebno druženje in srečanja – z ustrežno infrastrukturo, klubom, časopisno knjižnico in čitalnico, dostopom do interneta ter primernim parkiriščem.

Sredstva Zdravniške zbornice Slovenije za slovensko zdravniško hišo so zagotovljena iz dosedanjih prihrankov (sredstva članarin) in unovčenja obstoječih prostorov, za razliko pa bo pripravljena vzdržna shema financiranja (kredit), ki kljub recesiji ne bo dodatno obremenila slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov. Že sedaj pa lahko zagotovimo, da se zaradi tega projekta članarina v Zdravniški zbornici Slovenije ne bo zvišala. Odpreti nameravamo tudi poseben donatorski račun, preko katerega bomo pridobivali dodatna sredstva, poleg tega pa bomo kandidirali tudi na razpisu za evropska sredstva.

Iskrena zahvala gre mnogim posameznikom, ki so s svojim znanjem, vztrajnostjo, pozornostjo do partnerjev in osebnim zaupanjem

v projekt pripomogli k uresnitvi načrta do te točke. S podpisom kupoprodajne pogodbe smo slovenski zdravniki in zobozdravniki, združeni v različnih stanovskih organizacijah, dokazali, da poznamo dialog, znamo prisluhniti drug drugemu ter si v težkih preizkušnjah znamo tudi pomagati. Le to lahko namreč vodi k skupnemu cilju in njegovi izpolnitvi.

Pred nami je še veliko dela, še posebej, ker današnji trenutek ni naklonjen ne zdravnikom ne zobozdravnikom, kakor tudi ne našim bolnikom. Vendar je prav uresničevanje projekta Domus Medica dokaz, da smo skupaj močnejši, da to, kar želimo, lahko in zmoremo tudi izpeljati.

### Spletni portal Zdravniške zbornice Slovenije

Ker vam želimo vedno nuditi najbolj kakovostne in najbolj aktualne informacije ter omogočati čim bolj kakovostno izvedbo storitev, smo se na zdravniški zbornici lotili projekta »Splet«, katerega cilj je vzpostavitev sodobnega intranetnega in internetnega portala.

Od sedaj naprej vam Zdravniška zbornica Slovenije informacije, ki so pomembne za vas, ponuja na zaprtem delu spletnega mesta (intranet), do katerega imate dostop le člani zbornice. Načrtujemo, da bomo še v letošnjem letu vzpostavili tudi povezavo s podatkovnimi bazami zbornice in vam tako preko spletnega portala omogočili dostop do večine informacij, ki jih vodimo o članstvu, kot so npr.: osebni podatki, licence, izobrazba, kreditne točke, specializacije itn.

Za člane zborničnih teles pa smo v okviru zaprtih strani pripravili še t.i. cone, kjer si boste člani posameznih teles zbornice lahko izmenjevali mnenja ter datoteke, za lažjo in ažurno izmenjavo informacij in stališč, v zvezi z delom v posameznem telesu zbornice.

Za vstop v intranetni portal potrebujete uporabniško ime in geslo, ki smo vam ga poslali po pošti. V intranet se lahko vpišete na spletnem mestu Zdravniške zbornice Slovenije ([www.zdravnikazbornica.si](http://www.zdravnikazbornica.si)). Ob prvem vpisu vas prosimo, da poslano geslo spremenite, da bo to le vaše in ga ne bo vedel nihče drug. To je potrebno zaradi varnosti vaših podatkov, do katerih lahko dostopate le vi. Novo geslo boste nato dobili na vaš e-poštni naslov. V primeru, da e-poštnega naslova še nimate, se prosimo obrnite na Milana Kokalja (01 30 72 172; [milan.kokalj@zzs-mcs.si](mailto:milan.kokalj@zzs-mcs.si)), ki vam bo pomagal pri kreiranju e-poštnega naslova.

## Iz zakonodaje

### Pojasnilo določila Zakona o zdravniški službi glede pogojev vključevanja koncesionarjev v dežurno službo

Vse pogostejše se pojavljajo vprašanja glede vključevanja koncesionarjev v program zagotavljanja neprekinjene nujne medicinske pomoči, in sicer pod enakimi pogoji za delo in za enako plačilo kot zdravniku, ki je zaposlen v javnem zdravstvenem zavodu, kot to določa 45. b člen Zakona o zdravniški službi.

Stališče Ministrstva za zdravje, ki so ga posredovali, je, da je javni zdravstveni zavod koncesionarju dolžan zagotavljati izplačilo stroška dela v višini drugega bruta, ki je po določbah zakona tisti dejanski strošek, ki bi ga zavod imel, če bi delo opravljal v zavodu zaposlen zdravnik.

Pojasnilo Ministrstva za zdravje je objavljeno tudi na naši spletni strani: <http://www.zdravnikazbornica.si/stikizjavnostmi.asp?FolderId=363&LanguageId=1&ContentId=910>.

### Pričanje ali izvedenstvo

Zdravniki, ki so v postopkih pred sodišči vabljeni kot pričë, navajajo, da jim sodišča včasih zastavljajo vprašanja, za katera menijo, da presegajo okvirje pričanja ter posegajo na področje medicinskega izvedenstva. Zato v nadaljevanju predstavljamo pravne predpise, ki urejajo pričanje in izvedenstvo ter vsebino enega in drugega.

Iz določil Zakona o pravnem postopku ter Zakona o kazenskem postopku izhaja:

Vsak zdravnik, ki je povabljen za pričë, mora na povabilo priti, sicer sme sodišče odrediti,

da se ga privede s silo na njegove stroške, oziroma ga kaznuje v denarju.

Zakon zdravniku omogoča, da sme pričanje odreči, saj zanj velja dolžnost, da mora ohraniti kot tajnost tisto, kar je izvedel pri opravljanju svojega poklica, na kar je zdravnik s strani sodišča posebej opozorjen. Ko je zdravnik o navedenem poučen in se odloči, da bo pričal, je obenem razrešen varovanja poklicne skrivnosti. Vendar zakon tudi pravi, da zdravnik v pravnem postopku ne sme odreči pričanja iz razloga varovanja poklicne skrivnosti, če je razkritje določenih dejstev potrebno zaradi javne koristi ali koristi koga drugega, če je ta korist večja kakor pa ohranitev skrivnosti, v kazenskem postopku pa tedaj, ko teče postopek zaradi kaznivih dejanj zoper spolno nedotakljivost, zanemarjanja mladoletne osebe in surovega ravnanja itd.

Zdravnik, ki se po premisleku o zgoraj navedenem odloči, da bo pričal, je kot pričë dolžan govoriti resnico in *ne sme ničesar zamolčati*, sicer nosi posledice krive izpovedbe.

Od zdravnika kot pričë se zahteva, naj pove vse, kar ve o zadevi, oziroma o dejstvih, ki so mu v zvezi z zadevo znana. Priča torej izpoveduje o svojih zaznavanjih dejstev (o tem, kar je videla ali kar ve), lahko pa se ji postavljajo tudi vprašanja, da se njene izpovedbe preizkusijo, dopolnijo ali razjasnijo.

Tako kot vsaka druga pričë pa lahko zdravnik *odreče odgovor na posamezna vprašanja*, če ima za to tehtne razloge, zlasti še, če bi s svojim odgovorom na tako vprašanje spravil v hudo sramoto, precejšnjo premoženjsko škodo ali pa v kazenski pregon sebe, svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja, svoje krvne ali sorodnike po svaštvu, svojega skrbnika, oskrbovanca, posvojitelja ali posvojenca. Na to je pričë s strani sodišča posebej opozorjena.

Potrebno je razlikovati med pričanjem pred sodiščem in podajo izvedenskega mnenja. V slednjem primeru je zdravnik s sklepom sodišča postavljen za izvedenca, če je za ugotovitev ali presojo kakšnega pomembnega dejstva potrebno dobiti izvid in mnenje nekoga, ki ima potrebno strokovno znanje (sodišče pa tega znanja nima). Tu ne gre zgolj za navajanje dejstev, ki so zdravniku znana, temveč sodišče izvedencu naroči, naj predmet skrbno pregleda, natančno navede vse, kar opazi in dožene, in naj poda svoje mnenje vestno in v skladu s pravili znanosti

in stroke. Izvedenec tako kot strokovnjak s svojega področja sodišču pomaga pri razumevanju določenega zapletenega problema.

*Primer:* zdravnik kot pričë sodišču lahko potrdi, da se je pacient zglasil pri njem ter da je pri pacientu ugotovil določeno poškodbo ali bolezensko stanje, le izvedenec pa lahko odgovori na vprašanje, ali je ta poškodba ali bolezensko stanje vzrok kasnejših trajnih posledic na pacientovem zdravju.

Kdor je povabljen kot izvedenec, se je dolžan odzvati vabilu in podati svoj izvid in mnenje, vendar se ga na njegovo zahtevo oprosti te dolžnosti iz enakih razlogov, kot sme zdravnik kot pričë odreči pričanje oziroma odgovor na posamezna vprašanja.

### Povzemamo:

**1. Zdravnik se je vabilu na zaslišanje kot pričë dolžan odzvati, tudi če njegov pacient temu nasprotuje, sme pa, ko je pred sodiščem, pričanje odreči; pri tem pa mora seveda upoštevati tudi izjeme od te pravice.**

**2. Razmerje pričanje – izvedenstvo:**

**Zdravnik naj kot pričë pove vse, kar ve o zadevi, oziroma o dejstvih, ki so mu znana (o tem, kar je videl ali kar ve).**

**Zdravniku kot pričë ni treba oziroma zdravnik kot pričë ni dolžan podajati svojih mnenj o zadevi ali presojati podatkov, ki mu jih predstavi sodišče, saj s tem že preide na področje izvedenstva. V kolikor se zdravnik sooči s takšnim vprašanjem, naj sodišče na to opozori.**

## Stališče ZZS

### Vpogled v medicinsko dokumentacijo – Protokol delovanja zdravnika v zvezi z zahtevo DURS glede vpogledov v zdravstveno dokumentacijo pacientov

Davčna uprava Republike Slovenije je pred časom pričela z izvrševanjem davčnih nadzorov nad delom in obračunavanjem storitev v zdravstvu in zobozdravstvu, pri čemer so davčni inšpektorji v zvezi z davčnim nadzorom želeli med drugim tudi vpogledati v kartoteke pacientov in pridobiti fotokopije kartotek pacientov.



Na Zdravniško zbornico Slovenije smo tako dobili vrsto vprašanj s strani zdravnikov in zobozdravnikov, ali so davčni inšpektorji upravičeni do takšnega vpogleda ter kako naj zdravniki in zobozdravniki ravnajo ob takšnih primerih. Izvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije je zato obravnaval problematiko vpogleda v osebne medicinske podatke ter njihovega posredovanja državnim organom ter sprejel naslednje stališče: **Z medicinskimi podatki je v skladu s Kodeksom medicinske deontologije Slovenije potrebno ravnati z najvišjo stopnjo skrbnosti. Vpogled v medicinske podatke in pravico njihovega posredovanja tretjim osebam ima samo zdravnik, ki je zavezan temu kodeksu in lahko to stori le, če tretja oseba izkaže predhodno pridobljeno pisno soglasje osebe ali njenega uradnega skrbnika, na katero se ti podatki nanašajo, ali z odredbo sodišča.**

Prav tako smo zaradi zaščite svojih članov ter ne nazadnje tudi pacientovih pravic pri odvetniški pisarni Zidar Klemenčič & Penko naročili **Pravno mnenje glede vprašanja ustavnosti in zakonitosti dostopa do podatkov pacientov za izvajanje davčnega nadzora ter ustavnosti pooblastil, določenih z ZDS-a in ZDavP-2.** Temeljno vprašanje je namreč bilo, ali omenjena zakona v povezavi z 8. točko 13. člena ZVOP dajeta zadostno pravno podlago za posredovanje zaupnih podatkov o pacientih tretjim osebam oziroma v tem primeru davčnemu organu za potrebe davčne inšpekcije nad izvajanjem zdravstvenih storitev. Po preučitvi relevantne zakonodaje in v razmerju do Ustave RS v svojem pravnem mnenju Odvetniška pisarna Zidar Klemenčič & Penko meni, da obstoječa pravna podlaga **NE** daje pravne osnove za posredovanje navedenih podatkov.

Ker se podatki o zdravstvenem stanju posameznika in o vzrokih, okoliščinah in posledicah tega stanja štejejo za poklicno skrivnost, jih zdravstveni delavci in njihovi sodelavci ne smejo dajati drugim, niti ne objavljati na način, ki bi omogočal razkritje posameznika, na katerega se nanašajo. Dolžnosti varovanja poklicne skrivnosti lahko zdravstvenega delavca razreši le pacient sam oziroma sodišče, za mladoletnike in za osebe pod skrbništvom pa starši oziroma skrbnik. Vsako posredovanje katerikoli tretji osebi ali državnemu organu, četudi je le-ta zavezan k poklicni molčečnosti in varovanju osebnih podatkov, bi pomenilo kršitev, v kolikor ni podane

privolitve, odredbe sodišča ali pa neposredne zakonske podlage za posredovanje podatkov tretjim osebam (tudi državnim organom). Varovanje poklicne skrivnosti je eden izmed zelo pomembnih temeljev nekaterih poklicev, med njimi tudi zdravniškega. Ni naključje, da je to področje posebej urejeno v Kodeksu medicinske deontologije Slovenije, v Kazenskem zakoniku, Zakonu o kazenskem postopku (dolžnosti pričevanja je oproščen med drugim tudi zdravnik ali kakšna druga oseba o dejstvih, za katera je zvedel pri opravljanju poklica, če velja dolžnost, da mora ohraniti kot tajnost tisto, kar je zvedel pri opravljanju svojega poklica) in v novem Zakonu o pacientovih pravicah (ZPacP). Za poklicno skrivnost se šteje vse, kar zdravnik in zdravstveno osebje pri opravljanju poklica izvesta o bolniku ter o njegovih osebnih, družinskih in socialnih razmerah, pa tudi vsi podatki v zvezi z ugotavljanjem zdravljenja in spremljanjem bolezni. Dejstvo, da so uslužbenci davčne uprave pri tem zavezani k molčečnosti oziroma so omejeni pri uporabi tako zbranih informacij, saj po določbi 37. člena ZDS-1-UPB2 ne smejo uporabljati informacij, podatkov ali spoznanj, do katerih imajo dostop pri opravljanju službenih nalog, v neslužbene namene, razen v raziskovalne ali izobraževalne namene, je, kot je zapisano v pravnem mnenju, popolnoma irelevantno.

Predlagamo, da ga podrobno preberete, ga natisnete in z njim ob morebitnem prihodu inšpektorjev ter njihovi zahtevi po vpogledu v medicinsko dokumentacijo tudi utemeljite, zakaj jim vpogleda ne morete in ne smete odobriti.

Prav tako pa smo zaradi pogostih vprašanj naših članov, kako naj ravnajo ob zahtevah davčnih inšpektorjev po vpogledu v medicinsko dokumentacijo pacientov, pridobili tudi **Protokol delovanja zdravnika v zvezi z zahtevo DURS glede pogledov v zdravstveno dokumentacijo pacientov.** Z njegovo pomočjo boste zagotovo lažje in argumentirano zavrnil neupravičene zahteve tretjih oseb, tudi davčnih inšpektorjev, za vpogled v medicinsko dokumentacijo pacientov. Pri tem pa želimo poudariti, da Zdravniška zbornica Slovenije ne nasprotuje davčnim in drugim inšpekcijskim pregledom, nasprotujemo pa neupravičenemu vpogledu v medicinsko dokumentacijo pacientov.

Pravno mnenje in protokol sta objavljena in dosegljiva na spletnih straneh Zdravniške

zbornice Slovenije: <http://www.zdravnikazbornica.si/stikizjavnostmi.asp?FolderId=363&LanguageId=1&ContentId=913>.

Zdravniška zbornica Slovenije je in bo tudi v prihodnje kot stanovska organizacija pomagala svojim članicam in članom, jim svetovala in jih zaščitila, kadar se bodo na njih izvajali neupravičeni pritiski ali zahteve. Zdravniki smo zavezani k varovanju zaupnega odnosa do bolnika, katerega del je tudi skrbno varovanje medicinskih podatkov, ki jih je bolnik posredoval zdravniku zato, da bi mu ta lahko nudil kar najbolj kakovostno medicinsko pomoč. Grobi posegi v ta odnos niso dopustni in zato želimo našim članom s pridobljenim pravnim mnenjem ter protokolom pomagati, da bodo lažje argumentirali svoja stališča in stališče Zdravniške zbornice Slovenije, tudi ob morebitnem inšpekcijskem nadzoru s strani Davčne uprave Republike Slovenije.

Sicer pa smo na Zdravniško zbornico Slovenije prejeli tudi sporočilo enega izmed zobozdravnikov, ki je že bil deležen inšpekcijskega nadzora s strani Davčne uprave Republike Slovenije. Sporočil je, da je imel z davčno inšpektorico pozitivno izkušnjo, sam inšpekcijski nadzor pa je bil korekten in profesionalen. *»Ko sem vprašal inšpektorico (ki je bila v osnovi prijazna), kakšno je njeno mnenje glede opozoril Zdravniške zbornice Slovenije, da ne smemo kazati medicinske dokumentacije (brez soglasja pacienta ali odločbe sodišča), je rekla, da je to povsem brez veze, da pa ona tako ali tako ne bo gledala prav v kartoteke, niti jih ne misli fotokopirati. Tako da se mi zdi, da so tudi na DURS-u malo bolj resno vzeli varovanje osebnih podatkov in načelo poklicne molčečnosti. Fotokopirala si je cenik, naročniško knjigo, narediti smo morali izpisek storitev za današnji dan in predložiti račune (poseben poudarek na nullih računih). Potem je pregledala še kumulativno storitev za dva tedna nazaj in v bistvu je bil inšpekcijski pregled za sedaj končan. Rekla pa je, da se bo po potrebi še kaj oglasila.«*

## Koordinacija zdravniških organizacij zaskrbljena zaradi pritiskov na Splošno bolnišnico Brežice

Zdravniške organizacije, združene v Koordinacijo zdravniških organizacij (Zdravniška zbornica Slovenije, Slovensko zdravniško društvo, FIDES-sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije), z zaskrbljenostjo

spremljamo pritiske na Splošno bolnišnico Brežice, s katerimi se želi prejucirati rešitve iz šele nastajajočega Zakona o zdravstveni dejavnosti in bolnišnici vzeti večino bolnišničnih funkcij, ki jih danes opravlja.

Trenutno dogajanje v Splošni bolnišnici Brežice je lep primer, da je ena temeljnih ambicij osnutka zakona omejevanje sredstev za zdravstvo, med drugim tudi na račun dostopnosti bolnišničnega zdravljenja za lokalno prebivalstvo.

Sicer pa smo na Zdravniško zbornico Slovenije s strani strokovne direktorice Splošne bolnišnice Brežice prejeli dopis, v katerem nas seznanja z dogajanjem v zvezi z brežiško bolnišnico. Kot navaja, so se kmalu po nastopu mandata zdajšnjega ministra za zdravje začele pojavljati govornice o ukinitvi treh oddelkov (ginekologije, pediatrije in kirurgije) oziroma njihovi premostitvi v Novo mesto in ustanovitvi negovalne bolnišnice v Brežicah. Minister je, po navedbah kolegov iz SB Brežice, tako v odgovoru na poslansko vprašanje kot tudi na sestanku z vodstvom brežiške bolnišnice ponovil, da zaradi nezadostne varnosti in kakovosti bolnišnica kot taka ni varna za bolnike, napovedal pa je tudi združitve z bolnišnico v Novem mestu in potrebo po ustanovitvi negovalne bolnišnice.

Argumenti, ki jih je v pismu navedla strokovna direktorica SB Brežice, vsekakor govorijo v prid ohranitvi in razvoju te bolnišnice v sedanjem obsegu. Poleg tega bolnišnica že nekaj let posluje brez izgube. Prav tako tudi ni strokovnih argumentov, razen majhnosti ginekološko-porodniškega oddelka in pediatrije, ki bi bili vzrok za ukinitve navedenih oddelkov.

Zaposleni v SB Brežice pa so izrazili tudi svoje razočaranje in nezadovoljstvo nad poročanjem televizije POP TV, ki je v prispevku o ukinitvi nekaterih bolnišničnih oddelkov navajala, »da je SB Brežice nevarna in neakovostna ter da v njej delajo tretjerazredni zdravniki iz Hrvaške, ki pišejo v nerazumljivem jeziku.« Takšni komentariji so vsekakor neprimerni, neresnični in žaljivi, obsojamo jih tudi v Zdravniški zbornici Slovenije, saj morajo vsi zdravniki za pridobitev licence v Republiki Sloveniji (tudi zdravniki iz tujine) zadostiti strogim pogojem, med katere sodi tudi znanje slovenskega jezika.

Strokovna direktorica SB Brežice je predsednico Zdravniške zbornice Slovenije prim.

Gordano Kalan Živčec, dr. med., ob tej priložnosti tudi povabila na obisk v brežiško bolnišnico.

## OnLine sistem

Izvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije je na svojih sejah večkrat razpravljal o poteku pogajanj za podpis *Pogodbe o razvoju, uvedbi in vzdrževanju programskega modula KZZ OnLine ter usposabljanju končnih uporabnikov*. Programski modul KZZ OnLine je modul, ki ga skupina programskih hiš razvija kot nadomestni modul obstoječe programske opreme za potrebe vključitve uporabnika kot izvajalca zdravstvenih storitev v sistem On-line zdravstvenega zavarovanja. To pomeni, da se zdravstvene kartice pacientov (veljavnost zavarovanja) potrjujejo takrat, ko pacient pride do zdravnika in se v tistem trenutku preveri zavarovanje, ne pa na avtomatih za naslednje tri mesece. Omenjeni sistem vzpostavlja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije v sodelovanju z zavarovalnicami za prostovoljna zdravstvena zavarovanja in izvajalci zdravstvenih storitev zaradi pristopa k prenovi sistema kartice zdravstvenega zavarovanja, ki omogoča neposredno izmenjevanje podatkov med navedenimi subjekti.

Pogajanja za uvedbo OnLine sistema so potekala med Združenjem zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniško zbornico Slovenije in skupino programskih hiš Infonet Kranj d.o.o., List d.o.o., Ljubljana, Pinna d.o.o., Nova Vizija d.o.o. ter Audax d.o.o. **Programske hiše so sicer podpisale pogodbo z Združenjem zdravstvenih zavodov, z Zdravniško zbornico Slovenije pa ne. Zbornica namreč ni dala nobenega soglasja k omenjenemu projektu, v pogajanjih pa je sodelovala z namenom, da zagotovi potrebne informacije za svoje člane ter se je vseskozi zavzemala za čim ugodnejše rešitve za uporabnike. Zdravniška zbornica Slovenije tako tudi ni bila sopodpisnica izjave o zaključku pogajanj in zato tudi ni mogoče šteti, da se z vsebino pogodbe strinja. Iz tega razloga smo pri programskih hišah že uradno protestirali, ker te v 2. členu omenjene pogodbe navajajo, da je vsebina pogodbe rezultat pogajanj Združenja zdravstvenih zavodov, skupine programskih hiš in Zdravniške zbornice Slovenije. Pozvali smo jih, da članice in člane Zdravniške zbornice Slovenije prenehajo zavajajoče pozivati k podpisu pogodbe s takšno vsebino. Zbornica je s prisotnostjo na pogajanjih namreč želela zagotoviti najboljše možne**

**finančne pogoje za svoje člane. Vsem članicam in članom tako priporočamo, da pred podpisovanjem pogodb za uvedbo sistema OnLine to predhodno temeljito preučijo in jo primerjajo z izpogajanim predlogom.**

Izpogajani predlog skupine programskih hiš je najvišje možno finančno breme, ki ga te lahko predlagajo v obračun pri uvedbi novega sistema OnLine. Našim članom zato priporočamo, da ne uvajajo sistema OnLine brez poprej podpisane pogodbe med izvajalci in posamezno programsko hišo, ki pa ne sme vsebovati slabših izhodišč od izpogajanih. Poudariti je namreč potrebno, da stari – sedanjí sistem deluje in bo deloval še najmanj do konca leta 2009. Zdravniška zbornica Slovenije zato svetuje previdnost. Tistim, ki so vam, kljub našim opozorilom, že namestili nov sistem OnLine oziroma ste celo podpisali (neugodno) pogodbo, zbornica za nazaj težko pomaga, če se na nas niste obrnili pravočasno. V prihodnje pa vam svetujemo, da ne sklepate pogodb, ki bi bile slabše oziroma manj ugodne od izpogajane minimuma.

Hkrati pa smo vas tudi že obvestili, da je Zdravniška zbornica Slovenije v partnerskem sodelovanju s podjetjem T-2 in konzorcijskimi partnerji pripravila nov koncept elektronskega zdravstvenega kartona bolnika, ki bo že vseboval tudi nadgradnjo modula OnLine. Več o slednjem pa si lahko preberete v tej številki Izide.

Za projekt Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (uvedba novega sistema kartic zdravstvenega zavarovanja in profesionalnih kartic OnLine) se za tehnične rešitve trošijo milijonska sredstva zdravstvenega zavarovanja, ki ne prispevajo k sami kakovosti obravnave pacientov. S tem se zmanjšujejo sredstva, namenjena za zdravstveno varstvo prebivalc in prebivalcev Slovenije. Nenazadnje pa od mnogih zdravnikov in zobozdravnikov dobivamo sporočila in v vednost tudi pritožbe, da vse prepogosto prihaja do napak in nedelovanja sistema OnLine.

## Delo razsodišča

### Razsodišče Zdravniške zbornice Slovenije ugotovilo kršitve pri delu zdravnikov UKC Maribor

Razsodišče II. stopnje pri Zdravniški zbornici Slovenije je v pritožbenem senatu na zaprti seji obravnavalo pritožbo mag. Zlatke

Kanič, dr. med., zoper sklep razsodišča I. stopnje, ga spremenilo ter ji izreklo disciplinski ukrep začasnega odvzema licence za dobo štirih mesecev in varstveni ukrep obveznega dopolnilnega strokovnega izobraževanja v trajanju treh mesecev. Prav tako je obravnavalo tudi pritožbo asist. mag. Roberta Pogorevca, dr. med., zoper sklep razsodišča I. stopnje, ji ugodilo ter mu izreklo disciplinski ukrep opomina in varstveni ukrep obveznega dopolnilnega strokovnega izobraževanja v trajanju enega meseca.

Razsodišče I. stopnje je namreč obravnavani zdravnici zaradi zmotne presoje in nezadostnega ukrepanja ob urgentnem stanju izreklo ukrep začasnega odvzema licence za obdobje dveh mesecev. Razsodišče II. stopnje pa je sklenilo, da je mag. Zlatka Kanič, dr. med., odgovorna, da je kot zdravnica – specialistka pediatrije, 12. in 13. marca 2008, kot dežurna zdravnica na Kliniki za pediatrijo UKC Maribor, postavila pri 12-letnem dečku B. N. zmotno diagnozo Reyevega sindroma, neustrezno ukrepala pri ugotovljeni povišani koncentraciji amoniaka v krvi in ni pravočasno odredila nujne premestitve otroka na specializirani Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni na SPS Pediatrične klinike v Ljubljani.

Razsodišče II. stopnje se je po preučitvi celotne dokumentacije in izvedenskih mnenj odločilo, da spremeni sklep Razsodišča I. stopnje in mag. Zlatki Kanič, dr. med., izreče disciplinski ukrep začasnega odvzema licence za dobo štirih mesecev in varstveni ukrep obveznega dopolnilnega strokovnega izobraževanja v trajanju treh mesecev. Obravnavana zdravnica je namreč skrbno izpeljala vso diferencialno diagnostiko, ugotovila povišano vrednost amoniaka, nato pa nepravilno izbrala način zdravljenja. Nepravilen način zdravljenja je vplival na potek bolezni, vendar ni mogoče z zanesljivostjo trditi, da je bil to tudi vzrok smrti otroka. Razsodišče II. stopnje je menilo, da do napake ni prišlo namerno, vzrok je bilo pomanjkljivo znanje zdravnice, nenadno soočenje s podatkom o povišani vrednosti plazemskega amoniaka, ki je zdravnico presenetilo, ker se v dosednji praksi očitno še ni srečala s podobnim primerom.

Zdravniku UKC Maribor asist. mag. Robertu Pogorevcu, dr. med., pa je razsodišče I. stopnje, zaradi neustreznega zdravljenja 12-letnega dečka B. N., izreklo ukrep javnega opomina. Razsodišče II. stopnje

je na svoji seji sklenilo, da je obravnavani zdravnik odgovoren, da kot zdravnik – specialist pediatrije, ki je sodeloval pri kasnejši obravnavi otroka B. N. na Kliniki za pediatrijo UKC Maribor in premestitvi 13. marca 2008 v UKC Ljubljana, kljub pravilno prepoznani bolezni oziroma diagnozi in ogroženosti otroka ni pričel z razpoložljivim zdravljenjem za znižanje plazemskega amoniaka. Zato mu je izreklo disciplinski ukrep opomina in varstveni ukrep obveznega dopolnilnega strokovnega izobraževanja v trajanju enega meseca.

Razsodišče II. stopnje je po preučitvi celotne dokumentacije in izvedenskih mnenj ugotovilo, da je obravnavani zdravnik v postopku pri otroku postavil pravilno diagnozo presnovne bolezni, vendar se ni pravočasno odločil za ustrezno zdravljenje. Razsodišče II. stopnje je menilo, da se je zdravnik v postopku zelo aktivno vključil v potek diagnosticiranja presnovne bolezni pri otroku B. N. Njegova odločitev o zdravljenju ni bila pravilna, kar se je pokazalo v nadaljnjem poteku otrokove bolezni, vendar je bistvena funkcionalna motnja pri otroku verjetno nastopila že poprej v teku noči. Kljub napačni odločitvi o zdravljenju dečka pa je obravnavani zdravnik pokazal veliko zavzetost v odkrivanju vzroka njegove hude bolezni.

Razsodišče II. stopnje je pri obeh obravnavanih zdravnikih ugotovilo kršitev 1. točke 39. člena Pravilnika o organizaciji in delu razsodišča Zdravniške zbornice Slovenije (Uradni list RS, št. 121/2004) ter jima na podlagi 40. člena pravilnika izreklo disciplinska ukrepa ter na podlagi 41. člena pravilnika tudi varstvena ukrepa obveznega dopolnilnega strokovnega izobraževanja.

### Zdravniška zbornica Slovenije zavrnila navedbe odvetnika Penka o ponarejanju listin

Zdravniška zbornica Slovenije je odločno zavrnila navedbe pravnega pooblaščenca mag. Zlatke Kanič Boštjana Penka, da je šlo pri zadnji odločitvi razsodišča II. stopnje za sum kaznivega dejanja ponarejanja listin. Poudarili smo, da je bila mag. Zlatka Kanič pred razsodiščem II. stopnje, ki je samostojen in neodvisen organ, deležna poštene obravnave, ki je temeljila na strokovni presoji.

Trditve pravnega pooblaščenca, da je bil zapisnik sestanka razsodišča II. stopnje z dne 30. junija 2009 napisan naknadno,

so neosnovane in ne ustrezajo resničnim dejstvom. Omenjeni zapisnik je bil namreč napisan, podpisan in žigosan v prostorih Zdravniške zbornice Slovenije 30. junija 2009 ob 17.34 uri, kar je preverljivo. To bomo tudi dokazali pred pristojnimi organi – želimo si, da bi to možnost imeli čim prej – nenazadnje pa to jamčijo tudi predsednik in člani razsodišča II. stopnje, ki so ta dan zapisnik lastnoročno podpisali. Res pa je, da v času, ko si je predstavnik odvetniške pisarne ogledal spis, omenjeni zapisnik, zaradi odsotnosti pristojne strokovne delavke, še ni bil vložen in zaveden v spis. Zato jim je bila kopija tega zapisnika vročena danes. Vseskozi pa so imeli vpogled v celoten spis, v katerem so listine, v nasprotju z današnjim navajanjem Penka, ustrezno označene v skladu s Pravilnikom o organizaciji in delu razsodišča Zdravniške zbornice Slovenije.

Razsodišče II. stopnje je predmetno zadevo veljavno obravnavalo v prisotnosti predsednika in najmanj dveh članov senata na treh sejah. Predsednik razsodišča II. stopnje je tretjo, izredno sejo sklical zaradi dodatnih razmišljanj in ugotovitev ter se poslužil revotacije, to je ponovnega odločanja o že sprejetem sklepu, ki pa še ni bil podpisan. Predsednik je vse prisotne seznanil z dilemo, ki se mu je porodila ob kronološkem pisanju mnenja. Zato je vsem članom senata predlagal, da ponovno sklepajo o ukrepih v povezavi s pritožbo mag. Zlatke Kanič, s čimer so se prisotni člani senata tudi strinjali. Njihova dokončna odločitev o začasnem odvzemu licence in obveznem dopolnilnem strokovnem izobraževanju je bila sprejeta na podlagi poglobljene strokovne presoje vseh elementov in okoliščin tega zahtevnega primera.

Razsodišče Zdravniške zbornice Slovenije je samostojen in neodvisen organ, ki je odločal in ugotovil odgovornost mag. Zlatke Kanič zaradi kršitve 39. člena Pravilnika o organizaciji in delu razsodišča Zdravniške zbornice Slovenije. V skladu s 33. členom omenjenega pravilnika pa lahko zdravnica vloži zahtevo za presojo sklepa o odgovornosti, ki jo obravnava skupščina Zdravniške zbornice Slovenije. Če se bo mag. Zlatka Kanič za to možnost odločila, bomo na Zdravniški zbornici Slovenije spoštovali vse demokratične postopke, ki temeljijo na naših veljavnih pravilnikih in drugih aktih.

# Odslej partner SKB zlate VISA ZZS kartice tudi Technomarket

## Obvestilo

### Plačevanje dodatkov za delo koordinatorjev, nadzornikov kakovosti in glavnih mentorjev na področju specializacij zdravnikov

Zakon o zdravniški službi in Pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov določata pogoje za imenovanje glavnih mentorjev, koordinatorjev in nadzornikov kakovosti ter njihove naloge, ki so predvsem skrb za kakovostno izvajanje specializacij. Višina sredstev, ki jih ustanova prejme za plačevanje teh zdravnikov, je opredeljena v Letnem načrtu za opredelitev višine sredstev za plače in nadomestila specializantov in druge stroške v zvezi s programom specializacij.

Izsek iz Letnega načrta pravi:

1. Glavni mentor prejme dodatek v višini 71,15 EUR bruto bruto na mesec na specializanta.
2. Neposredni mentor prejme dodatek v višini 177,88 EUR bruto bruto na mesec na specializanta.
3. Nadzornik kakovosti prejme dodatek v višini 166,76 EUR bruto bruto na mesec.
4. Koordinatorji usposabljanja prejmejo dodatke v višini (zneski so bruto bruto):
  - za specialnosti do 10 specializantov: 66,71 EUR na mesec,
  - za specialnosti do 30 specializantov: 133,41 EUR na mesec,
  - za specialnosti do 50 specializantov: 200,11 EUR na mesec,
  - za specialnosti do 80 specializantov: 266,82 EUR na mesec,
  - za specialnosti nad 80 specializantov: 333,53 EUR na mesec.

Obveščamo vas, da vaš delodajalec mesečno prejema sredstva, kot je opisano zgoraj, in da jih je dolžan izplačevati zdravnikom, ki so koordinatorji ali nadzorniki kakovosti ali mentorji specializantom, najmanj v opisani višini.

Člani zdravniške zbornice Slovenije, ki za dokazovanje svojega članstva uporabljajo plačilno-kreditno SKB zlato VISA ZZS kartico, imajo odslej še več ugodnosti. Poleg že znanih prednosti kartice lahko zdaj uveljavljajo posebne popuste pri nakupih različnih tehničnih izdelkov v ponudbi novega partnerja Technomarketa.

V banki SKB so prepričani, da zdravniki in zobozdravniki, ki se pri svojem delu nenehno srečujejo s tehničnimi novostmi, stavijo na najboljše tehnične dosežke tudi v prostem času in doma. Zato so ponudbo ugodnosti za imetnike zmogljive kartice, namenjene članom Zdravniške zbornice Slovenije, dopolnili s tehničnimi izdelki visoke kakovosti.

Technomarket, ki slovi po ponudbi vrhunskih znamk po konkurenčnih cenah, bo večkrat na leto samo za imetnike te kartice pripravil posebno ponudbo treh izdelkov s področja video- in avdiotehnike, računalniške opreme ali bele tehnike. Za izdelke, kot so televizorji, video in DVD-predvajalniki, hi-fi oprema, videokamere, fotoaparati, računalniki, gospodinjska bela tehnika, bo zagotovil najugodnejšo ceno na trgu, ki bo za imetnike SKB zlate VISA ZZS kartice še za 10 odstotkov nižja. Poleg teh posebnih ekskluzivnih ponudb je novi partner kartice imetnikom

zagotovil stalni 5-odstotni popust pri rednih nakupih na prodajnih mestih Technomarketa oz. 3-odstotni popust pri nakupih računalniške opreme. Ponavadi se popusti na prodajnih mestih izključujejo in za izdelke, ki so že znižani, ni mogoče uveljavljati dodatnih popustov. Pri Technomarketu pa zagotavljajo, da bodo imetniki SKB zlate VISA ZZS kartice lahko dodatni 3-odstotni popust izkoristili celo pri izdelkih, ki bodo v akcijski ponudbi.

S takšnimi ugodnostmi SKB zlata VISA ZZS kartica znova dokazuje, da je prava življenjska kolegica. Imetniki kartice že dobro poznajo prednosti, kot so visok mesečni limit, dodatna zavarovanja in SOS-storitve, številni potovalni popusti, globalna servisna pomoč in podobno. Banka SKB, ponudnica kartice, ki služi tudi kot članska izkaznica Zdravniške zbornice Slovenije, te ugodnosti nenehno širi z ugodnostmi novih partnerjev, med katerimi je zdaj tudi Technomarket.

Ponudbo Technomarketa ter prednosti in ugodnosti, ki vam jih prinaša SKB zlata VISA ZZS, preverite na <http://zlataponudba.skb.si/> in na [www.technomarket.si](http://www.technomarket.si).

## Obvestilo uredništva

### Elektronska pošta

Zaradi nezanesljivega elektronskega omrežja obveščamo avtorje, da bomo vsa sporočila, ki jih bomo prejeli, potrdili s povratno pošto. V kolikor od nas ne prejmete potrdila o prejeti elektronski pošti, vljudno prosimo, da nas pokličete ali ponovno pošljete prispevek.

Uredništvo

# Digitalno delovno mesto v zdravstvu: nov način razmišljanja

Digitalno delovno mesto uvaja v zdravstvo ne le nov način upravljanja s kliničnimi in administrativnimi podatki, ampak tudi nov način razmišljanja. Zdravniška zbornica Slovenije skupaj s konzorcijem podjetij spodbuja uvajanje celotne informacijske rešitve v zdravstvu in tako spodbuja kakovost in učinkovito delovanje v zdravstvu.

## Projekt

Digitalno delovno mesto v zdravstvu je projekt, ki vzpodbuja uporabo informacijske tehnologije v zdravstvu. Namen projekta je olajšati delo zdravniškemu osebju, zato da bodo lahko svoj čas v večji meri namenili pacientom in njihovim potrebam. In kaj je pri tem novega?

Novo je dejstvo, da bo z Digitalnim delovnim mestom v zdravstvu prvič mogoče zapisovati klinične podatke o pacientih v elektronski obliki. Na podlagi vnaprej pripravljenih šifrantov bo proces vnosa podatkov bistveno skrajšan, hkrati pa bo na podlagi tega omogočeno avtomatsko poročanje državnim institucijam – Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Inštitutu za varovanje zdravja in drugim. Ob vsem tem pa ta rešitev ponuja še samodejno opozarjanje na morebitne nekompatibilnosti med simptomi, diagnozo in zdravljenjem ter elektronsko hrambo vseh obravnav in dokumentov.

Poleg zdravstvenih storitev Digitalno delovno mesto omogoča še upravljanje celotne dokumentacije, vodenje evidenc o zaposlenih in upravljanje materialnih zalog. Digitalno delovno mesto pooblaščenim uporabnikom omogoča tudi dostopanje do digitalnega kartona ob vsakem času in na vseh lokacijah z internetnim dostopom. Ob vsem tem je zagotovljena visoka stopnja varstva podatkov, ki temelji na sodobni in varni informacijski infrastrukturi. Za zagotavljanje varstva podatkov skrbi tudi posebna strokovna nadzorna skupina Zdravniške zbornice Slovenije. Nikakor pa ne smemo pozabiti, da Digitalno delovno mesto omogoča informacijsko podporo 24 ur na dan in vse dni v letu.

Digitalno delovno mesto združuje do sedaj parcialne informacijske rešitve v zdravstvu, celovita in enotna rešitev pa pomeni tudi enotno in nizko ceno. Tako je Digitalno delovno mesto varna, pregledna, celovita, učinkovita in cenovno dostopna informacijska rešitev za delo v zdravstvu.

## Napredek

Projekt Digitalno delovno mesto je svoje prve korake naredil v letošnjih pomladnih mesecih, ko je bila razvita osnovna informacijska rešitev. Od takrat potekajo intenzivna testiranja, saj nam preizkušanje aplikacije v različnih ambulantah po Sloveniji omogoča, da iz prve roke spoznamo delo zdravnikov in tako prilagajamo in nadgrajujemo aplikacijo. S tem bomo lahko dokončno razvili rešitev, ki ne bo sama sebi namen, ampak bo dejansko služila delu zdravniškega osebja. Digitalno delovno mesto želimo prilagoditi zdravnikom in medicinskim sestram, da se njim ne bodo treba prilagajati Digitalnemu delovnemu mestu.

V tem času smo v digitalnem kartonu razvili SOAP, ki bo ustrezal načinu dela zdravnikov in jim olajšal vnos podatkov preko šifrantov, ki vključujejo MKB-kode, nabor simptomov (subjektivnih in objektivnih) in nabor zdravil ter nadaljnjih napotitev. Preko teh šifrantov razvijamo tudi možnost, da aplikacija ob vnosu zdravil opozarja na potencialno nekompatibilnost med diagnozo in zdravili ali neskladje med samimi zdravili. Ta različica SOAP-a je njegova četrta prilagoditev, saj smo v fazi preizkušanja ugotovili, kaj zdravniki dejansko potrebujejo in na kakšen način delajo – tako smo lahko razvili dejansko uporabno aplikacijo.

V poletnih mesecih bomo intenzivno preizkušali aplikacijo – ne samo na ravni splošne medicine, ampak tudi na ravni pediatrije, internistke, ginekologije in drugih specializacij. Intenzivnost preizkušanja Digitalnega delovnega mesta deluje v smeri zadovoljstva zdravniškega osebja in zmanjšanja njihovega obsega dela. Le tako lahko dosežemo višjo kakovost dela v zdravstvu ob hkratnih nižjih stroških.

Produksijsko pa bo Digitalno delovno mesto zaživel s prvim septembrom leta 2009. To je datum, ko bo v zdravstvu zaživel nov način razmišljanja.

*Projektne svet projekta Digitalno delovno mesto*

Predsednik Slovenske akademije znanosti in umetnosti (SAZU) akad. prof. dr. Jože Trontelj je dne 18. 6. 2009 podelil prof. dr. Urošu Skaleriču (stomatologija) in prof. dr. Francu Sterletu (infektologija) listini o rednem članstvu v SAZU. Čestitamo!

*Sodelavci s Stomatološke klinike in Klinike za infektivne bolezni in vročinska stanja Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani*



## Opravljene specialistični izpiti

**Nikolaj Benedičič**, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 16. 6. 2009

**Emir Čolić**, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 16. 6. 2009

**Janja Demšar**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 16. 6. 2009

**Tibor Füle**, dr. med., specialist splošne kirurgije, izpit opravil 24. 6. 2009

**Tamara Goslar Žiberna**, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, izpit opravila s pohvalo 1. 6. 2009

dr. **Cvetka Grašič Kuhar**, dr. med., specialistka internistične onkologije, izpit opravila s pohvalo 19. 6. 2009

**Bernarda Gržina**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila 16. 6. 2009

**Manca Marija Jerman**, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila 23. 6. 2009

**Brigita Koren**, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila s pohvalo 30. 6. 2009

dr. **Blaž Koritnik**, dr. med., specialist nevrologije, izpit opravil s pohvalo 2. 6. 2009

**Dunja Kotnik**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 16. 6. 2009

**Zmago Krajnc**, dr. med., specialist ortopedske kirurgije, izpit opravil 15. 6. 2009

**Simona Kramar Jaki**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 16. 6. 2009

**Nina Lokovšek**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 16. 6. 2009

**Tatjana Lukner**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 16. 6. 2009

asist. dr. **Blaž Mavčič**, dr. med., specialist ortopedske kirurgije, izpit opravil s pohvalo 10. 6. 2009

**Milan Milanović**, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 16. 6. 2009

**Ivan Mitrović**, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 16. 6. 2009

**Katja Novak**, dr. med., specialistka gastroenterologije, izpit opravila 19. 6. 2009

mag. **Mirjam Rajer**, dr. med., specialistka onkologije z radioterapijo, izpit opravila 22. 6. 2009

**Darja Polak**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 23. 6. 2009

**Matej Strnad**, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 16. 6. 2009

**Barbara Šegedin**, dr. med., specialistka onkologije z radioterapijo, izpit opravila s pohvalo 18. 6. 2009

**Jasna Taučer Mičetič**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 16. 6. 2009

**Jarmila Trček Breznikar**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 16. 6. 2009

**Andrea Turk Šverko**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 16. 6. 2009

**Martin Zorko**, dr. med., specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine, izpit opravil s pohvalo 24. 6. 2009

## Zdravnik iz strasti

# Koncesionarji začenjajo s kampanjo za svoj ugled

Pod motom »Zdravnik iz strasti – vedno v vaši bližini« se v teh dneh začinja široko zasnovana kampanja zdravnic in zdravnikov koncesionarjev (*die niedergelassenen Ärzte*). Po vsej Avstriji bo na značilnih mestih nalepljenih približno 1100 cestnih plakatov. Vzporedno temu bo na štirih radijskih programih slišati več radijskih spotov, vsega skupaj 147-krat. Vrh tega prejme vsak koncesionar po dva plakata za čakalnici pred svojo ordinacijo.

S to kampanjo naj bi se poudarila pomembnost zdravnic in zdravnikov koncesionarjev kot medicinskih zgodnjih oskrbovalcev (*medizinische Nahversorger*). Ker poznajo in oskrbujejo svoje paciente največkrat vse življenje, so na poseben način povezani z osebnimi položaji, življenjskimi razmerami ter družinsko anamnezo.

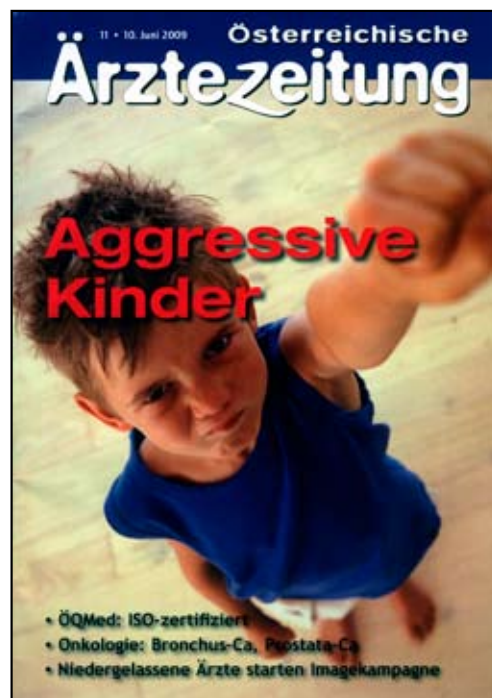
V zadnjih letih je bil položaj koncesionarjev posebej nerazveseljiv, saj so bili odrinjeni v vlogo dejavnika, ki povzroča le stroške.

V približno 16.000 avstrijskih ordinacijah se dnevno oskrbi približno 342.000 ljudi. Koncesionarji na leto opravijo več kot 3,5 milijona hišnih obiskov. Glede na demografske podatke se bodo v prihodnje te številke še povečale. Vse več je ljudi, ki so stari 80 let in več, in iz tega lahko sklepamo, da bo prav ta skupina potrebovala še bolj intenzivno oskrbo – kar je bilo tudi politično obljubljeno. Zaradi njihove pogoste nepomičnosti to pomeni še več hišnih obiskov.

Pri prebivalcih na podeželju si koncesionarjev sploh ni mogoče več odmisлити. In zavedati se bo treba, da bodo – zaradi vse večjih potreb po koloskopiji in gastroskopiji – tudi specialisti tisti, ki se bodo odločali za koncesijo.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 11, 10. junij 2009

Marjan Kordaš (prevod in priredba)



## Švica: komplementarna medicina v ustavo

Pri nekem glasovanju v Švici je večina (67 odstotkov) potrdila pobudo, naj se komplementarna medicina zasidra v ustavi. Pri širokih slojih prebivalstva so alternativne metode zdravljenja, kot npr. homeopatija, kitajska medicina ter druge »ne šolsko medicinske« metode zelo priljubljene. Pogoj, da jih upoštevajo zavarovalnice ter bolniške

blagajne, pa je, da so našete v katalogu storitev ter da te oblike zdravljenja opravljajo »šolski medicinci«, ki so opravili dodatno izobraževanje.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 11, 10. junij 2009

Marjan Kordaš (prevod in priredba)

# Hrvaški stomatološki vestnik – glasilo Hrvaške stomatološke zbornice

## Uvodnik

Druga letošnja številka vestnika (2/09), ki izide šestkrat letno, prinaša uvodnik urednika Josipa Bučana, v katerem ugotavlja, da ves čas od ustanovitve Hrvatske stomatološke komore (HSK) država podcenjuje delo zobozdravnikov. Nadalje omenja cenik stomatoloških storitev (minimalne cene), ki so ga razposlali naročnikom revije.

## Intervju

S. Špalj je pripravil intervju z dr. Heleno Percač, specialistko stomatološke protetike in dolgoletno organizatorico preventivnih zobozdravstvenih ukrepov v Medžimurju in predsednico tamkajšnjega stomatološkega društva.

## Strokovni članki

I. Anić: Nadgradnja korenin s kompozitnimi zatički

M. Novaković: Cirkonij-oksidna keramika na implantatih

D. Reljanović in sod.: Problemi impaktiranih in retiniranih zob v ortodontiji

M. Klemenčić: Halitoza

M. Holzmeier: Mikrohibridni kompozit Charisma Opal

S. Ivančević: Alternativne terapije v fiksni protetiki

M. Basso in sodelavci: Steklasti cementi v oralni rehabilitaciji

H. Starčević: Cementiranje z uporabo adhezivne tehnike

P. Perić: Akutna bolečina

M. Ryan: Vnetja v ustni votlini in diabetes

A. Perković: Restavriranje zobnih defektov s sistemom CEREC CAD-CAM

## Novice

Predsednik HSK Hrvoje Pezo je bil 21. aprila 2009 enoglasno izvoljen za drugega podpredsednika Hrvatskog lječničkog zbora (ustanovljenega leta 1874), ki združuje 10.000 članov, ima 26 podružnic in 119 strokovnih društev, od tega je devet stomatoloških.

EAPD (European Academy of Paediatric Dentistry) je sprejela dodatna navodila glede uporabe fluoridov v zobnih pastah za otroke. V navodilih omenjajo, da naj fluorirane zobne paste za otroke v starosti od šest mesecev do dveh let vsebujejo 500 ppm fluorida, za otroke od dveh do šestih let pa 1000 ppm, nad šest let pa 1450 ppm fluorida. Nadalje predlagajo, da otroški zobozdravniki in preventivne sestre otrokom do šestih let sugerirajo uporabo zobne paste v velikosti grahovega zrnja, otrokom nad šest let pa 1 do 2 cm paste.

»Dobre vile« v otroških vrtcih v Zagrebu, na Reki, v Splitu in Osijeku – ustrezne institucije mesta Zagreb so odobrile in podprle izvedbo projekta »zobek – vila« v hrvaških vrtcih. Skupine študentov stomatologije, katerim se pridruži ena ali več »vil«, obiskujejo vrtce in otrokom demonstrirajo čiščenje zob, kar otroci nato v poldnevni delavnici izvajajo na ustreznih modelih in na sebi. Številne priobčene fotografije s takih delavnic potrjujejo uspešnost tega početja.

## Novi učbeniki z Reke

Pred kratkim je Medicinska fakulteta na Reki izdala tri stomatološke učbenike: *Uvod u stomatologiju* (J. Hraste in R. Gržić), *Stomatološka propedeutika i dijagnostika* (S. Pezelj – Ribarić in sod.) ter *Opća i socijalna stomatologija* (J. Hraste in R. Gržić). V sodelovanju

z Medicinsko fakulteto v Splitu pa so izdali še učbenik *Dentalna radiografija* (S. Janković in D. Miletić).

## Tečaji

Poročajo o tečaju Kvarnerski dani, ki je bil aprila 2009 v Opatiji, in o tečaju v Varaždinskih toplicah, ki je bil namenjen oralni kirurgiji ter otroškemu in preventivnemu zobozdravstvu.

Napovedujejo kongres Implantologija v praksi oktobra 2009 v Zagrebu, poslovlino ortodontsko predavanje Kokich-Zachrisson septembra 2009 v Dubrovniku, tečaj v organizaciji HSK in Ivoclar Vivadent septembra 2009 na Brionih, posvet stomatologov oktobra 2009 v toplicah sv. Martin na Muri in tečaj v oktobru 2009 v Dubrovniku.

Vito Vrbič





Giovanni Maio, Inštitut za etiko in zgodovino medicine, Univerza Freiburg

## Razprodaja medicine

V medicini trenutno poteka nekakšna temeljna preobrazba. V varstvo usmerjen odnos zdravnik - bolnik se vse bolj zamenjuje z odnosom klient - izvajalec storitev, tako kot zahteva klient. Sodobni pacient se v mnogih primerih ne čuti več kot pacient v pravem pomenu besede, temveč je porabnik, zahteven porabnik zdravstvenih storitev. To, kar se dandanes dogovarjata zdravnik in pacient, v tem novem razmerju ni več dragocena, neogibna in enkratna ponudba pomoči zdravniške osebnosti, temveč poljubno izmenljiva zdravstvena storitev, ki jo lahko izvaja katerakoli poljubno izmenljiva zdravniška oseba, vsakokrat na isti način. Ki pa jo je treba najprej preveriti po preverljivih merilih kakovosti, preden se nekdo zanjo odloči. Na mestu osebne zaupnega razmerja nastopi čisto stvarno pogodbeno razmerje, hladna izmenjava, v katerem se ne izvaja le zdravljenje, temveč vse bolj izpolnjevanje osebnih želja ter druga zadovoljevanja.

Medicina po željah zajema »anti-aging« izdelke, kozmetične posege na dojkah, koži ali zobeh, carski rez po želji, spolne hormone proti staranju ali kot sredstvo za zamik menstrualnega cikla, rastni hormon za otroke zunaj idealne velikosti, predimplantacijsko diagnostiko za nenoseče ženske, zdravila za izboljšanje razpoloženja ljudi, ki niso bolni. Sodoben človek se želi izogniti vsemu, kar ni »normalno«, celo starostnim spremembam. Izogniti se hoče slehernemu novemu življenju, ki ne ustreza njegovim pričakovanjem(!). In vrh tega bo takšen človek zlahka našel zdravnika, ki mu vse to obljublja, pač skladno z željami in razpoloženjem.

Sodobni, v storitve usmerjen zdravnik je tako soodgovoren, da tako mladi kot stari ljudje verujejo, da morajo svoje telo spremeniti zato, da bi pri svojih enako starih (mladih ali starih) vrstnikih želi priznanje. Takšen zdravnik je soodgovoren za nastanek storilnostne družbe, ki sodelovanje omogoči le tistemu človeku, ki ustreza merilom storilnostne družbe.

Zato je nujno, da se medicina preneha še naprej degradirati v pogon za izpolnjevanje uslug in storitev po željah. Da se medicina spet usmeri v jedro svoje identitete, ki sestoji iz tega, da pomaga človeku v stiski. Prihodnost medicine ni servisna služba, temveč služenje človeku, ki ga vodi medčloveški odnos.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 7, april 2009

Marjan Kordaš (prevod in priredba)



### Sporočite svoj e-naslov – in si zagotovite redno prejemanje aktualnih informacij

#### Spoštovana članica, spoštovani član

Zdravniška zbornica vzpostavlja sodobne načine obveščanja svojih članov po elektronski pošti. Redno bi vam želeli pošiljati obvestila o aktivnostih v zbornici in informacije, ki bi bile zanimive za člane (borza delovnih mest, ugodnosti za člane, sprejetje pomembnih zakonskih ali podzakonskih dokumentov ...).

Vljudno vas prosimo, da posredujete svoj e-poštni naslov, saj boste s tem pridobili možnost ažurnega prejemanja pomembnih informacij o stanovskih in drugih aktualnih novicah.

Vabimo vas, da svoj e-naslov sporočite na:  
e-naslov: [cecilija.dolbar@zzs-mcs.si](mailto:cecilija.dolbar@zzs-mcs.si)  
telefon: 01 30 72 122

Za vaše sodelovanje se vam najlepše zahvaljujem.

Prim. Gordana Kalan Živčec, predsednica Zdravniške zbornice Slovenije

# Mediacija v zdravstvu

Simona Mlakar, Anka Stojan

## Mediacija v Sloveniji

Mediacija postaja v Sloveniji vedno bolj prepoznana in na področjih, kjer se uporablja, že kaže izredno dobre rezultate. O njenih širokih in primerjalnih prednostih ter zadovoljstvu ob izkušnji z mediacijo poročajo posamezniki, ki so bili udeleženci v mediacijskem postopku, in tisti, ki pri komunikaciji že sami uporabljajo mediacijske veščine. Mediaciji so naklonjeni tudi tisti, ki sta jih vsebina in koncept mediacije pritegnila že na podlagi tega, kar so o njej prebrali ali slišali.

Od leta 2001 Okrožno sodišče v Ljubljani uspešno izvaja mediacijo kot alternativo sodnemu reševanju sporov. Sledila je uvedba mediacije v različne področne zakone, med drugimi tudi v Zakon o pacientovih pravicah (v veljavi od julija 2008). Slednji je opredelil obveznost izvajalcev zdravstvenih storitev, da poskušajo preprečiti in na miren način rešiti nesporazume s pacienti (predvsem preko instituta pristojne osebe in mediacije), ter opredelil aktivnosti in pravice, ki pripomorejo k dobremu odnosu med izvajalcem in pacientom. Svet za alternativno reševanje sporov na Ministrstvu za pravosodje pripravlja nov zakon, ki bo mediacijo (ali drug alternativni način reševanja sporov) kot obvezni poskus za rešitev spora uvedel na vsa sodišča v državi, prav tako pa država v skladu z usmeritvami v Evropi spodbuja uporabo mediacije tudi za urejanje drugih razmerij, kjer so dolgotrajni dobri odnosi bistvenega pomena (urejanje stikov otrok z razvezanimi starši v predlogu Družinskega zakonika itd.).

Hkrati z institucionalno implementacijo (na sodiščih, v šolstvu, na centrih za socialno delo, na zbornicah itd.) pa se mediacija razvija tudi na drugih področjih, predvsem z usposabljanji za mediatorja in z učenjem mediacijskih veščin. Povpraševanje po

učenju mediacijskih veščin za uporabo v različnih delovnih okoljih se neprestano povečuje. Nekatera usposabljanja so organizirana za specifična področja in prilagojena ciljni skupini (kot na primer za potrebe v šolstvu, v gospodarstvu, v družinskih sporih, v zdravstvu).

Mediacija, še bolj pa uporaba mediacijskih veščin, postajata del vsakdanjega življenja in sta nepogrešljiv element dobre komunikacije. Prav zaradi široke uporabnosti mediacijskih veščin je vedno več interesa za učenje le-teh pri vseh poklicih in na vseh funkcijah, ki jih posameznik opravlja v svojem delovnem okolju (ne glede na položaj v timu, status v organizaciji ali obseg delovnih nalog in odgovornosti).

Z osvojenimi mediacijskimi veščinami:

- znamo prepoznati in opredeliti problem,
- znamo aktivno poslušati, kar omogoči razumevanje sogovornikovega sporočila,
- uspemo podati informacijo tako, da jo sliši tudi sogovornik,
- hitreje prepoznamo lastne interese in interese sogovornika,
- učinkovito razrešujemo nesoglasja,
- smo sposobni iskati rešitve za sodelovanje v prihodnosti in tudi
- skleniti dogovor oziroma sporazum.

Takšno aktivno komuniciranje spodbuja osebo rast in vodi k večji uspešnosti.

## Mediacija v zdravstvu

Nekateri poklici zahtevajo neprestano sodelovanje z ljudmi, kjer je poleg strokovnega znanja za končni uspeh ključnega pomena tudi dobra komunikacija, ustrezen način sporočanja informacij, vzajemno razumevanje, način načrtovanja prihodnjih korakov, ton glasu in neverbalna komunikacija. V takšnih poklicih so še posebej potrebna dodatna znanja in veščine, saj lahko šele z dobro komunikacijo omogočijo učinkovito sodelovanje in

zaupanje, kar ustvarja (p)oseben odnos.

Zdravstveni delavci so vsakodnevno v odnosih – tako s pacienti, njihovimi svojci, svojimi kolegi in različnimi skupinami podrejenih in nadrejenih.

## Odnos zdravstveni delavec - pacient

Zdravstveni delavci s svojimi pacienti razvijajo poseben odnos. Ne nudijo jim le svojega strokovnega znanja, temveč z njimi preživijo tudi veliko časa (v času hospitalizacije celo več kot njihovi svojci). Natančno in do podrobnosti poznajo pacientovo zdravstveno stanje (včasih v določenih segmentih lahko bolje kot pacienti sami), hkrati pa imajo vpogled v pacientove navade, prepričanja, strahove in intimnosti.

Poleg strokovno izjemno zahtevnega in odgovornega dela so zdravstveni delavci postavljeni v izredno težak položaj, ko morajo pacientu ali njegovim bližnjim sporočiti slabo novico, ko mu morajo naložiti neprijetno terapijo, ko sogovornika seznanjajo z omejenimi možnostmi v tehničnem, finančnem ali kadrovskem smislu, ko so priča, da pacient ali njegovi bližnji ne sprejemajo omejitve realnosti ipd. Vemo, da imajo pri tem omejen čas za obravnavo vsakega pacienta, bolniki pa potrebujejo in želijo (včasih tudi zahtevajo) veliko njihovega časa in pozornosti. Čeprav pacientu ne morejo ustreči zaradi tehničnih, kadrovskih ali drugih omejitev, je pacientu včasih to težko na ustrezen način sporočiti.

Brez ustreznega pojasnila pa v zraku obvisi občutek, da zdravstvenemu delavcu za pacienta ni mar. Takšna komunikacija med pacientom in zdravstvenim delavcem se pogosto konča v nerazumevanju, nesoglasju ali konfliktu, kar dolgoročno pusti neprijeten občutek pri obeh.

Zdravstveni delavci imajo interes, da s pacientom vzpostavijo in ohranijo dober odnos,



saj ta vpliva na rezultate zdravljenja in na enostavnost sodelovanja. Ko prevzamejo skrb za pacientovo zdravje, se začne razvijati poseben odnos, za katerega so značilni zaupnost in zaupljivost, soodgovornost za zdravje ter tesno sodelovanje.

### Odnos zdravstveni delavec - zdravstveni delavec

Zdravstveni delavci opravljajo delo v timu s kolegi in drugim osebjem. V takšnem timu je ključnega pomena dobra medsebojna komunikacija. Ta vpliva na uspešno organizacijo dela in usklajevanje, na občutek medsebojnega spoštovanja in v celoti na dobro sodelovanje.

Kodeks medicinske deontologije Slovenije zdravnike s posebnim poglavjem o odnosih med zdravniki zavezuje k tovarištvu, iskrenosti, odkritosti, solidarnosti in posredovanju izkušenj. Poudarja pomen spoštovanja in korektnosti. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije nalaga medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom in drugim članom negovalnega tima solidarnost ter sodelovanje, ki temelji na partnerskem odnosu in spoštovanju posameznika, skrb za dobre medosebne odnose v delovnem okolju, prizadevanje za prijazno in nenasilno delovno okolje itd.

Prav zaradi tesnega sodelovanja, ki ga zahteva delovni proces v zdravstvu, in prepletenosti različnih strok ter odgovornosti, ki jo nosijo, je v zdravstvu vzpostavljena zelo jasna hierarhija, ki omogoča takšno sodelovanje. V primeru, da nesporazumov med zdravniki ni mogoče zgladiti, pristopajo organi zdravniške zbornice na ustreznih ravneh k poizkusu sprave. V delovnih in drugih medsebojnih sporih je zdravnik obvezan, da poizkuša storiti vse, da bi se spori čim prej odpravili. Zavedati se mora, kako slabi

odnosi vplivajo na delovno moralo, da škodujejo osebnemu ugledu, zdravništvu, zdravstvenim zavodom in bolnikom.

Zdravstveni delavci – sodelavci zaradi posebnih pravil hierarhije lahko občutijo nemoč v izražanju svojih mnenj. Po drugi strani pa je prava umetnost voditi sestanke tima, na katerih je potrebno zagotoviti, da bodo vsi udeleženci slišani, razumljeni, da bodo izluščene najpomembnejše vsebine ter sprejeti zaključki, ki vodijo k cilju. Za doseg naštete pa si nekateri pogosto ne vzamejo dovolj časa, nimajo energije oziroma znanj, kako to storiti.

### Odnos zdravstveni delavec in njegov delodajalec (zdravstveni zavod)

Na delu preživimo veliko časa in kakovost odnosov med zdravstvenim delavcem in njegovim delodajalcem močno vpliva na kakovost življenja in dela obeh, zato je smiselno najti učinkovite načine za reševanje konfliktov v delovnem okolju. To je še posebej pomembno zato, ker v Sloveniji neradi menjamo zaposlitev, če se s tem spremeni oddaljenost od kraja bivanja, v določenih primerih pa je menjava zaposlitve celo nemogoča, kadar je zdravstveni delavec že zaposlen v edini specializirani inštituciji v državi.

Delodajalec je dolžan in odgovoren delavcu določiti obseg in način organizacije dela. Splošno znana kadrovska podhranjenost v zdravstvu ustvarja vse večje zahteve delodajalcev glede obsega delovnih obveznosti zaposlenih. To lahko vodi k izčrpanosti, stresu in pogosto nezadovoljstvu. V kolikor delodajalec odprto komunicira, posluša, prepoznava interese in sodeluje z zaposlenimi pri iskanju rešitev, ima slednji občutek, da je slišan in upoštevan. Zaposleni je tako tudi bolj pripravljen razumeti okoliščine in pričakovanja delodajalca.

Slabi odnosi med delavcem in delodajalcem ne vplivajo dobro na delovno moralo, škodujejo osebnemu ugledu, zdravništvu, zdravstvenim zavodom in bolnikom.

## Prednosti obvladovanja mediacijskih veščin

Zgoraj opisani odnosi v zdravstvu kažejo zahtevnost situacije, v kateri se znajde zdravstveni delavec, ki **ne more ostati nevpleten** v razmerjih do sodelavcev, pacientov, kolegov, nadrejenih in podrejenih. Vsi imajo svoje zahteve, interese, potrebe in cilje. Delo z ljudmi zahteva komunikacijo, od njene kakovosti pa je odvisen tudi rezultat strokovnega dela. Npr. naloga zdravstvenega delavca je, da pacientu poda navodilo v zvezi z zdravljenjem. Če pacient navodilo razume, je komunikacija uspešna. Če pa pacient navodila ne razume (četudi ga je zdravstveni delavec večkrat ponovil), je modro, da to doseže na drug način (s prilagoditvijo jezika, z uporabo preprostejših izrazov itd.), kajti obojestransko razumevanje bo močno vplivalo na končni uspeh zadanega cilja, torej zdravljenja.

Pogosto smo preveč prepričani, da so naša sporočila jasna. Za nameček pa smo pri oceni komunikacijskih veščin sogovornika redko tolerantni, predvsem ko le-te ne sovpadajo z našimi. V takšnih primerih se hitro pojavi želja po spremembi oziroma izboljšanju komunikacijskih veščin sogovornika, kjer pa naletimo na odpor in konflikt. Psihologija komunikacije nam sporoča, da sogovornika ne moremo spremeniti, lahko pa spremenimo naš način zaznave, odziva in kakovost komunikacije, kar posledično vpliva tudi na sogovornika.

Osnovnih tehnik komuniciranja smo se naučili že kot otroci in njihova uporaba se nam zdi sama po sebi umevna, saj jo vsakodnevno izvajamo in zato

domnevamo, da jo obvladamo. Veščine, ki jih uporabljamo pri komunikaciji, smo prinesli iz svojih primarnih družin in so posledica naše vzgoje in okolja, kjer smo odraščali. Med takšne veščine štejemo poslušanje, postavljanje vprašanj itd., ki pa se v praksi najpogosteje nadomestijo kar z vnetim prepričevanjem sogovornika, da sprejme govorničev »edino pravilno« resnico.

V sklopu mediacijskih tehnik je kar nekaj takšnih, ki jih vsi že uporabljamo, vendar pa trening mediacijskih veščin doda vrednost s tem, da že poznane tehnike ozavestimo, preučimo njihovo učinkovitost, priključimo iz spomina druge tehnike in jih (ponovno) vpeljemo v praktično uporabo na bolj strukturiran način ter se naučimo in osvojimo uporabo novih tehnik in pristopov. Mediacijske veščine se od ostalih komunikacijskih veščin razlikujejo v tem, da so zelo orientirane v **iskanje in prepoznavanje globljega interesa in so usmerjene k iskanju sporazuma, ki je realno izvedljiv v prihodnosti**. Poseben poudarek pri mediacijskih veščinah je tako na naslednjih tehnikah: **aktivno poslušanje, splošna radovednost s postavljanjem pravih vprašanj, ločitev stališč od interesov, opredelitev in definiranje problema, povzemanje, preoblikovanje, preokvirjanje, poudarjanje področij strinjanja, fokusiranje na prihodnost, tehnike postavljanja vprašanj, razdelitev večjega problema na manjše kose, iskanje interesa (lupljenje čebule), prepoznavanje močnih čustev, BATNA (best alternative to a negotiated agreement), WATNA (worst alternative to a negotiated agreement), pogajanja**.

Na pripravljenost učiti se novih veščin vpliva naša lastna iniciativa po učenju, radovednost po spoznavanju bolj učinkovitih pristopov in tehnik komuniciranja ter pozitivna izkušnja ob prvih uspehih.

## Kaj je mediacija in zakaj je tako uporabna?

Včasih kljub uporabi komunikacijskih veščin, dobronamernosti in visoki angažiranosti ne moremo izstopiti iz začaranega kroga in ne uspemo prepričati nesporazuma ali ne najdemo skupne rešitve. Takrat nam lahko pomaga izkušen mediator ali mediatorski tim, ki poskrbi za strokovno vodenje postopka mediacije v skladu s posebnimi načeli in pravili ter udeležencem pomaga razrešiti in odpraviti medsebojna nesoglasja.

Z razvojem mediacije vedno več podjetij, organizacij in institucij organizira notranje mediacijske pisarne ali oddelke za reševanje pritožb, ki zaposlenim in drugim ponujajo storitev mediacije, kjer lahko z dežurnim mediatorjem hitro in učinkovito rešijo medsebojni nesporazum.

Organizacija mediacijske pisarne znotraj organizacije, oddelkov ali na stanovski organizaciji (zbornici) bi pomagala zdravstvenim delavcem reševati probleme in nesoglasja v mirnem postopku, predhodno in namesto sodnih postopkov z možnostjo sovpivanja in prevzemanja odgovornosti za razreševanje spora in oblikovanje sporazuma.

Mediacijsko srečanje je zaupen postopek, v katerem skušajo udeleženci ob podpori nevtralnega mediatorja in ob upoštevanju interesov vseh udeležencev rešiti spor in doseči sporazum, ki na novo ureja medsebojne pravice in obveznosti, zlasti z vidika bodočega sodelovanja. Postopek mediacije je najpogosteje sestavljen iz dveh delov:

- predmediacijskih srečanj in
- mediacijskih srečanj.

Postopek mediacije vodi mediator ali mediatorski tim v skladu z naslednjimi načeli: **zaupnost postopka, nepri- stranost mediatorja, prostovoljnost**

**vključitve strank, ekonomičnost postopka, učinkovitost in sooblikovanje postopka, neodvisnost in kompetentnost mediatorja, enakopravnost strank v postopku, zakonitost, načelo vesti in poštenja.** Tudi stranke se takoj na začetku zavežejo spoštovati ta načela.

Ker mediacija spodbuja odprto komunikacijo med strankami v sporu, se ohrani pozitiven (ali vsaj manj negativen) odnos, ki je osnova za nadaljnje sodelovanje.

Zaradi svoje narave je postopek mediacije usmerjen naprej, v prihodnost in zato ponuja bistveno bolj kreativne rešitve, kot so tiste, ki jih lahko prisodi sodišče.

Poudariti je treba, da vsaka pritožba in spor nista primerna za mediacijo in v teh primerih je treba sprožiti tradicionalne postopke. Vprašanje pa je, ali želite imeti dodatno možnost, da morebitni spor rešite zaupno, hitro, ceneje in ob tem še okrepite zaupanje in izboljšate medosebni odnos?

## Ključne prednosti mediacije v zdravstvu:

- Ljudje težimo k medsebojnemu sodelovanju in zdrav odnos je primarna želja vsakega posameznika;
- nesoglasja in konflikte najbolje in najučinkoviteje rešijo tisti, ki so v konflikt vpleteni. Prav ti imajo najboljši vpogled v ozadje konflikta, hkrati pa rešitve vplivajo nanje in so jim zato tudi najbolj pomembne. Ravno zato so sami najbolj motivirani za iskanje rešitve, čeprav tega mogoče v prvem koraku ne pokažejo. Prenajanje konflikta v druge ustanove in prepuščanje odločitve zunanjim »rešiteljem« je slabo za odnos in ga najpogosteje ne reši. Zunanja ustanova (npr. sodišče) določi krivca, kar morda reši konflikt, a nikakor ne reši odnosa.

Največkrat ga dodatno oteži ali celo onemogoča sodelovanje v prihodnosti;

- jedno spora je dostikrat le v pomanjkanju dobre komunikacije, mediacija kot metoda pa pospešuje dobro komunikacijo;
- postopek mediacije je manj naporen, predvsem psihično, za bolnika, ki je že tako v slabšem fizičnem in psihičnem stanju zaradi bolezni, prav tako pa tudi za zdravstvenega delavca, ker lahko po uspešnem dogovoru mirno nadaljuje s svojim delom, ohrani strokovno avtoriteto itd.

## Zaključek

Zdravstveni delavci sledijo svojemu poslanstvu pomagati ljudem s strokovnim znanjem. Vsak dan bolj pa prepoznajajo dodatno potrebo po uporabi pravih komunikacijskih veščin, ki bodo prispevale k večji učinkovitosti.

Zdravstveni delavci se pri svojem delu z ljudmi ne morejo povsem izogniti konfliktnim situacijam, pa naj gre za odnos s pacientom ali odnos s sodelavcem. Vsak ima svoje strategije in načine, kako se s takšnimi situacijami spopada in kako jih poskuša reševati. Obstoječa splošna znanja komunikacije bi z dodatnim usposabljanjem ponovno obnovili, nadgradili in nekatera nadomestili z novimi. Uporaba mediacijskih veščin v marsikaterem koraku izboljšuje kakovost komunikacije in oblikuje bolj zdrav odnos s sočlovekom.

Prav tako pa bi sam postopek mediacije, ki bi bil organiziran znotraj organizacije, zunaj organizacije ali pa kot *ad hoc* vključitev zunanjega mediatorja, lahko pripomogel k uspešnejšemu reševanju nastalih nesoglasij tako v odnosu zdravstveni delavec - pacient, zdravstveni delavec - zdravstveni delavec ter zdravstveni delavec in njegov delodajalec.

*Problema ne moremo rešiti z enakim načinom razmišljanja, ki je do problema pripeljalo.*

*Albert Einstein*

Zdravniki in zdravstveni delavci ostajajo primarno strokovnjaki na področju zdravja. Vpliv dobre komunikacije pa je tako pomemben, da bi bilo škoda zanemariti ali preskočiti fazo takšne komunikacije, ki bi izboljšala odnos. Dober odnos s pacientom, kolegom, delodajalcem ali našimi najbližjimi namreč daje našemu življenju dodaten smisel in zadovoljstvo.

V družbi Ahil svetovanje, na podlagi izkušenj na področju učenja komunikacije, razumevanja in ustvarjanja prostora dobrega dialoga v specifičnih zdravstvenih situacijah, oblikujejo in organizirajo različne seminarje, delavnice in usposabljanja s področja mediacije in mediacijskih veščin, prilagojena zaposlenim v zdravstvu. Več na [www.svet-ahil.si](http://www.svet-ahil.si)

Viri in literatura so na voljo pri avtoricah.

## Problematika zobozdravstva

# Okrogla miza na 34. srečanju stomatologov Slovenije v Portorožu, junij 2009

*Gorazd Sajko, Marjan Premik, Aleksander Velkov*

## Pismo ministru

Najprej se želimo iskreno zahvaliti za vaše pismo z dne 4. junija 2009, s katerim ste pozdravili udeležence okrogle mize z naslovom »Stanje in razvoj zobozdravstvenega varstva v Sloveniji«, ki je bila v Portorožu 5. junija 2009.

V pismu ste opozorili na odprte probleme na področju zdravstvenega varstva, kot tudi na skupno reševanje nekaterih problemov na področju zobozdravstva (cilji in strategija, preventiva – nacionalni program, skupna komisija, nov poročevalski sistem, zdravstvena zakonodaja ipd.). Pismo smo prebrali udeležencem okrogle mize (vsakdo pa je lahko kopijo pisma prejel na recepciji konference) in je tako pomenilo pomemben prispevek k razpravi na okrogli mizi.

Ob splošnem spoznanju, da je oralno zdravje del človekovega zdravja in je bistveno za splošno zdravje in blagostanje ljudi, moramo izraziti obžalovanje, da se razen Vašega odziva (pismo) na naš dopis (11. maj 2009) in povabilo na srečanje v Portorožu niso odzvali drugi pomembni in sodgovorni republiški akterji (npr. ZZZZS, IVZ), s katerimi bi lahko izmenjali stališča in tako pospešili reševanje nakaterih kratkoročnih in dolgoročnih problemov ustnega zdravja v Sloveniji.

V nadaljevanju povzemamo bistvena, konstruktivno naravnana sporočila iz razprave na okrogli mizi:

**Vrednotenje dela:** Izraženo je nezadovoljstvo z razporeditvijo zobozdravnikov (in sodelavcev) v plačilni razred 40. Izobrazba (diploma MF), zahtevnost poklicnega dela (poseg v telo) in učinkovitost (skoraj 100-odstotna finalizacija začetega dela – brez napotovanj na sekundarno in terciarno raven) so primerjalno z ostalimi zdravniškimi poklici značilno podcenjeni. Zaradi tega zobozdravniki zahtevajo spremembo tarifnega dela kolektivne pogodbe za dejavnost zdravstva...

**Javna sredstva** za zobozdravstveno varstvo so se ves čas od osamosvojitve do danes relativno manjšala, v tem času

za to področje ni bila sprejeta nobena sistemska regulacija. Za izvedbo zobozdravstvenega programa, ki pomeni javni interes (npr. nacionalni program), je treba opredeliti cilje, aktivnosti, sredstva, regulativo in nadzor.

**Uvajanje glavarine** pomeni tipičen birokratski pristop, ki do neumnosti poenostavlja zagotavljanje večje dostopnosti in uresničevanje načela enakosti. Dognano je, da moramo v okviru javnega zdravja načrtovati celovito ter hkrati poleg števila prebivalstva upoštevati še naslednje značilnosti:

- vrsto aktivnosti (promocija zdravja, preventiva, diagnostika, zdravljenje, rehabilitacija, kronična nega ipd.),
- skupine prebivalcev glede na starost (otroci, odrasli, stari) in potencialno ogrožene (ženske – nosečnice, etnične skupine, invalidi, osebe, ki imajo težave z učenjem, nezaposleni, osebe, ki živijo v revščini),
- pogostnost in intenzivnost bolezni,
- tehnološke možnosti,
- strošek/učinek posameznih zdravstvenih aktivnosti ter
- prostorsko in ravensko umeščenost zobozdravstvene dejavnosti.

Vstop glavarine je svojevrsten socialno-medicinski anahronizem, za katerega stroka trdi, da ne bo prinesel učinkov k izboljšanju zdravstvenega stanja, pravičnejšemu financiranju in boljši odzivnosti sistema zobozdravstvenega varstva na sicer legitimna pričakovanja ljudi. Poiskati moramo ustrežnejša merila za financiranje zobozdravstvene dejavnosti

**Načrtovanje in strokovne podlage.** Potrebo po celovitejšem planiranju in pripravljanju strokovnih podlag je treba zaupati stalni usposobljeni ekipi strokovnjakov (klinična stomatologija, javno zdravje, ekonomika), ki bodo znali vzpostaviti ustrezen sistem poročanja (informatijski sistem), pretehtano interpretirati podatke in informacije

ter predlagati rešitve, ki bodo sprejemljive za uporabnike, stroko, financierje in politike. Za vzpostavitev takšne ekipe je potreben ukrep upravljalca sistema – države (sredstva, institucionalna umestitev, izobraževanje kadrov ipd.), ki mora poleg izkazovanja interesa prevzeti tudi odgovornost. Razumemo naraščajočo skrb glede stroškov za zdravstveno varstvo. Za tisti del, ki se financira iz javnih sredstev, je legitimna dolžnost države, da poskrbi za učinkovito porabo sredstev. Najboljši način, da se zdravstveni sistem naredi dolgoročno vzdržen, so ukrepi za zmanjševanje verjetnosti nastanka bolezni. V tej perspektivi vidimo tudi strateški pomen sprejemanja nacionalnega programa oralnega zdravlja.

**Poročevalski sistem.** Potreba po poročevalskem sistemu (o organizaciji, delu, zdravstvenih ugotovitvah, vedenjskih in drugih družbenoekonomskih značilnostih, ki vplivajo na zdravstveno stanje ipd.) zahteva prenovu v organizacijskem, tehnološkem in vsebinskem smislu. Nekritična uporaba iz leta v leto ponavljajočih kumulativnih statističnih storitev se lahko »zlorablja« na več načinov in za različne namene. Prenehati je treba s staro prakso in vzpostaviti nov bolj kredibilen sistem, ki bo dal možnost realnejšega ocenjevanja uspešnosti in učinkovitosti zobozdravstvenega varstva zlasti glede na postavljene prioritete in zdravstvene cilje.

**Delitev na zasebne in javne** zobozdravnike nima nobene strokovne osnove, nudi pa možnost vseh vrst manipulacij.

**Nove metode in tehnologija** v zobozdravstvu se v prakso lahko uvaja le preko nekaterih »nadstandardov«, ki se financirajo iz »žepa« bolnikov.

**Pojasnjevanje zavarovanih pravic.** V sedanjem finančno-organizacijskem okviru javnega zobozdravstvenega varstva je pojasnjevanje pravic/nepravil pacientom iz naslova zavarovanja prepuščeno skoraj izključno zobozdravnikom. Zato je treba del te pojasnjevalne dolžnosti (ki pomeni veliko obremenitev za zobozdravnike), v veliki meri prenesti na zavarovalnice (informiranje zavarovancev – zlasti v pogojih omejevanja sredstev). S to problematiko je treba seznaniti tudi župane in direktorje zdravstvenih domov.

**Vpeljati trajen proces enakopravnega usklajevanja** legitimnih interesov upravljalcev, financierjev, uporabnikov in izvajalcev sistema zobozdravstvenega varstva.

Dokler bodo ljudje potrebovali in zahtevali zobozdravstveno varstvo, bo zobozdravstvo obstajalo v takšni ali drugačni obliki, in če izhajamo iz te potrebe, potem mora zobozdravstvena stroka povedati, v kakšnih pogojih lahko dela in optimalno prispeva k izpolnjevanju ljudskih pričakovanj in želja. Usklajevanje potreb in možnosti vseh je v današnjem času demokratični in civilizacijski imperativ, ki lahko prispeva k večjim učinkom zobozdravstvene dejavnosti ter večjemu zaupanju in zadovoljstvu vseh v procesu usklajevanja vpletenih deležnikov.

V tem kontekstu pripominjamo, da se lahko pristopa k imenovanju svetovalcev za zobozdravstvo na republiški in regionalni ravni (»chief dental officers«). Svetovalci morajo imeti javnozdravstvene pristojnosti in zadolžitve v okviru sprejetih strateških programov. Imenovanje svetovalca za zobozdravstvo na Ministrstvu za zdravje brez jasno določenih zadolžitev in pristojnosti ter mimo organizirane stroke je nesprejemljivo in ne more kar tako *ad hoc* izboljšati odnosov, stanja, prakse, nadzora, financiranja in politike na področju zobozdravstvenega varstva. (Neformalno smo izvedeli, da je Ministrstvo za zdravje že imenovalo (?) glavnega svetovalca za zobozdravstvo, ne da bi o tem vsaj seznanilo organizirano stroko).

Verjamemo, da vam bodo sporočila okrogle mize koristila pri nadaljnjem izgrajevanju sistema zdravstvenega varstva, katerega dokaj specifičen del je (zaradi razvojnih, finančnih, delovnih in organizacijskih posebnosti) sistem zobozdravstvenega varstva. Za učinkovitost zobozdravstvenega varstva pa moramo vzpostaviti ustrezno javno infrastrukturo (regulativo, organizacijo, kadre), pri čemer pričakujemo poleg ministrstva za zdravje aktiven pristop tudi drugih odgovornih republiških akterjev.

Stomatološka sekcija SZD

Ljubljana, 23. junij 2009

# Sporočilo za medije še ne zagotavlja medijske objave

*Damjana Pondelek*

Sporočilo za medije oz. sporočilo za javnost je eno izmed komunikacijskih orodij, ki zdravstveni ustanovi omogoča, da javno predstavi svoje delovanje, dosežke, stališča, odzive... Seveda pa list, popisan z informacijami, stališči in mnenji predstavnikov zdravstvene ustanove, ne more nadomestiti siceršnjih dobrih odnosov z mediji in ostalimi ključnimi javnostmi. Prav tako zapisana stališča, ki jih posredujemo medijem, še ne zagotavljajo medijske objave.

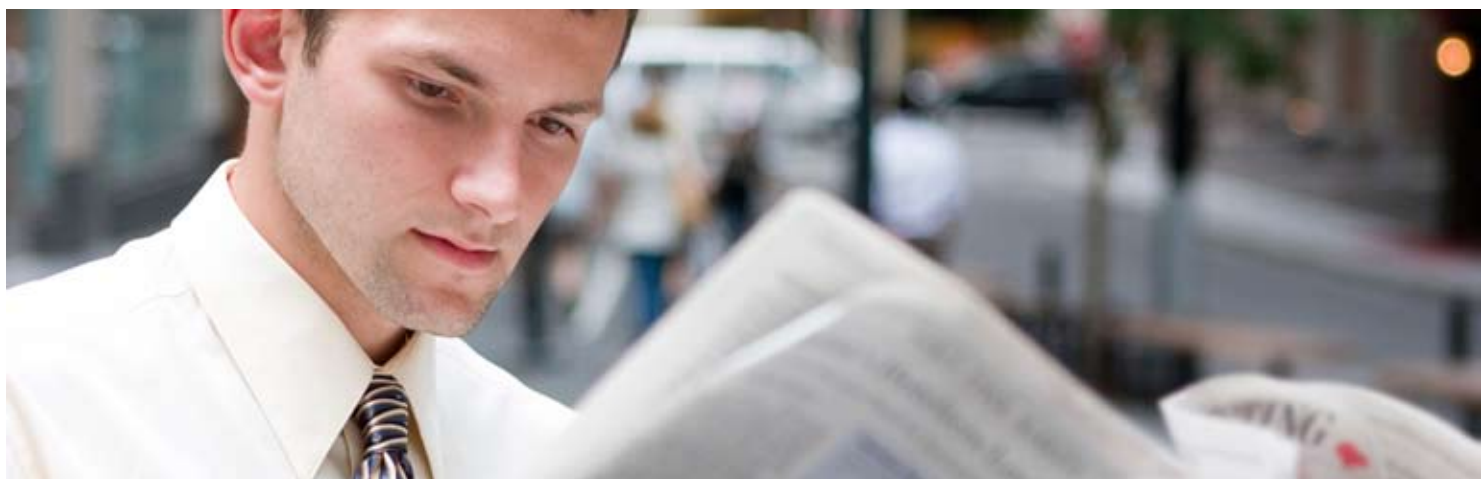
Osnovni namen sporočila za javnost, ki ga ob pomembnem dogodku ali dogajanju v zdravstveni ustanovi spišemo in pošljemo medijem, je seveda medijska objava. Državljanke želimo s pomočjo medijev obvestiti denimo o najnovejših strokovnih dosežkih, posodobitvah opreme in prostorov, spremembah v vodstvu, stališču do zakonodaje ipd. Za razliko od oglasa pri sporočilu za medije ne gre za plačano objavo, zato o obliki, obsegu in času objave odločajo novinarji in uredniki. Pomembno je torej, da je naša informacija celovita, aktualna, zanimiva, da bo sploh pritegnila pozornost novinarjev in urednikov, nato pa še pozornost bralcev, gledalcev, poslušalcev. In ne nazadnje – informacija mora biti tudi pravočasna. Včerajšnje novice namreč medijev ne zanimajo. Sporočilo za medije moramo tako poslati takoj po novinarski konferenci, okrogli mizi, seminarju... Torej na dan dogodka oz. dogajanja.

## Bodo objavili?

Bodo mediji naše sporočilo za medije objavili? Celotnega

sporočila zagotovo ne, a to tudi ni naš cilj. Naš cilj je, da celovito povzamejo informacijo. Zato bomo ključno sporočilo zapisali že v prvem odstavku – da ne bo dileme, kaj v sporočilu je tisto, kar je zares pomembno. Mediji bodo namreč problematiki, ki jo predstavljamo, morda namenili le nekaj vrstic. Naj vsebino zanje najdejo na začetku našega sporočila za medije. Sicer morda sploh ne bodo brali dalje.

Informacija bo objavljena, če bo pritegnila pozornost bralcev. Toda najprej mora pritegniti pozornost novinarjev, ki bodo naše sporočilo za medije prejeli. Mediji namreč v prvi vrsti prodajajo sebe in oglaševalski prostor. Zato bodo novinarji in uredniki dali prednost odmevnejšim novicam, torej tistim, ki bodo pritegnile kar najširši krog bralcev, gledalcev in poslušalcev. Tega ne boste prebrali radi in morda se vam bo zdelo krivično, a dejstvo je, da je objava informacije, ki jo posreduje zdravstvena ustanova, v največji meri odvisna od tega, kaj se v danem trenutku še dogaja v državi, in to ne le na zdravstvenem področju. Naše sporočilo za medije namreč tekmuje z vsemi ostalimi novicami, ki vzniknejo istega dne. Zgolj na tih deževnih nedeljski poletni dan je lahko ena osrednjih novic TV-dnevnik nastop mladih folkloristov na poletni prireditvi. Če bi mladi plesalci na Lentu nastopili v četrtek, med sejo vlade ali po njej, zagotovo ne bi bili deležni velike medijske pozornosti (ob predpostavki, da je premier na seji vlade in ne na Lentu). Zato je, ko/če načrtujemo dogodek ali dogajanje in posledično obveščanje medijev, zelo pomembno,





da se ozremo okrog sebe in preverimo ostalo napovedano dogajanje na področju zdravstva in tudi širše. Napovednik dogodkov objavlja Slovenska tiskovna agencija (STA), glavne poudarke pa tudi ostali mediji. Vseh dogodkov seveda ni mogoče napovedati – če imamo smolo in načrtujemo izjemno pomemben medijski dogodek na dan, ko nepričakovano odstopi minister za zdravje (hipotetičen primer!), bodo vsi novinarji, ki spremljajo zdravstvo, odhiti na Ministrstvo za zdravje RS, ne k nam.

## Kaj je novica za medije?

Novinarji, ki spremljajo zdravstvo, bodo poleg našega sporočila za medije v istem dnevu prejeli še vsaj pet do deset sporočil naših »konkurentov« s področja zdravstva. Vsak novinar bo poročal o eni, morda dveh zgodbah... Za primer pogledjmo, kaj se je dogajalo dne 23. junija 2009 in o čem so mediji poročali dan kasneje. Informacija o skorajšnji selitvi nove pediatrične klinike, troje različnih stališč organizacij in skupin do zakona o zdravstveni dejavnosti, imenovanje novega generalnega direktorja UKC, informacija z okrogle mize o prihodnosti brežiške bolnišnice, pismo zaposlenih na Vzajemni, podpora zdravnikov in farmacevtov ekološkemu prizadevanju v Zasavju, informacije o zdravstveni reformi, usmeritve na področju varnosti bolnikov, prva študentska konferenca s področja zdravstvenih ved... Pregled objav z dne 24. junija 2009 pokaže, da so novinarji poročali o vseh naštetih temah, največ medijske pozornosti pa so pritegnili imenovanje Simona Vrhunca za generalnega direktorja UKC, dogajanje v Vzajemni in brežiški bolnišnici ter napovedana selitev pediatrične klinike. To so informacije, ki so bile dovolj vsebinske, aktualne in zanimive, da so bile objavljene v prvih minutah poročil in na prvih straneh medijev...

## Kaj za medije ni novica?

Poglejmo si primer dogajanja, o katerem so mediji tistega dne relativno malo poročali. 23. junija 2009 je med drugim potekala tudi prva študentska konferenca s področja zdravstvenih ved Partnerstvo, znanje in razvoj v študiju zdravstvenih ved, ki jo je pripravila Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice v sodelovanju z Zdravstveno fakulteto Univerze v Ljubljani, Fakulteto za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, Visoko šolo za zdravstvo Izola Univerze na Primorskem in Visoko šolo za zdravstvo Novo mesto. Na konferenci so bodoči diplomanti predstavljali najboljše projektne, raziskovalne seminarske in diplomske naloge. Dogodek, ki je potekal pod pokroviteljstvom varuhinje človekovih pravic dr. Zdenke Čebašek Travnik in Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije, je pritegnil 153 študentov in visokošolskih učiteljev z navedenih fakultet, a bolj malo novinarjev, četudi sta jih o dogodku aktivno

obveščala in nanj povabila tako Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice kot tudi Občina Jesenice. Kljub temu so o dogajanju poročali zgolj lokalni mediji, povzetek pa je bil objavljen tudi v ZIB biltenu. Informacije o dogajanju na konferenci, ki bi si nedvomno zaslužila tudi kanček medijske pozornosti, tako niso dosegle širšega kroga državljanov. Kar je škoda, saj so tovrstni dogodki priložnost za posredovanje pozitivne zgodbe o dogajanju v zdravstvu; tokrat zgodbe o novih znanjih ter novih vlogah in nalogah različnih poklicev zdravstvenih delavcev pri skrbi za zdravje državljanov danes in jutri. Da Jesenice kot kraj tokratnega dogajanja niso izven dosega medijskih hiš, dokazuje množica novinarjev in fotografov, ki je bila prav na dan konference na sedežu enega jeseniških podjetij, kjer so predstavljali investicijo v novo napravo za kontinuirano ulivanje jekla in poslovanje podjetja v prvem četrletju. Seveda pa je k medijski odmevnosti tega jeseniškega dogodka zagotovo vsaj malo prispevalo tudi dejstvo, da se je odprtja nove naprave za ulivanje jekla udeležil tudi predsednik vlade.

## Samo mimogrede...

Tiste mlade folkloriste na Lentu, ki so plesali tudi prvih nekaj minut počitniškega TV-dnevnikarja, je tudi obiskal premier in ob tem poudaril pomen sodelovanja s civilno družbo.

## Nauk zgodbe

Sporočilo za medije še ne zagotavlja medijske objave... Za razliko od premierja! Predsednik vlade na vašem dogodku je medijsko prepričljivejši od še tako prepričljivega sporočila za javnost in včasih tudi od dogodka samega. Ko boste potrebovali zanesljivo medijsko poročanje, torej ne pozabite preveriti, ali je predsednik še prost. Če ni, poskusite še pri ministru.

## Novice Urednice za učinkovitejše komuniciranje v zdravstvu

Na brezplačne elektronske Novice Urednice, ki prinašajo učinkovite nasvete s področja odnosov z javnostmi in komunikacijskih strategij v zdravstvu, se lahko naročite na spletni strani [www.urednica.si](http://www.urednica.si).

## Urednica.

Damjana Pondelek je direktorica podjetja Urednica, odnosi z javnostmi, d.o.o., specializiranega za odnose z javnostmi v zdravstvu.

## Potrebujete nasvet?

[www.urednica.si](http://www.urednica.si) // [damjana.pondelek@urednica.si](mailto:damjana.pondelek@urednica.si) // 041/773540

# O pojmi napaka in zmeta pri ugotavljanju pravne odgovornosti

Damjan Korošec<sup>(1)</sup>

Je že tako, da v medicini pojme napaka in zmeta značilno (in vse pogostejše) srečujemo v zvezi z ugotavljanjem odgovornosti posameznih zdravstvenih delavcev.<sup>(2)</sup> Hočeš nočeš smo tako specialisti za ugotavljanje odgovornosti – to pa smo v prvi vrsti pravniki specialisti za kaznovalno pravo<sup>(3)</sup> – tisti, ki se značilno srečujemo s pojmom napaka in zmeta, pri svojem delu ne moremo brez njiju in ju živahno uporabljamo. Vendar močno drugače kot številni zdravstveni delavci! V nadaljevanju naj kratko predstavim, da razlike med razumevanjem pojmov napaka in zmeta v (kaznovalnem) pravu na eni in v medicini na drugi strani niso koristne ne za učinkovitost pravnih postopkov, ne za pravno varnost potencialno in aktualno obdolženih zdravstvenih delavcev v kaznovalnih postopkih in nenazadnje tudi ne nujno za ugled medicine v družbi.

## Kaj je to zdravniška napaka?

Soočanje medicinske in kaznovalnopravne terminologije v zvezi s pojmi napaka in zmeta v slovenski kazenskokopravni literaturi ni novo. Že v več zadevah, ki so razburile slovensko javnost (nazadnje v zadevi Nekrep<sup>(4)</sup>), so bile izpostavljene nevarnosti izmikanja medicine pojmu napaka kot izhodiščnemu, ključnemu, temeljnemu pojmu vseh pravnih postopkov ugotavljanja odgovornosti zdravstvenega (so)delavca, v prvi vrsti kajpak zdravnika. Tu lahko zgolj kratko povzamemo že objavljene ugotovitve.

**V pravu nasploh, zaradi njegove represivne družbene vloge pa še posebej v kaznovalnem pravu, mora določeno dogajanje izpolnjevati več meril, da ga lahko štejemo za relevantno.** V kaznovalnem pravu<sup>(5)</sup> ta merila vsaj na evropskem kontinentu danes združujemo v **tri velike skupine, ki jih imenujemo elemente splošnega pojma kaznivega ravnanja.** Prvi element kot skupina meril tvori t.i. skladnost človekovega ravnanja z objektivno bitjo kakšne kaznovalnopravne norme (vprašanje, ali določeno dogajanje lahko pripišemo kakšnemu človeku kot povzročitelju in ga kot kršitev subsumiramo pod kakšno kaznovalnopravno normo), drugi element zajema protipravnost (vprašanje, ali ravnanje, ki objektivno nasprotuje kakšni kaznovalnopravni normi, hkrati nasprotuje tudi pravu kot sistemu norm in vrednot v celoti), tretji element pa se nanaša na krivdo storilca (vprašanje, ali je v času ravnanja imel ustrezno zavržen odnos do ravnanja in njegove posledice).

Človekovo ravnanje je lahko aktivno ali pasivno. Da bo kazenskokopravno relevantno, mora nasprotovati kakšni

določeni kazenskokopravni inkriminacijski prepovedni ali zapovedni normi. Tako npr. zdravnik, ki bolniku iz usmiljenja vbrizga smrtonosni strup, krši prepovedno normo »ne ubijaj« v okviru inkriminacije uboja (konkretno iz 115/I. člena slovenskega Kazenskega zakonika; KZ-1, Ur. l. RS, št.: 55/08, 66/08, 39/09), če pa namenoma pusti (iz)krvaveti bolnika, čeprav bi krvavitev lahko zaustavil, pa zapovedno normo »kot zdravnik pomagaj bolniku« v okviru inkriminacije opustitve zdravstvene pomoči (iz 178. člena KZ-1) in dodatno še kakšnega naklepnega usmrtnega kaznivega dejanja iz repertoarja KZ-1.

Od posamezne kazenskokopravne norme je odvisno, kakšno ravnanje ji sploh lahko nasprotuje (storitveno, opustitveno, naklepno, malomarno, ali ga lahko izvrši vsakdo ali zgolj posebej kvalificirana oseba, kot npr. zdravstveni delavec, zdravnik ali podobno, kako hude posledice mora imeti ravnanje, da je sploh kazensko relevantno ipd.). V okviru zdravstvene dejavnosti pridejo kot pri vsaki drugi strokovni in tudi siceršnji človekovi dejavnosti v poštev zelo raznolike kršitve različnih kazenskokoprnih norm, tako splošnih (kjer je storilec lahko vsakdo) kot posebnih (imenovanih *delicta propria*), kjer je kot storilec posebej predviden zdravstveni delavec ali zdravnik. Zlasti inkriminacije, v katerih je kot storilec predvidena posebej kvalificirana oseba (*delicta propria*) v svojem opisu prepovedanega ravnanja (med zakonskimi znaki inkriminacije) pogosto navajajo kršitev pravil stroke. Inkriminacija malomarnega zdravljenja [...] iz 179/I. člena KZ-1 se na primer glasi: »Zdravnik, ki pri opravljanju zdravniške dejavnosti iz malomarnosti ravna v nasprotju s pravili zdravniške znanosti in stroke in tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje [...]«. Tudi v vseh ostalih inkriminacijah, relevantnih za zdravniško dejavnost, kjer kršitev (zdravniške) stroke ni izrecno v opisu prepovedanega ravnanja in torej ni poseben zakonski znak inkriminacije, pa si načeloma (v razumnem, uravnoteženem, modernem pravnem sistemu) ni mogoče zamisliti kršitve kazenskokopravne norme, če ni hkrati kršitev zdravniške stroke. Z drugimi besedami: **kršitev kakega pravila zdravniške stroke** je v vseh inkriminacijah, relevantnih za zdravniško dejavnost, nujno **prvi, elementarno konstitutivni element kaznivega dejanja**.

Ali določeno dogajanje znotraj zdravniške dejavnosti lahko pripišemo aktivnosti ali pasivnosti kakšnega človeka (zdravstvenega delavca, zdravnika ipd.) kot povzročitelja

oziroma komu ga lahko pripišemo, je v bistvu nujno hkrati vprašanje, ali je določena aktivnost ali pasivnost v nasprotju z zdravniško stroko, oziroma natančneje, katera aktivnost ali pasivnost je bila v trenutku izvršitve v nasprotju s takrat relevantno referenčno medicinsko stroko in znanostjo. Že na ravni prvega elementa splošnega pojma kaznivega dejanja, to je skladnosti človekovega ravnanja z objektivno bitjo kakšne kaznovalnopravne norme, se pri vseh inkriminacijah, relevantnih za zdravniško dejavnost (t.i. zdravniških kazenskoprnih zadevah), ni mogoče izogniti vprašanju kršitve pravil zdravniške stroke. To pa je vprašanje za medicince oziroma za medicinske izvedence v (pred)kazenskem postopku. Ali izvedenci ravnanje v nasprotju s stroko imenujejo napačno, nesprejemljivo, kriminalno, diletantsko, ali pa zmeta, napaka, odstop od stroke, malomarnost, spodrsrlaj, »kiks« ali kakorkoli drugače, je za pravnike v bistvu vseeno. Ključno je zgolj, ali je določeno ravnanje v trenutku izvršitve odstopalo od veljavnih pravil zdravstva, konkretnije v času izvršitve relevantne referenčne medicinske stroke in znanosti (mednarodno veljavnih, nacionalno veljavnih, v teoriji priznanih kot pravih, uveljavljenih, večinskih, strokovno standardiziranih ipd. pravil medicine).

Odgovor glede tega vprašanja mora biti za pravnika nedvoumen in je lahko zgolj da ali ne. Če zdravstvo ne more ponuditi jasnega odgovora, kako je po njegovi stroki in znanosti potrebno ukrepati v konkretni tipski zadevi, potem pravniki ne moremo dokazovati nikakršne kazenske odgovornosti zdravstvenega strokovnjaka, saj manjka temeljna predpostavka kaznivosti – kršitev norme. Dokončni medicinski izvedenski odgovor »ne vem« v taki zadevi mora nujno voditi v pravno ugotovitev, da ni kaznivega dejanja (načelo »in dubio pro reo« v kazenskem pravu).

V kazenskem pravu (pa tudi v nekaterih drugih nekaznovalnih pravnih vejah) se je za kršitev medicinske stroke in znanosti kot temeljno izhodišče za nadaljnjo kazenskopravno analizo pravne odgovornosti zdravstvenih strokovnjakov precej enotno uveljavil termin **zdravniška napaka**. To ni termin zakonodaje (tudi ne KZ-1), vendar je v kazenskopravni teoriji doma in v svetu nedvoumno opredeljen kot malomarno ali naklepno odstopanje od veljavne medicinske stroke, ki bi v okviru določene zapovedne ali prepovedne kazenskopravne norme utegnila tvoriti kazensko odgovornost storilca. Napačna diagnoza npr. ni vselej zdravniška napaka v kazenskopravnem smislu. Napaka je zgolj takrat, kadar je do nje prišlo s kršitvijo pravil

stroke oziroma znanosti (zdravnik npr. zaradi preutrujenosti spregleda očiten bolezenski znak, zdravnik sploh ne preveri razpoložljive zdravstvene dokumentacije pacienta, čeprav bi imel čas za to ipd.).

### Zmeta kot izrazito drugoten pojem

a) Ko smo kazenskopravno razčistili, ali je v okviru prvega elementa splošnega pojma kaznivega dejanja (katerega konstitutivni element je v t.i. zdravniških zadevah zdravniška napaka) določeno konkretno dogajanje mogoče subsumirati pod kakšno določeno kazenskopravno inkriminacijsko normo, se lotimo analize **protipravnosti kot drugega elementa splošnega pojma kaznivega dejanja**. Kot že rečeno, gre tukaj za vprašanje, ali ravnanje, ki objektivno nasprotuje kakšni kaznovalnopravni normi, hkrati nasprotuje tudi pravu v celoti. Načeloma so vsa ravnanja, ki jih je mogoče subsumirati pod določeno kazenskopravno inkriminacijsko normo v okviru prvega elementa splošnega pojma kaznivega dejanja, tudi protipravna v okviru drugega elementa splošnega pojma kaznivega dejanja.

Protipravnost (*iniuria*) kot sestavljena beseda pomeni neskladje s pravom ali nasprotnost pravu. Danes jo v kazenskem pravu v glavnem razlagamo kot neskladnost ravnanja in njegove posledice s pravom kot sistemom norm in vrednot. Na ravni drugega elementa splošnega pojma kaznivega dejanja se sprašujemo zgolj še, ali določeno načeloma kaznivo ravnanje (in njegova posledica) zaradi kakšnih posebnih, netipičnih, izjemnih okoliščin izjemoma vendarle ni v neskladju s pravom. Take okoliščine lahko postanejo v konkretni zadevi relevantne šele takrat, ko skladnost ravnanja z bitjo kazenskopravne norme načeloma ni (več) sporna, v zdravniškopravnih zadevah torej, ko je zdravniška napaka izkazana.

Razlogi izključene protipravnosti so glede na prej omenjene razloge izključene biti kazenskopravne norme (zlasti obstoj ali neobstoj zdravniške napake) subsidiarni in bolj izjemni. V zdravniški dejavnosti je daleč najpomembnejša privolitev oškodovanca. Ta po novi slovenski zakonodaji (125. člen KZ-1) zelo nedvoumno tudi v medicinski dejavnosti izključuje protipravnost ravnanj, ki izpolnjujejo bit telesnih poškodb, to pa so po naravi stvari zelo številni medicinski posegi, vključno z odrejanjem in dajanjem številnih zdravil.

b) Kakorkoli že, šele ko so razčiščena vprašanja tako prvega kot drugega elementa splošnega pojma kaznivega dejanja, se v konkretni kazenskopravni zadevi pravniki lotimo nadrobne proučitve **tretjega elementa splošnega pojma kaznivega dejanja: krivde storilca**. Kot rečeno, gre za vprašanje, ali je v času ravnanja imel ustrezno zavržen odnos do ravnanja in njegove posledice.

Razlogi izključene krivde (ob prisotni izpolnjeni biti kaznivega dejanja in neokrnjeni protipravnosti) so raznoteri, med njimi verjetno najbolj splošno poznani je neprištevnost storilca, za naše tokratne potrebe pa je odločilna **zmota storilca**. Poenostavljeno povedano, je zmota napačno prepričanje o obstoju kazenskopravne norme (pravna zmota) oziroma zdravniške strokovne oziroma znanstvene norme, ki kazenskopravno normo konkretizira (pravna zmota), ali pa o kakšnem zakonskem znaku posamezne inkriminacije (dejanska zmota) oziroma o obstoju okoliščine, ki bi izključevala protipravnost ravnanja, če bi bila zares podana (dejanska zmota). Zmote so značilno zakonska kategorija (urejene so tudi v KZ-1) in v teoriji kazenskega prava nadrobno razdelane.

Po definiciji je v zmoti lahko zgolj storilec kaznivega dejanja, ki je s svojim ravnanjem izpolnil bit kakšne inkriminacijske norme. V zvezi z zdravniškimi zadevami to pomeni, da je v kazenskem pravu **logično nujno, da je obstoj zdravniške napake, to je kršitve pravil zdravstva, izkazan, še preden lahko začnemo razpravljati o zmoti**. Čeprav se zmota lahko nanaša na zakonski znak kakšnega kaznivega dejanja (v slovenski kazenskopravni teoriji znana kot dejanska zmota v ožjem smislu) in v takem primeru celo avtomatično izključuje naklep do tega kaznivega dejanja, ne posega v obstoj zdravniške napake. V ustaljeni, enotno sprejeti in nedvoumni slovenski kazenskopravni terminologiji (ki je na zadevnem področju povzeta po tujih kazenskopravnih terminologijah, zlasti nemški), je obstoj kaznivega dejanja na ravni prvega elementa splošnega pojma kaznivega dejanja in z njim tudi obstoj zdravniške napake (zdravnik npr. ni dal pravočasno pravega zdravila) predpogoj za morebitno ugotavljanje zmote storilca (zdravnik ni vedel, da medicinska doktrina že vsaj deset let zahteva dajanje takega zdravila, zdravnik ni vedel, da tako zdravilo sploh obstaja, zdravnik ni vedel, da je opustitev pomoči v Sloveniji sploh prepovedana ipd.). **Zmota kazenskopravno nikoli**

**ne more konstituirati obstoja zdravniške napake, niti je ne more izključevati.**

### Sklep

Kot smo videli, je obstoj medicinske napake ključno izhodišče za vsa ostala merila (kaznovalnega) prava v t.i. medicinskih zadevah odgovornosti. Če medicinska znanost in stroka kot edini pristojni za vprašanja obstoja ali neobstoja napake pri medicinski dejavnosti nista pripravljena nedvoumno sprejeti koncepta napake in v konkretnih zadevah preverjati njenega obstoja, gre v bistvu za izmikanje konstruktivnemu sodelovanju s pravom in s tem za nič manj kot reguliranemu družbenemu in državnemu nadzoru nad primernostjo, kakovostjo in varnostjo delovanja medicine. Tak nadzor je v odškodninskopravnem, še bolj pa v kaznovalnopravnem kontekstu za medicino nadležen, kaj lahko tudi v praksi ovira dolgoročno konstruktivne izboljšave v zdravstvenem sistemu, a je po vsem pravno razvitem svetu neizbežen. Če hoče pravo (odškodninsko, disciplinsko, prekrškovno, kazensko) izvrševati svoje družbene funkcije, mora vprašati (predvsem pa more in sme vprašati zgolj) medicino in njene znanstvenike in strokovnjake, ali določeno storitveno ali opustitveno ravnanje nasprotuje pravilom njene, to je medicinske znanosti oziroma stroke. To vprašanje v konkretnih zadevah, kjer je izkazan izhodiščni sum za obstoj napake, mora biti zastavljeno, in sicer nedvoumno in prenese zgolj nedvoumen odgovor: da ali ne. Odgovor da pomeni obstoj medicinske napake, odgovor ne njeno odsotnost. Pravo in preko njega družba ne more brez tega odgovora po pravilih pravne znanosti in stroke niti resno začeti ugotavljati odgovornosti. V tem smislu je družbena dolžnost medicine, da odgovor da brez sprenevedanja in zamegljevanj na terminološki ali katerikoli drugi ravni.

Na podlagi odgovora »da« ali »ne« je šele mogoče resno odločiti o vrsti in naravi posameznih formaliziranih pravnih postopkov ugotavljanja odgovornosti in ne obratno. Vprašanje o obstoju napake postopkovnopravno ne more biti jasno kanalizirano, regulirano, formalizirano, ampak je lahko smiselno in učinkovito le prosto in odprto, omejeno le z minimalnimi standardi suma na obstoj napake. Vsekakor za začetek ugotavljanja obstoja napake naj ne bi bili potrebni izjemni postopkovni naporji svojcev umrlega pacienta in še manj veliki medijski in siceršnji javni pritiski.

Seveda: pri minimalnem standardu suma obstoja napake, to je zavezanosti medicine odgovoriti z »da« ali »ne« na konkretno postavljeno vprašanje o napaki, igrajo pomembno vlogo

nelahka vprašanja splošne kriminalitetne politike, strategije boja zoper defenzivno medicino, politična razumnost obsega obremenjevanja medicine s preiskovanji lastnih napak v luči razpoložljivih zmožnosti, kulturna prepoznanost potrebe po stalnem dograjevanju zaupanja, negovanje načela nerepresivnega izboljševanja kakovosti v zdravstvu in še marsikaj. A v nekaterih medijsko zelo izpostavljenih zadevah potencialnih slovenskih medicinskih napak se je težko otresti vtisa, da se družbena, če hočete kulturna odgovornost v javnosti izpostavljenega, vidnega dela slovenske medicine kaže v zlovesče slabi luči. V objavljenih ugotovitvah, da je šlo pri konkretni medicinske napake osumljeni zdravnici za smrtonosno »zmotno presojo [dejstev]«<sup>(6)</sup> ob vsaj po poročanju javnih občil sodeč hkratnem molku glede obstoja medicinske napake se preveč jasno kaže vztrajna nepripravljenost nuditi pravo in preko njega družbi ključno in nedvoumno minimalno informacijo za tako rekoč vse predvidene postopke ugotavljanja odgovornosti. Ali zelo po domače: določene zadeve razgaljajo kulturo nepripravljenosti medicine priznati napako.

Kot rečeno, in kot bo glede na vztrajno pojavljanje pojma zmeta in njegovih izpeljank iz ust in peres medicine v zelo jasnih kontekstih iskanja odgovornosti konkretnih potencialnih storilcev prepovedanih ravnanj treba še večkrat ponavljati, sme biti odgovor glede tega vprašanja obstoja kršitve pravil medicinske znanosti in stroke zgolj nedvoumen in je lahko zgolj da ali ne. Če se medicinska znanost in stroka z zgoraj skiciranim konceptom napake, vključno z njegovo funkcijo pri ugotavljanju odgovornosti kršiteljev pomembnih družbenih pravil, ne more sprizniti ali če tudi zgolj vidi tehtne argumente za drugačno ime za pojem napake, vsaj z vidika prava obstaja pereča potreba, da to nedvoumno, najširši javnosti razumljivo pojasni. Sicer velja v interesu poenostavitve stikov med dvema velikima, starima znanostma, medicino in pravom, vztrajati na uskladitvi kazenskopravne in medicinske terminologije glede zdravniške napake. Različni pomeni istih besed v dveh strokah, ki ti dve besedi za osumljenca in obdolženca usodno redno uporabljata tudi v kazenskih in vseh drugih kaznovalnih, pa tudi v odškodninskih postopkih, so z vidika pravne varnosti prav zdravstvenih (so)delavcev in v prvi vrsti zdravnikov preveč neproduktivni, njihova korist pa preveč megljena. Razpravljanje o zmotah zdravnikov in njihovih zmotnih presojah, ko je treba jasno in glasno govoriti o napaki, pa glede na povedano deluje zgolj kot olupševanje dejstev in kot tako krni ugled celotne medicine, tudi dela, ki najverjetneje ni pripravljen težkih strokovnih napak označevati s cenenimi evfemizmi.

## Opombe:

- (1) Dr. Damjan Korošec, izredni profesor na Katedri za kazensko pravo Pravne fakultete Univerze v Ljubljani.
- (2) Glede potrebnosti in koristnosti o napakah zdravstvenih delavcev razpravljati tudi zunaj konteksta individualne odgovornosti oziroma o nevarnostih za pacientove pravice razpravljati tudi neodvisno od represivnih konceptov zmot in napak glej v novejši medicinskopravni literaturi posebej relevantno *Robida A., J. Balazič: 11. člen v: Skupina avtorjev: Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem. Ljubljana: GV Založba, 2009 (str. 79–93).*
- (3) V pojem kaznovalno pravo v Sloveniji, podobno kot drugod po svetu, uvrščamo pravo disciplinskih prestopkov, prekrškovno pravo in kazensko pravo.
- (4) Glej *Korošec D. Napaka in zmeta v zdravstveni dejavnosti kazensko-pravni vidiki. V: Odgovornost v zdravstvu – spomladanski simpozij z mednarodno udeležbo o pravnih vidikih medicinske in farmacevtske stroke (Portorož, 2002), str. 40–47 in Korošec D. O kaznovalnopravni odgovornosti za napake pri internem strokovnem nadzoru v zdravstvu. Poročilo javnih občil o zadevi Nekrep ob rob. Pravna praksa 2009; 12: str. 6–8. V nadaljevanju so povzeti pomembni deli citiranih prispevkov.*
- (5) Čeprav je zaradi različnih vzrokov in razlogov kazensko pravo teoretično in zakonsko najbolj razdelana podpanoga kaznovalnega prava, velika večina splošnih pravil v zvezi s kratko skiciranimi merili znotraj splošnega pojma kaznivega dejanja velja glede vseh vrst kaznivih ravnanj. Kar bo v nadaljevanju pričujočega shematskega prikaza zapisano o splošnih institutih v kazenskem pravu, praktično v celoti velja tudi za disciplinsko in prekrškovno pravo oziroma za disciplinske prestopke in prekrške na vseh področjih, vključno z zdravstveno dejavnostjo.
- (6) Po izjavi predsednice Zdravniške zbornice Slovenije. Viri npr. v časopisu Delo z dne 12. 3. 2009 na str. 2, časopisu Dnevnik z dne 13. 3. 2009 takoj na prvi strani (pod povednim naslovom »Avstrijski izvedenec: Bora [zadeva Nekrep] niso obravnavali kot nujni primer«) in skoraj celostransko na str. 4 (»Ostra kritika dečkovega zdravljenja«), v časopisu Delo z istega dne na str. 2 in 5 in istega dne v osrednji dnevni informativni oddaji TV Slovenija (Dnevnik ob 19. uri, prva novica).

# Zdravniška paradigma

Nina Mazi

Zdravniki razmišljamo drugače. Številni zapleti, nesporazumi in konflikti so povezani z nepoznavanjem, nerazumevanjem in neupoštevanjem, pa tudi nespoštovanjem in nesprejemanjem zdravniške paradigme. Način razmišljanja, ravnanja in obnašanja zdravnikov (ljudi nasploh) je posledica številnih vplivov in rezultat vrste dejavnikov – od vzgoje, socialnega okolja (ožjega in širšega), izobraževanja, opazovanja, izkušenj, spoznanj, prepričanja in verovanja, občutkov in čustev, meril in vrednot, tradicije, odnosa do ljudi, materialne in nematerialne stvarnosti, narave, sveta, dogajanja in življenja v njem. Na zdravniško paradigmo močno vpliva tudi inteligenca, kot splet sposobnosti in veščin. Pri oblikovanju paradigme igra pomembno vlogo vseh sedem vrst inteligence (logično-matematična, jezikovna, glasbena, gibalna, prostorska, avtorefleksivna in intrapersonalna, medosebna), ki so med seboj relativno neodvisne (avtonomne), so pa vse enako pomembne, čeprav je stopnja njihove nepogrešljivosti pri posameznih poklicih različna.

Za zdravnika je pomembna zlasti intrapersonalna inteligenca, kot nadarjenost za družabnost. Je sposobnost dobre komunikacije, spontanega navezovanja stikov, druženja in uspešnega sodelovanja. Za zdravnike je nepogrešljiva. Ljudje jim morajo verjeti in zaupati, se ob njih sprostiti in razbremeniti, se jim odpreti in z njimi sodelovati. Medosebna inteligenca je pomembna še za učitelje in vzgojitelje, terapevte, svetovalce, menedžerje in voditelje. Posamezniku omogoča, da ljudem priskoči na pomoč v težavah in stiski, je občutljiv in dovzeten za počutje in razpoloženje soljudi, zanima ga, kaj drugi opazijo, čutijo in menijo, pa tudi, kako se odzivajo. Zahvaljujoč intrapersonalni inteligenci se človek vključuje v skupinske dejavnosti in v njih uspeva, rad se druži z ljudmi, jih spoštuje in z njimi odprto sodeluje, rad dela z mladimi, rad prenaša svoje znanje, izkušnje in kompetence – informira, poučuje in usposablja druge, jih zna poslušati in jim svetovati. Pri svojem zahtevnem poslanstvu pa zdravnik nenehno uporablja tudi logično-matematično inteligenco, kot sposobnost logičnega mišljenja in sklepanja ter reševanja matematičnih problemov. Pričujoča inteligenca je nejezikovne narave. Čeprav je raziskava med britanskimi zdravniki pokazala, da jih skoraj 60 odstotkov ne mara matematike, pa ti za uspešno delo potrebujejo matematično inteligenco in jo očitno tudi premorejo v zadostni meri, a se tega ne zavedajo oziroma posebej ne izpostavljajo.

Za tiste prave, dobre zdravnike je značilno, da zavzeto

opravljajo svoj poklic, so predani svojemu poslanstvu in s ponosom nosijo svoj beli plašč. Pri delu in v življenju nasploh jih preveva sočutje, dobrohotnost, prijaznost, naklonjenost, nekonfliktnost, ekstrovertiranost, iskrenost, vljudnost, diskretnost, galantnost, strokovnost, človečnost, zanesljivost, odgovornost, verodostojnost, profesionalnost, odličnost, kakovost, socialna naravnost, spoštovanje človeka, ljubezen do narave in radost do znanja. Zdravniki *par excellence* so zavezani razvoju in napredku, skrbijo za človeka, njegovo naravno in socialno okolje. Soočajo se s kompleksnimi izzivi, ukvarjajo se z najrazličnejšimi zadevami, ki terjajo različne pristope in principe, narekujejo različne postopke, metode in prijeme. Pripravljeni so storiti vse, da bi pomagali ljudem, ki jih potrebujejo, pa tudi pozitivno vplivali na vse, ki jih (še) ne potrebujejo, in na tiste, ki so jim nekoč že priskočili na pomoč. Nenehno so razpeti med preventivo, kurativo in rehabilitacijo – trojnost, ki sodi med pomembne elemente zahtevnosti zdravniškega poklica.

Drugi pomemben element kompleksnosti zdravniškega načina razmišljanja, delovanja in obnašanja predstavlja visoka strokovna zahtevnost, ki vključuje vse od nenehnega izobraževanja, izpopolnjevanja in usposabljanja, preverjanja znanja, izkušenj in kompetenc ter sprotne spremljanja razvoja znanosti in tehnike do skrbi za lastno psihofizično in psihosocialno kondicijo.

Njemu ob bok stopa brezkompromisna profesionalnost, ki nemalokrat zahteva, da zdravnik *ad hoc* prevzema različne vloge, jih spretno menjava in kombinira, v vsaki pa skuša biti čim bolj brezhiben. V ta okvir sodi tudi opravljanje različnih nalog (strokovno specifičnih, splošnih in interdisciplinarnih) – poleg tistih, za katere je usposobljen in dejansko tudi pristojen, mu sistem nalaga še administrativne, birokratske, menedžerske, pravne, socialne, finančne in kadrovske, mediatorske, svetovalne in številne druge zadolžitve. Teh je v zadnjem času vse več in najbolj pesimistični realisti se bojijo, da bodo »obrobne«, nemedicinske zadolžitve kmalu prevladale nad pravim zdravniškim delom.

Četrti element kompleksnosti zdravniškega vsakdana na pragu 21. stoletja predstavlja nenehna razpetost med zmogljivostmi in obstoječimi opcijami, ki jih ponujata znanost in tehnika (razvoj in napredek), in možnostmi, ki jih zagotavljajo materialne sposobnosti gospodarstva in pogoji v državi (družbi), v kateri zdravnik deluje. Zaradi pričujočega konflikta med hoteti (želiti) in smeti (moči) so zdravniki

vse pogosteje v precepu. Razrešitev vse bolj pereče dileme, kako z minimalnimi sredstvi optimalno opravljati svoje zahtevno delo in uresničevati svoje kompleksno poslanstvo z maksimalnimi rezultati, je vredna Nobelove nagrade.

Peti element zahtevnosti izvira iz nenehnih trenj, neuskklajenosti, nasprotovanj in destruktivnega diskurza med trojico ključnih akterjev v sistemu zdravstvenega varstva: izvajalci (zdravniki in njihovi sodelavci), uporabniki (bolniki in njihovi svojci, v primeru preventive celotna populacija) in financerji (zdravstvena zavarovalnica, javne finance). V opisanem raznostraničnem trikotniku se dolžina in naklon stranic nenehno spreminjata: enkrat so najpomembnejši izvajalci, drugič uporabniki, tretjič financerji; povezujejo se tudi v pare, praviloma pa ne v omrežje, v katerem bi enakopravno, brez fige v žepu sodelovale vse tri temeljne skupine in bi vsaj v odločilnih zadevah dosegle nujno potrebno soglasje. Zdravstvo pa je dolgoročno uspešno, trajnostno perspektivno in objektivno učinkovito mogoče urejati in voditi le s konsezom – edino dogovorna, konsenzualna politika daje ugodne rezultate. Vse ostalo povzroča neposredno in/ali kolateralno škodo, resne zaplete, nepotrebne zastoje in izgube. Ko se v že tako zapleteni trikotnik, v katerem so pritiski na oglišča velikanski, vmeša še država (v vlogi zakonodajalca – regulatorja, nadzornika in evalvatorja), se izoblikuje nepravilni četverokotnik (raznostranični poševni trapez), ki s svojimi silnicami napoveduje destrukcijo. Ker se ta grožnja ne sme uresničiti, partnerstvo in sodelovanje zamenjata stroga kontrola in omejevanje; vzpostavijo se »izredne razmere« z značilnim poostrenim nadzorom in ukrepi, ki povečujejo zahtevnost delovanja, terjajo več truda in napora za isti ali celo slabši rezultat. Pri tem se zdravniki pogosto znajdejo v situaciji, ko ni več jasno, ali je pomembnejše zdraviti ali varčevati (sta zdravje in vitalnost podrejena zategovanju pasu in prihrankom ali obratno).

Šesti element zahtevnosti izhaja iz neuskklajenosti in neobvladovanja dinamičnega razmerja sovisnosti med ključnim trojčkom: ekonomsko, zdravstveno in socialno politiko. Vse tri je treba načrtovati hkrati in jih tudi usklajevati v paketu, v procesu partnerskega sodelovanja, ki izključuje sleherni poskus urejanja zadev po principu deli in vladaj, obenem pa upoštevati dinamiko in kompatibilnost partnerjev z vseh treh področij ter dinamični razpon možnosti oziroma kompetenc posameznega področja in njihove povezave oziroma kombinacije.

Za piko na i pa dodatni napor predstavlja še »profesionalna dvoličnost«, ki od zdravnika na eni strani terjaja, da je racionalen, pragmatičen in ohranja trezno glavo, saj le tako lahko optimalno reagira v kritičnih trenutkih, hkrati pa od njega pričakujejo, da bo sočuten, senzibilen, razumevajoč in do vzeten za bolnikove težave in stiske. Opisano igranje dvojne vloge zdravnika izčrpava, na začetku poklicne poti pa celo bega in vodi v negotovost.

Način razmišljanja, vedenja in ravnanja zdravnikov so doslej že proučevali in raziskovali številni znanstveniki ter pri tem prišli do vrste zanimivih ugotovitev. Na nasprotni strani Atlantika je o zdravniški paradigmi nedavno izšla zanimiva knjiga izpod peresa ameriškega strokovnjaka dr. Jeroma Groopmana, profesorja na slovitih harvardski univerzi, z naslovom »How doctors think«. Tudi dr. Pat Croskerry, klinični strokovnjak in svetovalec, specialist za varnost bolnikov in docent za urgentno medicino na Dalhousie University v Halifaxu, v Kanadi, se poglobljeno ukvarja z raziskovanjem zdravniške paradigme. Pri tem ugotavlja, da zdravnika ni mogoče primerjati z vsestranskim robotom ali brezhibnim računalnikom. Njegov način razmišljanja se razlikuje od delovanja računalniškega sistema, ki informacije sprejema in obdeluje postopoma, korak za korakom (sukcesivno).

Pri zdravniku proces sprejemanja, obdelave, selekcije, povezovanja in rangiranja podatkov in informacij poteka simultano, po magnetnem principu. Kar pomeni, da hkrati zbira informacije iz različnih virov, področij in nivojev, jih sproti razvršča, kombinira, dopolnjuje, primerja, odbira, rangira, nadgrajuje in preoblikuje. Že takoj na začetku (pogosto v trenutku, ko vidi bolnika, se sreča z njim osebno ali vzpostavi stik na daljavo oziroma o njem dobi prve podatke) začne razmišljati o možni diagnozi (oblikuje substrat za diferencialno diagnostiko), razmišlja o preiskavah, postopkih in načinih ter možnih izidih zdravljenja. Bliskovito in pogosto povsem nenamerno (podzavestno) postane pozoren na pomembne značilnosti bolnika (konstitucija, drža, hoja, izraz obraza, barva kože, vrsta las, način dihanja, značilnost glasu in govorjenja, odzivanje, obnašanje ipd.). Na podlagi zbranih informacij (pa tudi zaradi časovnega pritiska) začne pogosto že med anamnezo bolnika tudi pregledovati (sočasno se posveča anamnezi in fizični preiskavi). Izsledki raziskav pričajo, da zdravniki bolnike, ki opisujejo svoje težave, že po 18 sekundah poslušanja prvič prekinajo. Kar pomeni, da so si v manj kot 20 sekundah že pridobili ustrezen uvid in izoblikovali določeno strokovno mnenje o bolnikovih težavah, ki ga nato začnejo dopolnjevati

in poglobljati, preverjati in presojudati. Pri tem pa že snujejo načrt diagnostike, terapije in rehabilitacije ter se poigravajo s prognozo. Bliskovita, 18-sekundna presoja terja ogromno znanja in izkušenj, zdrave logike, modrosti, poguma, samozaupanja, samozavesti, spoštovanja (samega sebe in bolnika) in skromnosti (zavedanja lastne zmotljivosti in omejenosti). Prof. Groopman v svojem najnovjšem delu o razmišljanju zdravnikov poudarja, da so tovrstna pospešena sklepanja in nagle določitve pogosto sicer pravilne in ustrezne, v kritičnih, najbolj zahtevnih trenutkih pa se lahko izkažejo tudi za neustrezne in zgrešene – napačne. Vodijo v katastrofalne posledice, katerih škodo je (pogosto žal) nemogoče popraviti.

Kognitivne bližnjice, ki omogočajo hitro, pragmatično odločanje in takojšnje ukrepanje (nujno v urgentnih primerih), lahko zdravnika privedejo na stranpota. Pri tem se je v številnih zgrešenih primerih za najbolj nevarno izkazala peterica ključnih elementov:

1. Prenagla postavitev diagnoze in posledično ukrepanje brez predhodnega preverjanja ustreznosti.
2. Osredotočenost (fiksiranost) na izbrane podrobnosti ter posledično zanemarjanje ostalih pomembnih simptomov, dejavnikov oziroma sprememb.
3. Zavajajoče sklepanje o diagnozi, brez ustreznega preverjanja in potrjevanja s pomočjo pregledov in preiskav.
4. Priseganje na rutino, brez upoštevanja izjem, ki potrjujejo pravila, in spoštovanja dejstva, da so pri človeku (živih organizmih) spremembe pogosto edina stalnica.
5. Zanemarjanje (neupoštevanje, nepoznavanje ali oboje) neobičajnih možnosti (najbolj redkih bolezni, motenj in poškodb), ki se kljub minimalni incidenci lahko pojavijo kadarkoli in kjerkoli.

Po mnenju glavnine zdravnikov z Otoka, ki so sodelovali v poglobljeni raziskavi o obremenitvah sodobnih zdravnikov, zdravniško paradigmo najbolj zaznamuje odgovornost, ki jo posameznik čuti do samega sebe, do bolnikov (njegovih svojcev), kolegov, delodajalcev in financerjev, do države in družbe. Ta je v veliki meri pogojena z dejstvom, da zdravniki s svojim delom odločilno vplivajo na BDP in na blagostanje v državi in v družbi. Zdravo prebivalstvo sodi med temeljne predpogoje za perspektivno, »zdravo gospodarstvo« in uspešno družbo.

Zdravstveni sektor predstavlja 10 odstotkov BDP Evropske unije in sodi med največje (po prepričanju mnogih tudi med ključne) delodajalce v Uniji. Strokovnjaki Foruma zdravstvene politike EU v času krize posebej poudarjajo, da je zdravo prebivalstvo nujno potrebno za uspešno in učinkovito gospodarstvo. Strukturni kazalnik let zdravega življenja (skrb zanj sodi med temeljne naloge, pristojnosti in odgovornost zdravnikov) pa kot nepogrešljivi temelj razvojnega preboja in konkurenčnosti predstavlja pomemben element Lizbonske strategije.

Zdravniki razmišljamo, delujemo in se obnašamo v skladu s svojo unikatno paradigmo. Njena specifičnost je pogojena tudi in predvsem z dejstvom, ki ga je zaznal in poudarjal že nestor sodobne medicine, Hipokrat, pred 2400 leti, ko je ugotavljal, da od zdravnika bolnik, pa tudi njegovi domači, kolegi in okolje (družba), pogosto pričakuje nemogoče in zahteva čudeže. Ga pojmuje in obravnava kot *déus ex máchina*, ki bo *ad hoc* razrešil vse človekove težave in probleme ter ga obvaroval vsake stiske. Zato mu nemalokrat tudi pripisuje božanske lastnosti – nekateri zdravnike še danes imenujejo »bogovi v belem«. Če bi zdravnik hotel uresničiti vsa pričakovanja bolnikov in njihovih svojcev, stroke, ekonomije, države in družbe, bi se moral preleviti v kombinacijo robota, angela, človeka, *perpetuum mobile* in vesoljca. Zdravniki pa še naprej ostajamo samo ljudje, s svojimi prednostmi in slabostmi, ki so (v skladu z načeli SWOT-analize) povezani tako s slabostmi kot tudi s prednostmi. Njihovo razmerje je dinamično in se nenehno spreminja, nikoli pa ne doseže idealnega, 0 : 1. Dejstvo, ki predstavlja temelj zdravniške paradigme, ostaja za mnoge nepojmljivo in nesprejemljivo; vir nenehnih nasprotovanj in zapletov, ki zdravnikom onemogočajo, da bi se popolnoma posvetili bistvu svojega poslanstva: skrbi za zdravje. Zdravnik je pristojen predvsem za vsesplošno fizično, psihično in socialno blagostanje ljudi. To se jasno odraža tudi v zdravniški paradigmi, ki temelji na zdravniški zaprisegi. Njeno ključno izhodišče pa že tretje tisočletje ostaja legendarno Hipokratovo načelo: ***Primum nihil nocere***.



# Doc. dr. Janez Primožič, dr. med.

*Alojz Ihan, Štefan Grosek*



**Docent Primožič, morda najprej vprašanje, ki ga človek sicer večkrat zastavi medicincu začetniku: Zakaj ste se odločili za študij medicine?**

Pravzaprav sem si, kar se spomnim, želel biti zdravnik. Od otroka naprej. Tako da ni bilo nobene druge alternative, kar zadeva izbiro poklica. Se spomnim, recimo, v prvem razredu osnovne šole nas je učiteljica, mati sedanjega strokovnega direktorja kirurgije prof. Tonina, postrojila in vprašala, kaj bi kdo rad postal. In jaz sem rekel – zdravnik.

**Kakšen vzgled v familiji torej?**

Starejši bratranec je bil zdravnik. To je bil mogoče tudi en tak vzgled. Sicer pa so bile verjetno večji motiv lastne izkušnje, saj sem bil kot otrok pogosto bolan, tudi hudo. Že takrat je name zdravniški poklic naredil izjemen vtis, saj pomaga ljudem, ko jim je hudo. Mogoče tudi avtoriteta poklica v tistem času. Jaz sem bil rojen leta 1944 v Ljubljani in takrat seveda javnega zdravstva ni bilo, in še tudi po vojni nekaj let ne. Bili so privatni zdravniki, recimo Avčin, Derč, Prodan. Mame so potem tja vodile otroke, če si bil bolan. Spomnim se recimo Derča. Meni se je zdel precej odmaknjen človek. Ni naredil name, kot otroka, vtisa neke prijaznosti, čeprav je bil velik pediater, nedvomno. Težko kot otrok preceniš te stvari. Je pa bila mama vedno zelo zadovoljna, ko so me peljali k njemu. In to je za otroka pomembno.

**Po popolni klasični gimnaziji z latinščino in grščino ste v Ljubljani vpisali medicino. Zakaj pa potem pediatrija?**

Pediatrija pa lahko rečem, da čisto slučajno, saj sem želel biti okulist. V času študija mi je bila okulistika zelo blizu. Okulistika z optiko. Zato, ker sem se veliko ukvarjal s fotografijo od osnovne šole naprej. Optika, svetloba... Ker pa leta 1970 v Sloveniji praktično skoraj ni bilo razpisov za delovna mesta zdravnikov, sem se prijavljal na vse redke razpise, ne glede na svojo željo in kraj zaposlitve. Nekaj je bilo grenkih. Tako sem se prijavil tudi za urologa v Mariboru. Šef tamkajšnje kirurgije mi je po treh minutah povedal, da z Ljubljančani noče imeti problemov – zame razočaranje, zanj verjetno hipno olajšanje, ker sem morda prestregel nekaj njegove grenkobe do ljubljanskih kolegov, ki je drugim ni upal ali mogel povedati. Potem pa se je pojavil razpis za pediatra na Jesenicah in bil sem sprejet. Tam sem ostal leto dni in pediatrija me je zasvojila. Tako je bila določena moja poklicna in tudi življenjska pot.

**Zakaj niste ostali na Jesenicah?**

Vsi moji načrti so bili vezani na Ljubljano, tudi zasebni. Takrat je moj prvi šef pediater prim. mag. Štefan Plut, ki ga visoko cenim kot človeka, v želji olajšati moj položaj, predlagal prof. P. Kornhauserju, da me sprejme na delovno mesto specializanta iz pediatrije na tedanjem Pediatričnem



Pediatri na Kliničnem oddelku za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo. Zadaž z leve: Andreja Škofljanec, Mojca Grenc Grošelj, Silvester Kopriva, Inka Lazar, Branko Rudi Gaber, spredaj z leve: Ivan Vidmar, Metka Derganc, Janez Primožič, Andreja Gostiša Kornhauser, Štefan Grosek. Na sliki manjkajo: Gorazd Kalan, Gorazd Mlakar, Aida Granda, Maja Pavčnik Arno.

oddelku kirurških strok Kirurške klinike v Ljubljani. In tako sem leta 1970, decembra meseca, začel delati na tednji stari kirurški kliniki na Zaloški cesti.

### **Je bilo to takrat že utečeno mesto – pediatra na Kirurški kliniki?**

Ta model je uspešno uvedel tednji primarij, sedanji profesor Kornhauser, ki je iskal sodelavce pediatre, in jaz sem prišel prvi med njimi. Sedaj nas je štirinajst. Namreč, organizacijski koncept sodelovanja dveh strok, kirurgije in pediatrije, ki ga je on uvedel, je bil nekaj novega, ne samo v Ljubljani, ampak v Jugoslaviji, če ne mogoče tudi v širšem evropskem merilu. Gre za koncept »otroške kirurgije«, ki je drugačen, kot je v vrsti drugih držav. Pri nas se namreč specialist kirurg, ki je že formiran v posamezni kirurški stroki, ukvarja glede na število bolnikov ali samo z otroki ali pa z otroki in tudi z odraslimi bolniki. In sreča je bila v tem, da so vodilni kirurgi tistega časa – profesorji B. Lavrič, M. Derganc, F. Zdravič, J. Stare, M. Žakelj in še kdo – to organizacijsko obliko podprli in je tako imenovani »ljubljski model« lahko zaživel. Za to je bilo treba pridobiti in izobraziti predvsem mlade in zagnane pediatre, ki so bili sposobni stalno delovati skupaj s kirurgi ob operiranem otroku, ki ima vrsto problemov, kakršnih običajna pediatrija ne srečuje. In tako sta se ti dve stroki med sabo povezali in to še danes teče, lahko rečemo, v veliko zadovoljstvo bolnih otrok.

### **Pa je ta model v primerjavi z drugimi, ki so v svetu, bolj primeren predvsem za manjša zdravstvena okolja, kot je slovensko? Ker si predstavljam, da v velikih centrih to sodelovanje poteka na nekoliko drugačne načine?**

Poglejte, pediatrija ima različne koncepte. V svetu je najboljši koncept integralne pediatrije, kjer imate v neki

veliki pediatrični ustanovi, kot na primer v ZDA, Nemčiji, Franciji, vse stroke, ki delajo za otroka, zbrane v eni ustanovi. Tam imate hkrati internistični in kirurški del in sploh vse za otroka, od dermatologije do srčne kirurgije, travmatologije in tako naprej. Tak način je za velike narode idealen. Če pa pogledamo na našo bivšo Jugoslavijo, je to uspelo samo v Beogradu, kjer je tedanja povojna ameriška pomoč omogočila, da se je ustanovil v petdesetih letih Inštitut za mater in otroka, ki naj bi bil vzorčni primer integralne pediatrije in integralne pediatrične bolnišnice za tedanja Jugoslavijo. Ampak tega ni bilo možno izvesti niti v Ljubljani, Sarajevu, Zagrebu ali v drugih večjih medicinskih centrih. Nastale so določene modifikacije, v Sloveniji je bila pač izbrana ta, ki je bila za slovenskega otroka v dani situaciji najboljša.

### **Ali se bo zdaj z novo pediatrijo ta model nekako približal integralnemu?**

Kot razvoj dogodkov kaže, ne. V novo pediatrično kliniko so se preselili oddelki lahko bi rekli »internistične« pediatrije, ki so do sedaj delovali na stari pediatrični kliniki na Vrazovem trgu. Preostale stroke, kot so npr. ortopedija, potem otorinolaringologija, okulistika, maksilofacialna kirurgija, so otroke še obdržale na svojih klinikah. Kot slišim, tudi dermatološka klinika. Torej tam, kjer delujejo ustrezni kirurgi, so tudi otroci ostali. Imamo nek svojski koncept ali pa svojsko delovanje, ki je pač prilagojeno razmeram, ki vladajo na medicinskem področju.

Kot morda veste, naš Klinični oddelk za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo Kirurške klinike menja lokacijo. Torej bomo edini prispevali k integralnosti. Tako je tudi prav. Kot vam je verjetno znano, gremo septembra iz sedanjih prostorov v 1. nadstropje nove Pediatrične klinike,

a ostajamo organizacijski in strokovni del Kirurške klinike. V to vključujemo seveda vse naše dejavnosti: operativni del po posameznih kirurških strokah, temu bo kasneje sledila dnevna kirurgija, potem enota za intenzivno terapijo in transport kritično bolnega novorojenčka in dojenčka, ki je zaenkrat za Slovenijo edini stalno delujoči transport. Opravlja ga medicinska ekipa, ki jo sestavlja pediater intenzivist in za to delo posebej usposobljena višja ali diplomirana medicinska sestra. Transportov opravimo med 160 in 170 letno, bodisi z reševalnim avtomobilom ali helikopterjem letalske enote slovenske policije. Otroke vozimo iz vseh slovenskih bolnišnic.

**V katero smer mislite, da bi bil ta razvoj primeren, najprej kar zadeva pediatrijo – ali je to integracija pediatrov vašega oddelka še v druge, ki niso oskrbljeni na ta način?**

Poglejte, do določene mere se mi že vključujemo. Opravljamo konzultantsko službo na maksilofacialni kirurgiji in na očesni kliniki. Kar si pa nadejamo od nove skupne strokovne organizacije dela na Pediatrični kliniki, je oblikovanje takšnih strokovnih jeder, v katera se bodo vključevali pediatri intenzivisti. To bo tudi omogočilo hitrejšo premeščanje otrok iz intenzivne terapije, ki je na Kliničnem oddelku za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo Kirurške klinike najbolj zahtevne stopnje (kategorije A) po slovenski klasifikaciji enot za intenzivno terapijo, ki jo je napravilo slovensko Združenje za intenzivno medicino, na bodoče oddelke za intenzivno nego, ki jih bo po dogovoru usposobila Pediatrična klinika. To bo naredilo tudi prostor za sprejem mladostnikov od 14. do 18. leta starosti. Računamo, da bomo tako lahko skupno obravnavali od 650 do 670 bolnikov letno, do sedaj smo jih okrog 560 do 580.

**Omenili ste razvoj intenzivne terapije. Kje so ta glavna področja dela oz. razvoja, ki jih vidite ob tem?**

Mogoče bi najprej povedal, kako je sploh prišlo do otroške intenzivne terapije v Sloveniji. Koncept našega oddelka, o katerem sva že govorila, je omogočil tudi razvoj otroške intenzivne terapije, ki ga je v Slovenijo za novorojenčke prinesla prof. dr. Metka Derganc leta 1974 iz Oaklanda v Kaliforniji, kjer je bila rezident iz pediatrije. Po povratku domov je dobesedno transplantirala ta model na naš oddelek v tedaj novi Univerzitetni klinični center. Do tedaj takšne sodobne intenzivne terapije v Sloveniji ni bilo. Meni je bilo naloženo, da se ukvarjam in razvijam predvsem intenzivno terapijo starejših otrok, zlasti bolnikov po srčnih operacijah. Ob lanskem praznovanju 50-letnice srčne kirurgije v Sloveniji mi je Klinični oddelek za kirurgijo srca in ožilja izrekel priznanje za prispevek pri razvoju kardiovaskularne kirurgije v Sloveniji, kar mi veliko pomeni. Naj ne bom lažno skromen: medicinski del, načini zdravljenja in težaško delo, ki smo ga za pediatrijo kot stroko na Kirurški kliniki opravili pediatri, ocenjujem kot izjemno in je rezultat prizadevanj vseh pediatrov intenzivistov, medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, ki so v teh letih zdravili in negovali kritično bolne otroke.

V dosedanjih zgodovinskih zapisih je bilo to premalo poudarjeno. Bolj se je ukvarjalo s konceptom.

**Zakaj je bilo možno izrazito razviti otroško intenzivno terapijo na Kirurški kliniki?**

Zato, ker je otroško intenzivno terapijo kirurgija najbolj razumela in jo je v tistem času tudi najbolj potrebovala. Kirurgija na otroku brez intenzivne terapije ni mogoča in se ne more razvijati. Prav sočasen razvoj intenzivne terapije je tudi kirurgom omogočil, da so lahko opravljali vedno zahtevnejše posege. Recimo – leta 1975 sem bil v Angliji in mi smo do leta 1974 imeli smrtnost pri novorojenčkih, operiranih zaradi atrezije požiralnika, kar 75-odstotno. Angleži pa so imeli 85-odstotno preživetje. No, potem ko se je začela intenzivna terapija v Ljubljani, smo doživeli pravi preobrat in dosegli njihovo raven. Prav tako je intenzivna terapija omogočila razvoj otroške srčne in abdominalne kirurgije zlasti pri posegih v obdobju novorojenčka in dojenčka. Sedaj enoto za intenzivno terapijo vodi prim. Ivan Vidmar, dr. med.

Dolgotrajnejša strokovna izpopolnjevanja v vodilnih enotah za pediatrično intenzivno terapijo v ZDA, Veliki Britaniji in Nemčiji so mi in tudi mojim kolegom omogočila kritičen prenos novih načinov zdravljenja v domačo ustanovo. Zanimivo je, da smo znanje tudi »izvažali«. Leta 1989 sem bil po sporazumu med Univerzitetnim kliničnim centrom in ministrstvom za zdravstvo Kuvajta poslan za pol leta na delo v Kuvajt, kjer sem v bolnišnici Al Sabah v tem času usposobil zdravnike in medicinske sestre iz različnih kulturnih okolij za delo v novi pediatrični enoti za intenzivno terapijo, ki deluje še danes. V naslednjih šestih letih, dokler je trajal sporazum, se je zvrstila tam večina mojih kolegov pediatrov intenzivistov. To je bila za vse dragocena strokovna in tudi osebnostna preizkušnja.

**Intenzivistika, s katero se tukaj ukvarjate, je pravzaprav kirurška intenzivistika. Kar je najbrž dobro, ker gre za večjo specializacijo, kar pomeni, da človek lahko z enim jasnim modelom in namenom dosega bolj čiste rezultate?**

Poglejte, tukaj vlada, mogoče tudi z vaše strani prof. Ihan, zelo enostranski pogled. Intenzivna terapija se ukvarja s celim vitalno ogroženim otrokom. To se pravi kritično bolnim, takim, ki mu odpoveduje neka življenjska funkcija, ki jo je treba na nek način podpreti. Ali je to umetna ventilacija, ali je to dolgotrajna zunajtelesna oksigenacija, ali je to mehanična podpora srca, kot je zunanje srce, ali različni načini parenteralne prehrane, in to ne glede na naravo bolezni – ali so to kirurški otroci ali so t.i. »nekirurški«. In če gledamo na kritično stanje otroka tako, so načela zdravljenja enaka, uporabimo jih pri kirurških in nekirurških otrocih. Če pogledamo naše razmerje, je kirurških otrok nekje okrog 68 do 70 odstotkov, 30 odstotkov je pa t.i. »nekirurških« otrok. Pri tem, da seveda naša enota sodi v najvišjo A-kategorijo. To se pravi tisto, ki z načinom dela uspeva zagotoviti vse načine intenzivnega zdravljenja, ki so danes uveljavljeni tudi v drugih bolnišnicah, če vzamete

Pariz, London ali pa kje drugje. Tukaj v načinih, ki jih nudimo v Ljubljani, ni prav nobene razlike. Zanimivo je, da je prof. dr. David Michally, srčni kirurg, ki iz Tel Aviva prihaja operirat v skupinah enkrat mesečno slovenske otroke, takoj na začetku vprašal, ali razpolagamo z vsemi načini intenzivnega pooperativnega zdravljenja srčnih bolnikov, vključno z dolgotrajno membransko oksigenacijo. Bil je zadovoljen. In želim ponovno poudariti delo pediatrov, ki tukaj delajo in so dejansko motor tega, in medicinskih sester ter zdravstvenih tehnikov.

Vrsta kolegov, ki so začeli delati pri nas, je ocenila, da je pediatrična intenzivna terapija za njih prezahtevna, odgovornost prevelika, in so zato poiskali delo drugje. Ker intenzivna terapija zahteva prisotnost zdravnika ob kritično bolnem otroku – ne bi želel biti patetičen v tem trenutku, ampak dejansko tukaj gre za odločanje o tem, ali bo otrok preživel ali bo umrl. V tem oziru imamo mi tukaj v Ljubljani pravzaprav veliko srečo. Imamo zelo homogeno, strokovno, odlično ekipo zdravstvenega osebja, ki delo obvladuje. To je drugače, kot je recimo klasična pediatrija, ki ni povezana z urgentno dejavnostjo. Urgenca prinaša težko breme na pediatra intenzivista in ga tudi človeško oblikuje. Mu postavlja neke vrednote, ki jih prenaša domov, pa tudi na druge kot neko, da ne rečem frustracijo, ob kateri potem, ko pride v neko drugo okolje, tisti »mali« problemi, ki jih poslušaj pri ljudeh, nekako zbledijo pred dramami, ki jih vidiš v bolnišnici. Zato njihovih življenjskih težav dostikrat ne vidiš in si včasih malo odmaknjen, ker ne razumeš teže njihovih problemov. Včasih se ti podobno pripeti tudi v domačem življenju.

Medicinske sestre na Kliničnem oddelku za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo. Zadaj z leve: Vesna Arežina, Sabina Kaplan, Diana Pajnič, Milica Antonič, Štefica Kesek, Vesna Medvešek Zakojč, Nataša Kuralt, Sandra Midžan, Katja Petrovčič, spredaj z leve: Mihaela Verbič, Zdenka Janičičević, Jolanda Bezjak, Tatjana Kranjec, Melisa Smajlovič, Matjana Koren.

**Zveni kot opis izgorevanja pri delu, zato me zanima, kako kot šef oz. predstojnik sploh izbirate ljudi, da zdržijo vse napore. Vem, da se v večjih sistemih, naj gre za intenziviste, športnike ali vojake, dobra izbira doseže preprosto s postavljanjem ogromnih zahtev začetnikom in kdor preživi in zdrži, je pravi.**

Tega si Slovenci v današnjem času ne moremo več privoščiti. Recimo pred leti smo na razpise za pediatra intenzivista na našem oddelku dobili celo 20 do 25 vlog. Danes, pri sorazmerno majhnem številu kandidatov pa je to praktično nemogoče. Dejstvo je, da urgentna medicina, pa tudi intenzivna terapija, nekako prehajata v drugi plan zanimanja za mlade zdravnike. Zakaj tako? Ob že omenjeni odgovornosti in teži dela na intenzivnih enotah morda mlade zdravnike bolj zanimajo tiste stroke, ki so vezane na neko storitev, recimo kirurško, endoskopsko ali funkcijsko diagnostično, ki jo samostojno opravijo in imajo potem možnost to delati tudi izven delovnega časa, kar prinaša tudi dodaten dohodek. Medtem ko si v intenzivni terapiji človek težko predstavlja, da bi nekdo imel še popoldansko intenzivno terapijo. Podobno, recimo, kakor v travmatologiji. Ko sem vprašal kolega travmatologa, kako si on predstavlja popoldansko dejavnost, mi je duhovito dejal: kako, ali naj sam popoldne lomim tudi kosti?

Je pa zato treba pri mladih pediatrih, ki hočejo delati v intenzivni medicini, koristno poskrbeti, da lahko razvijejo še nek dodaten interes, ki ga bo poleg intenzivne terapije strokovno negoval. Recimo ehokardiografijo, bronhoskopijo ali kaj drugega, kar mu širi prostor njegovega delovanja.

**Kako pa ljudi, ki jih že imate, na nek način čuvate, da ne izgorijo?**

Ljudje, ki so danes pri nas in ki opravljajo to delo, so ga vzeli za svoje zdravniško poslanstvo, prav tako to velja tudi za druge zdravstvene delavce. Za to delo imajo nek notranji motiv. V nekaj letih pa tudi presodijo, ali to delo zdržijo. Preizkušnje so zahtevne in trde. Ali bom vedno v celoti in popolno sposoben ukrepati, tudi sredi noči, in biti



uspešen pri posegih, ki rešujejo otroško življenje? Bo moja miselna pot vedno jasna in pravilna? Bo pomoč drugih strok vedno lahko hitra? Sočasno pa tudi v timu, s katerim delam, prevzemam vodilno vlogo, in čutiti moram, da mi sodelavci, ki z menoj delajo, zaupajo.

**Vašo enoto poznam tudi po precej aktivnem raziskovalnem delu, zlasti na področju zgodnje diagnostike seps in študij vnetij ob kirurških posegih.**

Že za kakovostno stroko bi bilo zaželeno, da bi vsi, ki delamo v UKC, imeli tudi motiv za raziskovalno delo. Ta motiv je močan pri tistih, ki združijo osebno motivacijo po akademskem napredovanju z interesom svojega kliničnega oddelka, ki mora znanstveno producirati, na prvem mestu pa mora imeti zgleden pregled svoje kazuistike in iskati odgovor, kaj se z otroki dogaja potem, ko zapustijo intenzivno terapijo ali kirurški oddelek. Od leta 1975 do leta 1985 sem vodil raziskavo duševnega in telesnega razvoja 430 novorojenčkov, ki so bili kot novorojenčki umetno predihavani. 89 odstotkov se jih je normalno duševno, 87 odstotkov pa tudi telesno razvijalo. Tako smo opravili prepričljivo »inventuro« našega dela in tedaj pregnali dvome v pediatrično intenzivno terapijo tudi največjim skeptikom.

Raziskovalno delo, vsak na svojem področju, pri nas vodita prof. dr. M. Derganc in doc. dr. Š. Grosek. Tečejo naloge v okviru Agencije za raziskave republike Slovenije in tako imenovanega terciara Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Rezultat sta dva doktorata znanosti in vrsta objav v priznanih (SCI) tujih medicinskih revijah.

**Če prav razumem, je raziskovanje, zlasti projekti in objave, za vas nujno potrebna forma, brez katere se posamični interesi ne bi usmerili v cilj in se na ta način združili ter dali vsemu timu energijo za naprej in še več.**

Tako je. Formalni okvir mora biti, kar je povezano s financiranjem raziskovalnega dela. Pri samem raziskovalnem delu, kot sami dobro veste, vsak sodelujoči prispeva svoj kamenček, da nastane kup. Potem pa vsi preostali z velikim kupom razpolagajo. Pa najsi bodo to članki, prispevki na kongresih in podobno. In če gledamo čisto pragmatično skozi kliničnost, ki se podeljuje posameznim oddelkom, moram reči, da je mene kot predstojnika precej zaposlovalo, ali bomo dosegli točke za kliničnost ali ne. Vedno smo jih na srečo krepko presegle. Če nisi klinični oddelek, potem nisi tisto, kar moraš biti. Nisi. In to na ljudi slabo vpliva. Včasih smo bili glede raziskovanja bolj prepuščeni lastni iniciativi, zdaj pa je v UKC s terciarom dan nov soliden okvir. Delo v raziskovalnih skupinah bogati znanje vseh sodelujočih in jih v interesnem pogledu združuje, mora pa temeljiti tudi na lastnih kliničnih izkušnjah. Uspešnost v kliničnem delu ob kritično bolnem otroku je tisto, kar zdravnika kot človeka osebno notranje napolnjuje in osrečuje. Ne samo njega, ampak ves delovni tim. Če poslušam po zahtevnem dežurstvu na jutranjem sestanku kolege, potem čutiš, kako je ta človek zjutraj zadovoljen,

da je uspel kritično situacijo obvladati na vseh stopnjah od razpoznavne stanja do ukrepanja. Od tega imamo vsi prisotni nekaj.

**Raziskovanje je torej nadgrajevanje kliničnega dela, tisto, kar so ljudje v timu naredili ne le eno dežurstvo, ampak so sestavili skupaj iz veliko dežurstev in dni skozi daljši čas in to z dodatno energijo tudi osmislili v novo formo.**

Vse se mora prepletati. Vendar brez uvajanja novih načinov zdravljenja v redno klinično delo ne gre in ne bo nikoli šlo. V intenzivni medicini gre gotovo za izjemno zahtevno delo. Metode zdravljenja po fakultetni definiciji žal ne sodijo v znanost, so tako imenovana »rutina«. Je pa to nujno potrebno in delo v korist bolnega otroka. Povedal bi primer, ko smo se odločili, da bomo začeli z dolgotrajno zunajtelesno oksigenacijo (ECMO). To se pravi z načinom zdravljenja, pri katerem vodimo kri otroka več dni iz globoke centralne vene ali pa celo iz desnega srca, potem preko zunanje črpalke, preko oksigenatorja izvršimo oksigenacijo zunaj organizma in potem ogreto kri spet z delovanjem črpalke dajemo nazaj v telo. S tem omogočimo pljučem, da si opomorejo potem, ko so že vsi načini podpore z umetnim predihavanjem izčrpani. In obenem seveda podpremo tudi delovanje srca. Metodo sem prenesel v Slovenijo po enomesečnem bivanju v Detroitu. Ko smo se leta 1992 odločili za to, smo delali to najprej na živalih. Pridobili smo pse, potem smo šele prestopili na človeka. Kar ni enostavno. Vodja projekta, in to je bila moja naloga, mora sprejeti končno odločitev za prehod na smrtno ogroženega novorojenčka in zdravljenje mora uspeti. Za odločitev sprejme odgovornost do življenja otroka, upanja staršev in do dela cele skupine zdravnikov in medicinskih sester, ki so mu sledili. Mi smo imeli srečo, da nam je šlo to po sreči in smo na ta način od leta 1994 do danes rešili precej otrok, ki bi sicer zagotovo umrli. Projekt sedaj vodi asist. mag. G. Kalan. Želeti bi bilo, da bi bilo pri nas dela na živalih pri osvajanju kliničnih metod zdravljenja več. Pokojni asistent dr. Marko Godina, nedvomno eden zdravnikov izjemno pronicljivega duha, je imel v zgodnjih 80. letih idejo, da bi se ustanovil v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana oddelek za eksperimentalno medicino. Žal do tega ni prišlo. Morda bo to prinesla nova doba.

**Z uvajanjem novih metod in z raziskovanjem na vašem področju je ogromno etičnih dilem, ker so to otroci na robu preživetja, njihovih starši so zato seveda izjemno čustveno senzibilizirani in to z uvajanjem nečesa novega in celo eksperimentalnega najbrž ne gre prav gladko skupaj?**

V tem ni dvoma. Anekdotično bi povedal naslednje: preden smo z ECMO začeli sami, smo dva otroka zapovrstjo poslali v Gradec v Avstriji, kjer so to že delali. Enega novorojenčka je kolega B. Gaber reanimiral na helikopterju. Se pravi, je imel srečo, da je priletel v Gradec, kjer so ga dali na ECMO in je otrok ozdravel. Potem smo imeli deklico, ki pa jo je bilo zaradi življenjsko ogrožajočega

stanja nemogoče prepeljati kamorkoli. Edini način, da otroku rešimo življenje, je bil, da ji kot prvemu otroku napravimo dolgotrajno zunajtelesno oksigenacijo pri nas. Staršem smo vse razložili in so pristali, da pri otroku to napravimo. Trajalo je šest dni in uspeli smo. Deklica je danes zdravo 15 let staro dekle. Ko pa že govorite o raziskovanju na otrocih, je pa res, da je to v etičnem smislu najbolj občutljivo področje, zlasti, če je otrok kritično bolan. Državna komisija za medicinsko etiko, katere član sem, skrbno pretehta vse vloge in praviloma dovoljuje le tiste raziskave, kjer je zbiranje biološkega materiala, če gre za kri ali druge telesne tekočine, del rednih odvzemov, ki so potrebni zaradi zdravljenja.

Če pa gledamo v celoti na raziskovanje na otrocih, potem je bil otrok zelo potisnjen na rob z Nürnberško deklaracijo leta 1947, ki je prepovedovala raziskave na otrocih in na osebah, ki ne morejo odločiti same o sebi. Bila je pač posledica medvojnih dogajanj, ker vemo, kaj vse so delali po taboriščih. In to je dolgo časa držalo. Na ta način je bil otrok pravzaprav izključen iz raziskovalnega procesa, čeprav gre za specifičen organizem, ki ima tudi specifične bolezni. Reference iz leta 1992 govorijo, da kar 80 odstotkov zdravil, ki se uporabljajo na otrocih, ni bilo nikoli niti v klinični fazi preizkušenih na otrocih, komaj 30 odstotkov zdravil pa je imelo zapisane odmerke za uporabo na otrocih. Učinkovanje zdravil se je po analogiji preprosto od odraslih prenašalo na otroke, kar ni bilo vedno dobro. Vendar se raziskave na otrocih opravljajo le takrat, kadar do znanstvenih spoznanj za to populacijo ni mogoče priti na drug način. Zato so etična merila izjemno stroga.

**Ker delate tudi v državni komisiji za medicinsko etiko, me zanima, ali ste kot pediater med tistimi, ki imajo strožja merila do projektov?**

Nedvomno. Poglejte, pri odločanju na državni etični komisiji je naše vodilo Oviedska konvencija o človekovih pravicah in biomedicinskih raziskavah na človeku, ki pokriva pravzaprav tako raziskovalno področje kot uvajanje novih metod zdravljenja in zajema tudi otroke. To je naša temeljna listina. Raziskav na otrocih je bilo v zadnjih petih letih prijavljenih v Sloveniji, če se ne motim, 42 ali 43. To se pravi, da raziskave tečejo in zadevajo v večjem delu klinične študije, v manjšem delu pa psihološko in sociološko področje.

**Na vašem oddelku so otroci običajno precej prizadeti in s strani staršev je temu ustrezna tudi skrb, vznemirjanje, tudi panika, ki jo mora zdravnik na nek način, ne bom rekel prenašati, ampak sprejemati kot nujni del zdravljenja in verjetno je pri vas potrebno še bolj kot na drugih otroških oddelkih nekako poskrbeti za ta odnos z starši.**

Skrb staršev je velika. Vsi smo starši, vemo, kaj huda bolezen v družini pomeni, in pri nas seveda je taka situacija, da so starši izpostavljeni izjemnim življenjskim preizkušnjam ob zdravljenju težko in hudo bolnih otrok. Zelo pomemben način olajšanja njihovih skrbi je, da so starši lahko

vedno ob otroku. Oddelek je zanje odprt 24 ur na dan. Starši so lahko ob otrocih in lahko tudi prenočijo tukaj, za to imamo na razpolago dve sobi. Pri obravnavi staršev je zelo pomembno, da si zdravnik za resne pogovore vzame čas, da si izbere tudi mesto, kjer se bo pogovarjal, ki omogoča zasebnost, da se lahko ustvari neka atmosfera zaupanja. Informacije morajo biti realne, vendar podane z empatijo. Starši morajo čutiti, da zdravnik, ki otroka zdravi, ni samo »uradnik«, ampak da se ga usoda otroka tudi na nek način dotakne. Tu vidimo mesto za delo psihologa, ki ga načrtujemo.

**Morda je težava tudi v tem, da je slovenska mentaliteta cankarjansko izmikajoča do lastnih stisk in starši rečejo: ne rabim jaz pomoči, mene skrbi za otroka, njemu pomagajte! Morda bi psihologi morali imeti večjo vlogo pri samem načrtovanju komunikacijskih postopkov med zdravniki in starši – kje, kako, kolikokrat, v kakšnem okolju, s kakšnimi sporočili. Zdravniki najbrž ne znamo vsega, intuicija brez sistematičnega okvira je lahko zelo varljiva.**

Mislím, da nismo samo Slovenci tisti, ki pravzaprav ne želimo vstopa neke druge osebe v družinsko okolje, za katerega mislimo, da ga bomo sami obvladali. Recimo iz Glasgowa je bila pred leti pri nas pedopsihiatrinja in je povedala, da samo 18 odstotkov staršev poškodovanih otrok izrazi željo po psihološki pomoči. Na našem oddelku staršem to možnost ponudimo, mislim pa, da se včasih tudi zgodi, da gre stvar mimo nas, ker se starši mogoče ne odprejo in potem ima človek vtis, da je vse v redu, da bodo to vse sami uredili.

**Kaj bi bili kriteriji kakovosti odnosa do staršev – število tožb ali pritožb, ali pohval?**

Univerzitetni klinični center Ljubljana zbira z anketo pohvale in pritožbe. Če sodim po odgovorih, nimamo neklih globokih konfliktov med zdravstvenim osebjem in starši. Tudi tožb, ki bi se razpihvale in šle v javnost, nimamo.



Obisk veleposlanika ZDA Thomasa B. Robertsona v enoti za intenzivno terapijo Kliničnega oddelka za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo. Na njegovi levi je doc. dr. Janez Primožič in na desni Dušan Arzenšek, direktor Le Monde Diplomatique v slovenski izdaji.

### **Bi se vam pojavljanje tožb in javnih obtožb zdelo simptomatično?**

To bi bil težak simptom odtujenosti zdravstvenega kadra in staršev, ki imajo pri nas otroke. Pomenilo bi, da se koncept stalnega sobivanja staršev in otrok hudo ruši. V pritožbah, ki jih zbiramo, si starši želijo predvsem več osebne prijaznosti ljudi, ki sodelujejo pri zdravljenju njihovega otroka. Resnih in globokih konfliktov s starši zaenkrat nimamo.

### **Nedavno nazaj sem zasledil neke v tisku zanimivo izjavo mame, ki je imela kroničnega bolnika in je nekako zamerila zdravnikom, da se ne ozirajo na dejstvo, da ona svojega otroka pozna najbolj od vseh ljudi, in bi jo morali zdravniki uporabiti vsaj za zunanjega sodelavca tima, ne pa povsem ignorirati njenih opisov otrokovega stanja. To se mi je zdelo lepo povedano, kaj o tem mislite vi?**

Kaj je zunanji sodelavec? Recimo, zdaj je bilo na republiškem strokovnem kolegiju za pediatrijo postavljeno zanimivo vprašanje. Skupina avtističnih otrok v Sloveniji postaja vedno večja in tudi vedenje o avtizmu med ljudmi se širi. Torej, ljudje se zanimajo in se sprašujejo, kakšen naj bo zbir preiskav in pa načini obravnave avtističnih bolnikov, kar zasledujejo povečini v dnevnem tisku. In zanimivo, da prav za zdravljenje predlagajo, naj bi zavarovalnica finančno pokrila vse tiste preiskave, ki se trenutno neke omenjajo. Podobno naj bi veljalo tudi za razna zdravila, o katerih celo medicina ne ve, ali sploh pomagajo, in po večini celo niso bila znanstveno preizkušena. Zunanji sodelavec, če smemo temu tako reči, lahko najboljše vpliva na zdravljenje s tem, da opazuje svojega otroka in da opozori na tiste najbolj subtilne spremembe, ki jih otrok kaže. Otrok je na svoje okolje navajen, drugače reagira, drugače izraža svojo bolečino, če je zraven neki tuj človek ali pa če je v varnem domačem okolju. In za te subtilne znake je mama ali oče pravzaprav prepričljivo tisti človek, ki to najhitreje opazi. Težko si pa predstavljam, da bi recimo zdravnik pri svojih odločitvah absolutno sledil takemu, četudi dobronamernemu zunanjemu sodelavcu. Ker če bi

sledil, potem bi odstopil od nekega ustaljenega zdravljenja, kar bi zlasti pri kritično bolnih otrocih lahko imelo usodne posledice.

### **Če pa zdravnik v nekem dialogu staršem da občutek, da so pomembni v zvezi z zdravljenjem otroka, je to verjetno tudi pot, ki preprečuje ekscesne situacije obtožb?**

Pogovor mora teči. In v pogovoru, če si človek pridobi zaupanje, če starši zaupajo zdravniku, potem je to veliko lažje.

### **Kako pa se intenzivist upokoji? Ljudje težko prenašamo velike spremembe in oditi z intenzivnega oddelka najbrž ni enostavno?**

Veste kaj, to bi bil pa zelo vesel, če bi mi vi odgovorili. Recimo, če gledam sebe, verjetno bom šel na ŽPIZ, vložil formular in se upokojil. Brez heca. Torej, vsi smo zdravniki. Tudi vi, ki sprašujete. Človek je zdravnik po svojem značaju, po svojem delovanju, po svojem razmišljanju. In takrat, ko se človek odloči, da bo šel v pokoj, je pa skoraj nemogoče, da boš vse to, kar si doživel in skusil kot zdravnik, lahko predajal neke druge ali se dnevno pogovarjal o teh zadevah. Tudi najbližji imajo neko toleranco.

Ne smemo pa pozabiti nečesa. Da je vsakdo od naše generacije, ki je začela svojo poklicno pot v kliničnem centru tam neke okrog leta 1970, dal temu centru in bolnikom velik del svojega življenja. Prav bivanje v delovnem okolju, ki je bilo vseskozi intelektualno izjemno stimulatívno, ko smo ustvarjali pediatrično intenzivno terapijo kot novo stroko v Sloveniji, nas je v poklicnem in tudi v človeškem življenju močno povežalo. Nehali se bodo kolegialni pogovori, ki jih imaš pri zdravljenju, pa ne samo pri zdravljenju, nenazadnje tudi kot zdravnik in človek. Kako bo potem, ne vem. Predstavljam si, da se bom spet vrnil na tisto, kar sem vedno rad delal. Se pravi, malo sem bom ukvarjal z jeziki, to je bila vedno moja radost, in z zgodovino, saj pod soncem ni nič novega. In seveda z družino.

*Foto: Jolanda Kofol*

Doc. dr. Janez Primožič z vodstvom Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Na njegovi levi je glavna direktorica mag. Darinka Miklavčič, na desni sta strokovna direktorica prof. dr. Saša Markovič in strokovni direktor Kirurške klinike prof. dr. Martin Tonin.



Slavna preteklost - k naslovnici revije

# Dr. Lojz Kraigher (1877–1959) – pisatelj, zdravnik, politik

Zvonka Zupanič Slavec

Tipična zrela podoba dr. Lojza Kraigherja.



Letošnje leto na Medicinski fakulteti praznujemo 90-letnico njene ustanovitve. Ob tem jubileju s posebnim veseljem med pomembnimi slovenskimi zdravniki predstavljamo dr. Lojza Kraigherja, ki je bil pisec prve listine o potrebi po nacionalni medicinski fakulteti in je v njej spodbudno nagovarjal vladne može, da imamo med svojimi zdravniki zadosti strokovnjakov, ki bi lahko opravljali tudi pedagoško delo. Besedilo rokopisa na naslednji strani govori takole:

... »Kar se tiče učnih moči imamo v naših gospodih, primarijih in specialistih izkušene praktike, ki bi že jeseni lahko začeli s kurzi za medicince, za bolniške sestre ter za strežnike in strežnice. Razen teh pa imamo še celo vrsto mladih znanstvenikov, katerih sposobnosti nam nudijo vse pogoje za uspešno znanstveno in naučno delovanje. Nekateri gospodi bi se lahko vsak trenutek habilitirali (npr. dr. Botteri za oftalmologijo, dr. Matko za interno, dr. Robida in dr. Šerko za psihiatrijo in nevrologijo, dr. Robič in dr. Šavnik za dermatologijo in venereologijo), drugi bi potrebovali v ta namen več semestrov (npr. dr. Černič za kirurgijo, dr. Drnovšek za okulistiko, dr. Zalokar za ginekologijo in porodništvo, dr. Ambrožič za pediatrijo, dr. Luschitzky za tuberkologijo idr. )...«

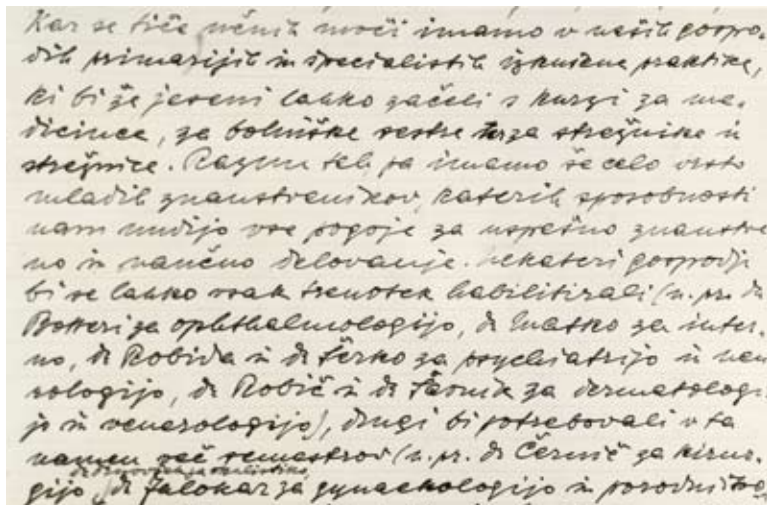
Lojz Kraigher, rojen v Postojni leta 1877, je bil vselej razpet med poslanstvo zdravnika in zvestobo umetniški besedi, ki ga je še prej kot medicinska veda zvalila v svoj začarani krog. Pri Franu Gestrinu, pesniku in svojem domačem učitelju, je mladi dijak prišel do raznovrstnega branja, od *Zvona* do *Glasnika* in drugih književnih ter družbeno angažiranih publikacij. Iz zakladnice slovenske lepe besede je prebiral prav vse, kar mu je prišlo pod roke. Že Kraigherjeve šolske naloge in spisi so pri njegovih učiteljih vzbudili nemalo pozornosti. Najmanj, kar so lahko pripomnili, je bilo, da je talentiran in mu kmalu pritaknili še oznako socialista. Med njegovimi temami se je zgodaj pojavila erotika, ki je bila vodilo skozi vse njegovo literarno snovanje. Uredniki so že zgodaj imeli veliko opraviti z rdečim svinčnikom, ko so poskušali »blažiti« njegove naturalistične erotične scene.

Novo študijsko okolje na Dunaju mlademu študentu medicine ni pomenilo dramatičnega preobrata kot npr. Cankarju in Župančiču. Kraigher tudi ni bil boem, je redno študiral in po petih letih študija v juniju leta 1903 promoviral za doktorja vsega zdravlilstva. Še pred koncem študija se je prvič poročil ter postal oče. Župančič je



Cankarju v nekem pismu z Dunaja opisal Kraigherja kot »finega dečka«, v katerem ni niti malo *filistra*, predvsem pa, da piše »fino prozo«. Dobro pripovedno žilico in talent mu je priznal tudi Aškerc in ga vabil v Ljubljanski zvon. Cankarjeva mladostna pričevanja govore o Kraigherju kot o vedrem in duhovitem družabniku ter zanesljivem prijatelju. Navduševal se je nad Heinejem in Zolajem ter prebiral marksistično in materialistično literaturo ter sam zase menil, da je »enosmerno orientiran v socializem«. To je potrjevala tudi njegova svobodomiselnost in članstvo v liberalni stranki.

Nad Kraigherjevimi zgodnjimi deli so bili uredniki sicer navdušeni, zaradi pogostih močnih erotičnih primesi pa so dvigovali svoj moralno-pedagoški prst. Nekatera njegova zgodnja dela, podpisana z različnimi psevdonimi, so nekateri prisodili celo Ivanu Cankarju. Kraigher je nihal med svojo ustvarjalno slo in izbranim, včasih hudo prozaičnim poklicem zdravnika in iskal sožitja z obema. Njegov poklic je vse prepegosto terjal celega človeka. Po koncu študija je postal sekundarij v ljubljanski deželni bolnišnici. Naslednji dve službeni leti občinskega zdravnika v Bovcu tudi nista prinesli večjih novosti v pisateljevo literarno delavnico. V tem obdobju je bil dejaven družbeni delavec, odločen sogovornik in tudi predsednik Narodne čitalnice. Na volitvah leta 1907 se je na Goriškem nenavadno angažiral kot novi član izvršilnega odbora narodno napredne stranke odvetnika dr. Henrika Tume. Nekatera Kraigherjeva pričevanja govore, da mu je ustvarjalno delo predstavljalo dopolnilo k napornemu vsakdanjemu službovanju. Dramo *Školjka* je najverjetneje nosil avtor v sebi že od ljubljanskih dijaških dni. Pozneje so zoreli dialogi na Dunaju in po končanem študiju ponovno v Ljubljani in na službovanju v Bovcu, dozoreli pa šele pri Sv. Trojici v Slovenskih goricah, kjer je služboval kot okrajni zdravnik. Delovanje v Sv. Trojici – današnje Gradišče v Slovenskih goricah – mu je prineslo nove spodbude in izkušnje. Navduševal se je nad lepoto kraja in pokrajine, ob soočenju z razmerami po volitvah pa je vse navdušenje splahnelo. Poklicna preobremenjenost – dopoldanska ambulanta, prenekateri popoldanski in nočni



Kraigherjev rokopis zapisa o potrebi po ustanovitvi Medicinske fakultete v Ljubljani leta 1919 (iz arhiva Inštituta za zgodovino medicine MF UL)

obiski pri bolnikih, v snegu in blatu, na lojtrniku – ga niso odvrnili od pisateljske sle. V sedemletnem obdobju v Slovenskih goricah je Kraigher dodobra spoznal življenje tamkajšnjih ljudi, politično stanje in nemškutarstvo. Tako si je nabral obilo snovi za svoje najboljše in hkrati najvidnejše pripovedno delo *Kontrolor Škrobar*. Naraščajoča prevlada nemške manjšine po štajerskih trgih je s svojo gospodarsko močjo grozila, da bo jutrišnji dan slabši kot včerajšnji. To je pri Kraigherju stopnjevalo »slovensko bol«, kot jo je sam imenoval. Srečal se je s potujčevanjem, nasilnim naseljevanjem premožnih nemških družin in otrok iz dunajskih sirotišnic na Štajersko z namenom spremeniti narodnostno sestavo podeželja in s tem pridobiti pravico do šolstva v nemškem jeziku. Bolela ga je tudi mlačnost domačega prebivalstva.

Odrezan od svojih prijateljev je predvsem Cankarja in Župančiča večkrat vabil v Slovenske gorice. Tako je Cankar pri njem prebil kar pol leta. V svojem štajerskem obdobju je bil Kraigher bister opazovalec in priljuden družabnik, docela drugačen, kot ga poznamo iz njegovih poznejših življenjskih obdobj. V Sv. Trojici se je srečeval z istimi ljudmi službeno in zasebno, tako da mu je njegovo zdravniško delo odstiralo zanesljive in tudi subjektivno obarvane poglede na življenje.

Akademik Dušan Moravec, urednik Kraigherjevega *Zbranega dela* pravi, da bi lahko bil delovni naslov *Kontrolorja Škrobarja* tudi »Ljubezen in politika«, ker je roman pisan dvoplastno. Poudarjeni sta politična in družbena nedorečenost, zagotovo pa v njem zasledimo tudi odseve avtorjevega temperamenta. Ob izidu, tik pred začetkom prve svetovne vojne, je roman doživel najrazličnejše kritike: od številnih pohval in vse do glos in pamfletov. Nekateri kritiki so ga primerjali z velikimi ruskimi realisti do samega Dostojevskega, drugim se je zdel podoben Zolaju,



Naslovnica najpomembnejše Kraigherjeve drame Školjka, v kateri je izšla tudi drama Na travniku. Delo je izšlo pri založbi Kondor.

Hrvatje so delo primerjali z romanom *V registraturi* Anteja Kovačića. Nekateri so našli literarne vzporednice med likom Škrobarja ter don Juanom in Casanovo. Nejevoljni kritiki so pisali, da v romanu ni ne zdravja ne svetlobe, da ga prevevajo opolzkost in lahkomiselnost, zato je delo pravi literarni zločin.

Erotika je gibalo, ki je avtorja spremljala v domala vseh dramskih in pripovednih delih in ga je izmed vseh tematik najbolj zanimala. Tudi v njegovi drami *Školjka* se prepletata eros in seksus ter se med seboj oplajata in hkrati odbijata. Ni čudno, da je drama izzvala in še izziva nasprotujoče si poglede. Cankarja, ki je takrat pisal *Lepo Vido*, je delo pritegnilo zaradi nekaterih potez, ki so bile obema avtorjema skupne: ... *tragedije brepenenja, tistega silnega, na vekomaj neutolažljivega brepenenja duše, na telo priklenjene, brepenenja zemlje k soncu, neskladnosti dneva s popolno harmonijo*

*večnosti*. Dramo je Cankar priporočil svojemu založniku in verjel v njen uspeh; iskal je vzporednice celo z Ibsenovo *Noro*. Tudi pri *Školjki*, podobno kot pri *Kontrolorju Škrobarju*, se niso našli le naklonjeni kritiki. Avtor je dramo celih šest desetletij vedno znova jemal v roke, jo po malem spreminjal, vendar bil do zadnjega neomajno prepričan, da gre v njej za velike, usodne in odločilne reči. Prav zato mu je prinesla nemalo gorja. V senci *Školjke* ostaja drama *Na travniku*, ki ponuja dober scenarij za ekranizacijo, najti pa mora za tovrstno predstavitev enakovredne soavtorje, meni akademik Dušan Moravec.

Ozračje v Slovenskih goricah je Kraigherju postajalo vse mučnejše in je zato iskal nove možnosti za službo. Henrik Tuma in Alfred Šerko sta ga vabila v Trst, kjer je bila tretjina prebivalstva Slovencev in bi v svobodnejšem okolju lažje ustvarjal. Po naključju pa je bilo v tem času v ljubljanskem mestnem fizikatu razpisano prosto delovno mesto in se je Kraigher odločil, da se prijavi. Opraviti je moral fizikatni izpit in se je zato pozimi leta 1913/1914 odpravil v Gradec ter se zakopal v študij. Kmalu po sarajevskem atentatu je v Ljubljani že prevzel novo službo. Skoraj hkrati je izšel njegov najzrelejši roman *Kontrolor Škrobar*, ki ga skupno s *Školjko* uvršča med klasike slovenske književnosti.

Vsa vojna leta je preživel hkrati v beli halji in v uniformi, v Ljubljani in Mariboru ter tudi na oddelku za vojne ujetnike – Srbe, Ruse, Italijane. Čutil je, da se Slovencem bližajo boljši časi, verjel je v boljše življenje in je zato še intenzivneje delal v nezdravstvenih ustanovah. Postal je član upravnega odbora obnovljene Slovenske matice, trudil se je za oživitev gledališke dejavnosti in za zdravništvo na Slovenskem je še posebej pomemben njegov boj za medicinsko fakulteto v takrat porajajočem se vseučilišču v Ljubljani. Skupaj z zdravnikoma Alojzom Zalokarjem in Ivanom Oražnom so bili leta 1919 iniciatorji nastanka sicer nepopolne, a vendarle prve slovenske medicinske fakultete. Letos, ko mineva 90-let od takrat, se zdravništvo dr. Kraigherja spominja še s posebno hvaležnostjo. Tudi leta 1938 ob smrti prof. Alfreda Šerka, ki je prvih osemnajst let vodil medicinsko fakulteto, se je dr. Kraigher ponovno potegoval za popolno fakulteto in njenih manjkajočih šest semestrov.

V vojnih letih kljub veliki obremenjenosti v Kraigherju ni utihnila pisateljska muza. Napisal je roman *Mlada ljubezen* in daljšo novelo *Peter Drozeg*. V romanu se dotika problema »spolne kuge«, ki ga je v prvih letih zdravniške prakse in še posebej med prvo svetovno vojno vznemirjala kot človeka, zdravnika in pisatelja, kot pravi sam. Imel je namen napisati še drugi in tretji del romana, vendar mu je težaško poklicno delo prekrizalo račune.



Odločni pogled  
mladega intelek-  
tualca, dr. Lojza  
Kraigherja

V letu 1917 so v Zagrebu odpirali vseučilišče in Kraigher je začutil, kako pomemben dogodek je to. Takoj si je začel prizadevati, da pri tem Slovenci ne bi preveč zamujali, ker je za njimi stoletni boj za lastno šolstvo, tudi univerzitetno. Za ves trud, ki ga je dr. Lojz Kraigher vložil v ustanovitev slovenskega vseučilišča in medicinske fakultete, je bil po drugi vojni imenovan za prvega častnega doktorja Medicinske fakultete v Ljubljani in velja za očeta slovenske medicinske fakultete. Ob koncu prve svetovne vojne je bil Kraigher tudi med soustanovitelji spomenice o slovenski avtonomiji, ki so jo pripravljali v kulturnem odseku Narodnega sveta. Bil je zelo svobodomiseln, podpiral je zamisel, da se slovenski narod poveže v deželo SHS, in to skupaj z Jakopičem, s Kozakom, z Ramovšem, s Smrekarjem, Tavčarjem in z Župančičem tudi podpisal.

Pri Kraigherju ves čas opazujemo zvestobo zdravniškemu poklicu in hkrati neusahljivo ustvarjalno slo. Župančič je bil pred in med prvo svetovno vojno naklonjen njegovemu leposlovnemu delu in je cenil njegovo drugačnost. Priznaval mu je uglajeno pero, moško pokončnost njegove zdrave realistične pripovedi in zrelost dramskega dialoga. Ko se je Cankar v zadnjih dneh oktobra 1918. leta ponesrečil na stopnišču svojega novega stanovanja, mu je Kraigher zvesto stal ob strani kot prijatelj in zdravnik. Po Cankarjevi smrti je čutil dolžnost, da se mu oddolži. Najprej je nastal droben esej, objavljen prve dni po prijateljevi smrti, tri leta zatem pa drama *Umetnikova trilogija*, ki ostaja v senci nekdanje *Školjke*

in prihodnje dramske zasnove *Na fronti sestre Žive*. V maju 1920 je pisatelj končno dočakal prvo slovensko uprizoritev drame *Školjka* na odru mariborskega gledališča. V Ljubljani so jo uprizorili leto kasneje. V gledališkem listu pa jo je pospremil Oton Župančič. Ti dve uprizoritvi sta dali avtorju spodbudo, da je nadaljeval s pisanjem dramskih tekstov.

Med leti 1919 in 1922 je bil Kraigher ravnatelj ljubljanske bolnišnice, hkrati pa je sodeloval v številnih kulturnih okoljih: pri Slovenski matici, Gledališkem konzorciju, v gledališki komisiji pri deželni vladi. Tri leta je tudi vodil Društvo slovenskih leposlovcev. To obdobje – tako preporno zaupanih mu del in dolžnosti – ostaja, kar ni čudno, literarno neplodno. Tudi politična situacija, ki ni bila v skladu z njegovo vizijo, ga je vse bolj grenila.

Tako je prišel v spor s takratno univerzo, ko je zahteval, da postane medicinska fakulteta popolna, in tudi z bolnišnično upravo, ki ga je zaradi tega prisilno upokojila. Kraigher je bil, podobno kot Cankar, bojevnik za federativno republiko jugoslovanskih narodov in ga je unitaristična kraljevina močno razočarala. Odločil se je, da bo emigriral. Bežal je pred politiko, ki ji ni mogel več služiti, umaknil pa se je tudi iz obroča svojih osebnih stisk. Odšel je v München, tam opravil zobozdravniško specializacijo, nato pa se po letu dni preselil v Gorico. Na Nemškem je bil sprva popolnoma osamljen, zato je iskal vezi z Ljubljano in si izmenjeval številna pisma s svojo kasnejšo drugo ženo. Največ pisem je v tem obdobju dobival od kritika in bibliotekarja



Interniranci v Dachau po osvoboditvi leta 1945. Lojz Kraigher sedi v drugi vrsti drugi z desne (iz arhiva Inštituta za zgodovino medicine MF UL).

Glonarja, dopisoval si je tudi z Jušem Kozakom in s Franom Albrehtom. Spisal je noveli *Matej in Matilda* (kasneje *Ptička v kletki*) in *Martin Klobasa*. Slednja je najverjetneje nehotena variacija na Tavčarjevo sintagmo iz Cvetja v jeseni. V prvi noveli so meditacije pisatelja zdravnika o tem, kako klavrna in nebogljena je njegova zdravniška moč v večnih in obupnih bojih z boleznijo in smrtjo.

Kmalu po opravljenem specialističnem izpitu se je takrat 46-letni Kraigher preselil v Gorico. Novembra leta 1922 je imel že urejen dom in ordinacijo. Imel je veliko dela in še v poznih letih je pripovedoval, kako je takrat garal vsak petek in svetek; opravljal je prakso še v Ajdovščini, Vipavi, Tolmini in v Sv. Luciji (današnji Most na Soči). V Gorici je ostal pet let in pol, spomladi 1929 se je spet vrnil v Ljubljano.

Goriška leta so bila zanj polna bremen. Bil je razdvojen med dve družini: med propadlim prvi zakonom, ki je bil uradno nerazvezan, in drugim srčno srečnim, a formalno nepriznanim. V Ljubljani je pustil pet sinov in še prvo-rojenca v grobu pri Sv. Trojici, v Gorici pa se mu je rodila hči. Na Primorskem se je zblížal z dr. Danilom Lokarjem, zdravnikom iz Ajdovščine, ki je potihoma tudi rad pisal. V tem obdobju je Kraigherju postal bližji France Bevk, družil se je tudi s slikarjem Venom Pilonom.

Zaradi poklicnega dela, političnih razočaranj in osebnih stisk v zvezi z ločitvijo prvega zakona ter z željo po ohranitvi očetovskega odnosa s sinovi tudi goriško obdobje ni moglo biti srečno. Ohranjeni zapiski vseeno pričajo, da njegova pisateljska muza ni utihnila. V tem času je nastala drama *Na fronti sestre Žive*. V njej se pojavlja toliko paralel med usodami likov in osebami iz zasebnega življenja, da ne moremo mimo misli o avtobiografskih potezah v drami. Za presojo drame to ni pomembno. V tem obdobju je začel snovati delo o prostitutki Kristi Albi, ki ga je kasneje v življenju usodno

spremljalo. V Gorici se je počutil vse bolj osamljenega in tudi fašistični pritisk je vse bolj naraščal. Pisatelj je upal, da se bo z vrnitvijo v Ljubljano vse to spremenilo. V mislih je imel tudi selitev v Beograd. Ob vrnitvi aprila 1929 je bila Ljubljana še bolj žalostna in v njej je vladala Aleksandrova diktatura. Tudi po vrnitvi v Ljubljano je Kraigher bil in ostal upornik. Nikakor se ni mogel sprijazniti z monarhistično diktaturo. Po razgovorih s tržaškim socialistom Ivanom Regentom je zasnoval organizacijo levo usmerjenih izobražencev. Začel je zahajati v slovenski *Penklub*, da bi omilil svojo osamelost. Lojz Kraigher je bil občutljiv človek in zato pogosto v konfliktih z okolico. Neredko je zameril pripombam urednikov in kritikov ter svoja dela raje ponovno spravil in predal, kakor da bi jih nekoliko predelal, spremenil, dopolnil. Tako so ostala njegova številna dela nedodelana. Prava življenjska usoda pa je za pisatelja postal roman *Krista Alba*. Zagrenil mu je ure in leta ter celo ustavil njegovo ustvarjalno pero. Zaradi tega dela se ni sprl le z uredniki in recenzenti, zaradi njega je žrtvoval tudi prijateljstvo z Otonom Župančičem in Jušem Kozakom. Komaj si je mogoče misliti – meni akademik Dušan Moravec – kaj je avtorja tako navezalo na snov tega romana in njegovo »junakinjo«  
prostitutko Albo.

Kraigher je bil odločen zagovornik slovenske samobitnosti in avtonomnosti in je ob jugoslovanskem vprašanju zavračal vsako hegemonijo – spajanje treh narodov. Zagovarjal je, da ima vsak svojo zgodovino, svojo kulturo in svoj jezik. Ko se je tako pisatelj v tridesetih letih zaradi sporov vse bolj oddaljeval od literarnih krogov, se je leta 1938 odločil vstopiti v politično arena. Skupaj s Francetom Leskovškom je kandidiral na opozicijski listi nosilca dr. Mačka. Hotel je pokazati svojo nenaklonjenost vladni politiki. Nova avantura ga je kmalu pripeljala v zapor, prvič leta 1939, kasneje pa je še večkrat pristal v njem.



Derčev zbor leta 2007, član KUD-a KC in MF dr. Lojz Kraigher.

V zadnjih predvojnih letih je Kraigher s svojim peresom zahajal v razmišljanja o zdravju, bolezni in smrti Ivana Cankarja ter začel pisati obsežno in sporno monografijo o velikem pisatelju slovenske moderne. Zapleti zaradi *Kriste Albe* in še nekaterih tegob so prizadeli Kraigherjevo leposlovno moč. Nova doživetja v vojnem času in težka preizkušnja v dachauskem zaporu pa so mu dali novo snov za pisateljstvo.

Njegova svobodomiselnost in skrb za narodovo usodo sta ga že na začetku druge vojne pripeljali med sodelavce partizanskega zdravstva. Sodeloval je s Pavlo Jerina Lah, z Robertom Neubauerjem in tudi s člani kulturnega plenuma Osvobodilne fronte (Prežihovim Vorancem, Blažem Arničem...). Leta 1942 je bil nekajkrat aretiran in je bil med tistimi slovenskimi zdravniki, ki so jim grozili z ustrelitvijo, če bodo kakorkoli podpirali partizane. Po italijanski kapitulaciji se je Kraigher napolil proti Ribnici in nameraval pomagati v partizanski saniteti. Takrat sedemdesetletni zdravnik je bil že bolehen in takega so ga na poti zajeli Nemci. Odpeljali so ga v šentpeterske zapore in od tam čez dva meseca v koncentracijsko taborišče Dachau. Bil je med najstarejšimi interniranci, uspelo pa mu je dobiti mesto zdravnika v taboriščni bolnišnici. Kljub svoji bolezni in vsem taboriščnim tegobam je ohranil vedrino duha in upal na osvoboditev. Celo v Dachauu je razmišljal o nadaljnjem pisateljstvu. Ohranjen je listek, na katerega je zapisal, da bo po vrnitvi predelal *Kristo Albo*. V prvih junijskih dneh leta 1945 je ponovno prišel v Ljubljano.

Po vrnitvi si je ustvarjal lepe upe za prihodnost, žal pa se številne njegove želje niso uresničile. Tedaj že popolna medicinska fakulteta pa ga je v prvih dneh avgusta počastila s podelitvijo častnega naziva *profesor honoris causa* in sprejel je tudi mesto honorarnega bibliotekarja na tej fakulteti.

Postal je prvi urednik obnovljenega *Zdravstvenega vestnika* in si prizadeval za uporabo lepe slovenske besede tudi v medicinski terminologiji.

Kraigherjevo literarno pero je po vojni ustvarilo nekaj novel in drugih besedil partizanske proze. Dela so obarvana memoarsko in meditativno, obsežnejše besedilo so *Fragmenti iz dachauskih ječ*. Z umetniškim čutom je zapisal prenekatero resnico in razmišljal o tem krutem obdobju. Ob začetku dachauskih procesov je o tem nehal pisati in te teme ni nikoli več nadaljeval. Ob tem zrežiranem procesu je bolečino, ki jo je doživljal, pomagalo preboleti le pisanje. Lotil se je pisanja monografije o Ivanu Cankarju, natančno razmišljal o njegovem življenju in delu. Oba njena dela sta skupaj presešla 1500 strani. Avtor je obujal spomine na mladostnega prijatelja, podrobno analiziral njegovo delo in ga velikokrat komentiral na zelo samosvoji način. Oba dela monografije sta polna polemčnih osti in prav z njimi si je med literarnimi kritiki nabral kup nasprotnikov.

Volja mu do zadnjega ni odpovedala, ugašala pa je njegova življenjska moč. Bolezen, nelahka življenjska pot in leta so opravili svoje. 25. februarja 1959 zdravnika, zobozdravnika, pisatelja, politika in borca za narodnostne pravice Slovencev in zdravništva ni bilo več med nami. Ob 50-letnici smrti se nanj spominjamo z vsem spoštovanjem. Med zdravništvo se je neizbrisno zapisal predvsem kot »oče« prve slovenske medicinske fakultete, zaradi njegovega dragocenega kulturnega poslanstva pa si ga je Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete v Ljubljani pred tridesetimi leti (1979) izbralo za svojega vzornika in njegovo ime častno dodalo v svoj naziv.

Literatura je na voljo pri avtorici.

# Nova priporočila za preprečevanje infekcijskega endokarditisa

*Mateja Logar, Tatjana Lejko Zupanc, Andreja Pikelj Pečnik*

Infekcijski endokarditis je huda bolezen z veliko umrljivostjo. Uporaba antibiotične zaščite pred posegi, pri katerih je pogosta bakteriemija, da bi preprečili endokarditis, je bila v zadnjih letih deležna pomislekov in številnih kritik.

Rezultati eksperimentalnih raziskav so nakazovali, da pride po okvari endotelija do odlaganja trombocitov in fibrina v obliki nebakterijskega trombotičnega endotelijskega plaka. Ob bakteriemiji je možno, da se mikroorganizmi pritrjujejo na te spremembe in se pričnejo razmnoževati v trombocitno-fibrinskih plakih, iz česar nastanejo okužene vegetacije. Okvare zaklopk in prirojene srčne nepravilnosti, predvsem tiste, ki so povezane s hitrimi pretoki, lahko privedejo do okvare endotelija, nastanka trombocitno-fibrinskih plakov in predstavljajo predispozicijsko mesto za bakterijsko kolonizacijo.

Ameriško združenje za kardiologijo (AHA) je leta 1955 izdalo prva priporočila za antibiotično zaščito za preprečevanje infekcijskega endokarditisa. Antibiotična zaščita se je dajala bolnikom z večjim tveganjem za infekcijski endokarditis pred specifičnimi posegi v ustni votlini, na prebavilih in v področju sečil in rodil. Številna združenja in posamezni avtorji, kot tudi rezultati več objavljenih raziskav, so postavili pod vprašaj resnično učinkovitost antibiotične zaščite v večini primerov.

Ob zadnji reviziji smernic leta 2008 so pregledali, kakšno je tveganje za bakteriemije po določenih posegih, ter povezavo z infekcijskim endokarditisom, in vitro določeno občutljivost najpogostejše osamljenih mikroorganizmov, ki povzročajo infekcijski endokarditis, rezultate raziskav, ki so ugotovljale učinkovitost antibiotične zaščite pri živalih, in rezultate retrospektivnih in prospektivnih raziskav učinkovitosti antibiotične zaščite pri ljudeh. Na osnovi tega je prišlo do velikih sprememb glede priporočil za preprečevanje infekcijskega endokarditisa. Zaključili so, da:

- le izjemno majhno število primerov infekcijskega endokarditisa lahko preprečimo z antibiotično zaščito pri posegih v ustni votlini, tudi če bi bila zaščita 100-odstotno učinkovita;
- preprečevanje infekcijskega endokarditisa po posegih v ustni votlini je smiselno za bolnike, ki imajo pridružene

take srčne bolezni, ki bi lahko privedle da slabega izida infekcijskega endokarditisa;

- za bolnike z velikim tveganjem je smiselna zaščita pri vseh posegih v ustni votlini, kjer pride do manipulacije dlesni, periapikalnega dela zoba ali poškodbe ustne sluznice;
- zaščita ni priporočena samo zaradi nasploh večjega tveganja za infekcijski endokarditis;
- zaščita ni priporočena za bolnike pred posegi na področju prebavil, sečil ali rodil.

Razlogi za te spremembe so naslednji:

- infekcijski endokarditis je dosti pogostejše posledica pogostih, naključnih bakteriemij, ki smo jim izpostavljeni vsak dan, kot pa bakteriemije po posegu v ustni votlini, na prebavilih, sečilih ali rodilih;
- antibiotična zaščita lahko prepreči zelo malo primerov infekcijskega endokarditisa (če sploh) po posegih v ustni votlini, na prebavilih, sečilih ali rodilih;
- nevarnost za nastanek neželenih učinkov presega korist (če sploh je) antibiotične zaščite;
- vzdrževanje zdravih zob in obzobnih tkiv ter dobra ustna higiena lahko pomembno zmanjšajo pogostost bakteriemij ob vsakodnevnih aktivnostih in so pomembnejši za zmanjševanje nevarnosti za nastanek infekcijskega endokarditisa kot antibiotična zaščita ob posegih v ustni votlini.

Po novih priporočilih priporoča AHA zaščito pred infekcijskim endokarditisom samo pred posegi v ustni votlini, kjer pride do posegov na dlesnih ali v periapikalnem področju zob ali poškodbe ustne sluznice, in to le za bolnike z nevarnostjo za težek potek bolezni.

Bolniki z večjo nevarnostjo za težek potek infekcijskega endokarditisa so:

- bolniki z umetnimi zaklopkami, biološkimi protezami in homografti,
- bolniki po prebolelem infekcijskem endokarditisu,

<b>Zaščita izbora:</b>	Shema anti- otične zaščite pred infekcijskim endokarditisom
• amoksicilin 2 g peroralno eno uro pred posegom	
<b>Zaščita ob alergiji na penicilin:</b>	
• klaritromicin 500 mg peroralno eno uro pred posegom ali klindamicin 600 mg peroralno eno uro pred posegom	
<b>Parenteralna zaščita:</b>	
• ampicilin 2 g intravensko ali intramuskularno pol ure pred posegom	
<b>Parenteralna zaščita ob alergiji na penicilin:</b>	
• klindamicin 300 mg intravensko pol ure pred posegom	

- bolniki s presajenim srcem in okvaro zaklopke na presajenem srcu,
- bolniki s prirojenimi srčnimi napakami:
  - nekorrigirane prirojene napake s cianozo, vključno s paliativnimi šanti:
    - tetralogija Fallot,
    - transpozicija velikih žil,
    - Ebsteinova anomalija,
    - popolna nepravilnost venoznega povratka,
    - ductus arteriosus,
    - sindrom hipoplastičnega levega srca,
    - kritična stenoza pulmonalne zaklopke,
    - okvarjen aortni lok,
    - atrezija pulmonalne zaklopke,
    - koarktacija aorte,
    - stenoza pljučne arterije,
  - popolnoma korigirane napake, kadar je uporabljen umetni material (do šest mesecev po korekciji),
  - popolnoma korigirane napake z rezidualnim defektom ob umetnem materialu.

Praviloma uporabljamo le en odmerek antibiotika (preglednica). Pred incizijo ali kirurško drenažo je potrebna antibiotična zaščita z antibiotiki, ki delujejo na stafilokoke in streptokoke. Priporočen je protistafilokokni penicilin ali cefalosporin (cefaleksin 2 g per os). Pri bolnikih, alergičnih na peniciline, pa klindamicin. Pri sumu na okužbo, ki jo povzroča proti meticilinu odporen stafilokok (MRSA), priporočajo vankomicin.

Če bolnik prejema dolgotrajno antibiotično terapijo v nizkem odmerku, npr. za preventivo revmatične vročine, je potrebno izbrati antibiotik iz drugega razreda. Če je bolnik na visokih odmerkih antibiotika zaradi zdravljenja aktivne okužbe, prilagodimo terapijo tako, da dobi odmerek antibiotika 30 do 60 minut pred zobozdravstvenim posegom.

Zaščita ni več priporočena pri večini posegov na dihalih, razen pri bolnikih z veliko nevarnostjo za težek potek bolezni in posegih, pri katerih pride do poškodbe sluznice:

- tonzilektomija ali adenoidektomija,
- kirurški posegi na sluznici zgornjih dihal,

- bronhoskopija s togim bronhoskopom, če se pričakuje incizija.

Prav tako zaščita pred infekcijskim endokarditisom ni več priporočena za posege na prebavilih, rodilih in sečilih, razen če ne gre za posege v okuženem področju, kjer dajemo antibiotike, da preprečimo okužbo pooperativne rane oziroma sistemske okužbo. Pri bolnikih, ki potrebujejo cistoskopijo in imajo enterokokno okužbo sečil oziroma kolonizacijo sečil z enterokoki, je treba bolnike usmerjeno zdraviti že pred posegom.

Spremembe glede zaščite pred infekcijskim endokarditisom so pomembne v primerjavi s predhodnimi priporočili, zato AHA svetuje, da zdravniki bolnikom, ki so do sedaj dobivali zaščito, pojasnijo, da ni znanstvenih dokazov, ki bi potrjevali učinkovitost antibiotične zaščite pred infekcijskim endokarditisom pri večini posegov in stanj. Ob tem pričakujejo, da bodo tako zdravniki kot tudi bolniki ob ustreznem stalnem ozaveščanju in izobraževanju nova priporočila dobro sprejeli.

Glede na vse navedeno se strinjamo, da so bile spremembe priporočil za preprečevanje infekcijskega endokarditisa potrebne, saj so bila stara priporočila zelo široka. Z novimi priporočili se zelo zmanjša število stanj in posegov, pri katerih je smiselna in potrebna antibiotična zaščita. Upamo in želimo, da se bodo nova priporočila tudi v Sloveniji začela dosledno upoštevati in da jih bomo tako zdravniki kot tudi bolniki dobro sprejeli.

Nova priporočila so predstavili in sprejeli na 10. mednarodnem simpoziju o sodobni obravnavi endokarditisa in kardiovaskularnih okužb (ISCVID; Neapelj, Italija: 26.–28. april 2009). Prav tako smo nove smernice predstavili in sprejeli na razširjenem strokovnem kolegiju Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja, UKC Ljubljana.

### Pripravljen po:

Nishimura RA, Carabelle BA, Faxon DP, et. Al. ACC/AHA 2008 Guideline update on valvular heart diseases: Focused update on infective endocarditis. *Circulation*, 2008; 118: 887–96. ACC/AHA 2008 Guideline update on valvular heart diseases: Focused update on infective endocarditis: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons.

# Kdaj meriti SR in kdaj CRP?

Rudi Pavlin

Obe metodi (SR – merjenje hitrosti sedimentacije eritrocitov v nekoagulirani krvi, CRP – merjenje koncentracije C-reaktivnega proteina v plazmi) sta v rabi v naših medicinskih laboratorijih. Tehnična izvedba obeh je preprosta, zlasti še merjenje CRP, ki ga hitro opravi avtomatizirani analitični aparat, in je mogoče zato v današnjih dneh bolj v rabi kot SR. Je tudi cenejša metoda od SR. Obe preiskavi temeljita na zvečani koncentraciji beljakovin akutne faze vnetja v krvi. Tako se pri CRP koncentracija te beljakovine v plazmi ob začetku vnetja (v prvih 6–10 urah) zveča kar za 1000-krat nad normalo, pri SR pa je za zvečanje hitrosti sedimentacije odgovorna večja skupina beljakovin akutne faze vnetja. Že iz te razlike med obema metodama lahko domnevamo, da mora med njima obstajati klinično pomembna razlika in s tem v zvezi morebiti različna praktična uporabnost.

SR je starejša metoda. Hitrost sedimentacije eritrocitov (normalno je za moškega do 10 mm v eni uri) je največkrat tipičen pokazatelj vnetnega dogajanja v telesu. Je pa pospešena tudi pri anemijah in hiperglobulinemiji, kar mora zdravnik upoštevati.

Nista pa metodi glede klinične uporabnosti enakovredni. Gotovo je vsak zdravnik že srečal pri bolniku npr. normalno vrednost CRP, pa zvečano hitrost SR ali nasprotno. Prispevek naj bi pomagal pri razjasnitvi takih primerov in hkrati nakazal uporabnost te ali one metode.

Hitrost SR ni diagnostično pomembna za kako bolezen, pove nam samo, da je v teku bolezenski proces. Je pa zelo uporabna za sledenje razvoja vnetne bolezni. Možnosti so tri: pospešena SR, nepospešena SR ali kombinacija obeh.

Pospešeno SR bomo našli pri: vnetjih (npr. vnetja sklepov, protin), boleznih veziva, okužbah (npr. subakutni bakterijski endokarditis), malignomih, razpadu celic oz. tkiv, večini anemij, akutnih zastrupitvah s kovinami, toksemijah idr. SR ne bo pospešena pri: odpovedovanju srca, angini pektoris, srpastocelični anemiji idr.

Obe možnosti ali njune različne variacije lahko najdemo pri nekaterih boleznih, dostikrat odvisno od njihovega časovnega poteka. Dobro jih je poznati. Sem spadajo: akutna bolezen (sprememba SR lahko časovno zaostaja od 6 do 24 ur za porastom telesne temperature in levkocitoze in doseže svoj vrh šele po nekaj dneh, po prestani bolezni pa lahko SR ostane pospešena dlje kot zvečana telesna temperatura ali levkocitoza), revmatični ali protinski artritis s pomembno pospešeno SR, osteoartritis z le malo pospešeno SR, enako tudi nevritis, miozitis, lumbago.

Svež akutni apendicitis, včasih še gnojni ali gangrenozni, ima dostikrat normalno SR, hitro pa narašča pri razvoju abscesa ali peritonitisa; multipli mielom, limfom in metastaze raka spremlja zelo pospešena SR, ni pa neposredne povezave med stopnjo pospešene SR in prognozo bolezni.

Nekateri dejavniki, ki vplivajo na SR, jih pa pri merjenju CRP ni: če kri stoji neuporabljen več kot en dan, se hitrost SR zmanjša, zveča pa se, če merimo SR ohlajene krvi. Hitrost se zveča tudi v navzočnosti fibrinogena, v zreli nosečnosti in nekaj tednov po porodu, pri malih otrocih, ob menstruaciji, ob rabi kontraceptivov. Zelo pospešeno SR imajo včasih navidezno zdrave ženske, stare nad 70 let. Upočasnjeno SR pa vidimo pri: hiperglikemiji, hiperalbuminemiji, pomanjkanju fibrinogena, v krvi novorojenčkov, po steroidih in velikih odmerkih aspirina, pri eritrocitozi.

CRP je dobil svoje ime zavoljo beljakovinske narave C-reaktivne snovi. Njegovo ne docela pojasnjeno delovanje je povezano z beljakovinsko nespecifično obrambo telesa ob vnetju in travmi. Nabira se ob poškodovanih celicah, mogoče se še veže na trombocite, nevtrofilce in makrofage in vpliva na delovanje limfocitov. Nastaja v jetrih, in sicer zelo hitro – že v okoli 6 urah po poškodbi tkiva. Ko mineva akutna faza, tudi hitro izgineva iz plazme. Njegova največja plazemska koncentracija se razpolovi v 48 urah, ker ga hepatociti prenehajo izdelovati. Biološki polčas v plazmi je 19 ur. Kakšno nesprotje temu je SR! Počasno pospešenje (šele kakih 6 ur po začetku procesa) in še počasnejše izginevanje (več dni po končanem procesu). Zdravniki se temu ustrezno prilagajamo rabi enega ali drugega testa ali obeh in s tem dobivamo tudi objektivno spoznavo razvoja bolezni. Obe metodi sta torej koristni pri razpoznavanju poteka bolezni: od njenega začetka (CRP) do njenega prenehanja (SR).

Dražljaj za izdelavo CRP so topni citokini z izvorom v makrofagih, mogoče tudi v endotelijskih celicah. Makrofag rodi citokine v izredno kratkem času kot odgovor na okužbo ali travmo. Eden od najpogostejših dražljajev za njegovo dejavnost je bakterijski lipopolisaharid. Dvig CRP v plazmi torej pove zdravniku, da je telo začelo z mobiliziranjem svojih nespecifičnih obramb.

Nekaj izbranih gastroenteroloških indikacij za rabo CRP testa: vnetna bolezen črevesja, ugotovitev septičnega stanja, prognoza akutnega pankreatitisa, Crohnova bolezen, ulcerozni kolitis, akutni apendicitis (hitreje pokaže akutnost vnetja kot SR ali levkocitoza). Če so vse tri meritve v normalnem območju, je diagnoza akutnega apendicitisa le



# Kvaliteta kosti – dejavnik tveganja za zlom

Janez Preželj, Tomaž Kocjan, Marija Pfeifer, Antonela Sabati Rajić

malo verjetna). Pri večjem nezapletenem kirurškem posegu poraste CRP v prvih 8–12 urah po inciziji, doseže vrh v 48–72 urah in se normalizira v 5–14 dneh. Če ni upada, je to znak za pooperacijsko poškodbo ali drug zaplet.

Včasih je nujno ločiti intersticijski edem od nekrotizirajočega. Tu je CRP poleg tomografije in antiproteaz zelo koristen. Ima celo prognostičen pomen za zelo ogrožene bolnike in za končni izid. Tako je CRP odlična pomoč pri ločevanju blagega od hudega pankreatitisa. Pravijo, da nekrozo pokaže kar s 93-odstotno zanesljivostjo in specifičnostjo.

Ni še pojasnjeno, zakaj pri akutnem virusnem hepatitisu navzlic vnetnim spremembam v jetrih ni spremljajoče akutne faze, nastanejo le majhne spremembe CRP. Podobno je pri kroničnem virusnem hepatitisu, malignom jeter pa visoko dvigne CRP.

Še nekaj bolezni, ki kažejo posebno velike serumske vrednosti CRP. Sem spadajo: revmatoidni artritis, vaskulitisi, malignomi retikuloendotelijskega aparata.

Vrednosti CRP, manjše od 5 mg/l, veljajo za normalne. Ugotovitev CRP je nadomestek za neposredno merjenje nastajanja citokinov, je potrdilo vnetja, vrednotenje njegove stopnje in uspešnosti zdravljenja pa tudi sledenje morebitnim zapletom.

Za osteoporozo je značilna povečana lomljivost (oz. zmanjšana čvrstost) kosti, katere posledica je večje tveganje za zlom. Poenostavljeno si lahko predstavljamo, da je lomljivost kosti odvisna od zmnožka kvantitete – mineralne kostne gostote (MKG), in kvalitete kosti (slika). Ker lahko MKG že približno dvajset let natančno in neinvazivno izmerimo z metodo dvoenergije rentgenske absorpcionometrije (DXA), predstavlja osnovo za diagnozo osteoporoze po kriterijih Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 1994. MKG je do nedavnega služila tudi kot edini označevalec tveganja za osteoporozni zlom. Možnost prepoznave visoko ogroženih bolnikov z DXA in zdravljenje še pred nastopom prvega osteoporoznega zloma sta prinesla velik napredek v obravnavi osteoporoze. Ker pa že kar nekaj let vemo, da sta MKG in kvaliteta kosti za lomljivost kosti približno enako pomembni, je danes jasno, da je pristop k diagnozi osteoporoze, ki temelji le na rezultatu merjenja MKG, enako kot uporaba samo tega kriterija za oceno uspešnosti zdravljenja, pomanjkljiv. Kvaliteta kosti naglo pridobiva na pomenu, čeprav je zaenkrat z rutinskimi neinvazivnimi kliničnimi metodami še ni mogoče izmeriti oziroma oceniti.

Pojem kvalitete kosti sestavlja več dejavnikov, kot sta kostna mikroarhitektura in kvaliteta sestavin v ožjem smislu, tako kostnega matriksa kot mineraliziranih delov. Na kvaliteto kosti vpliva še hitrost kostne prenovne in homogenost mineralizacije. Posamezni elementi niso neodvisni, ampak se med seboj prepletajo.

Pri **mikroarhitekturi** kosti so pri trabekularni kosti za trdnost pomembni oblika in velikost trabekul, njihova orientacija in povezanost («connectivity»); ko se slednja prekine, je ni več moč popraviti. Pri kortikalni kosti pa sta pomembni kortikalna širina in poroznost, ki je odvisna od števila in velikosti Haversovih kanalov. Mikroarhitekturo lahko ocenjujemo z uporabo visoko ločljive magnetne resonance (HR-MRI), visoko ločljive periferne kvantitativne računalniške tomografije (HR-pQCT) in mikroarhitalniške tomografije ( $\mu$ CT), vendar le v raziskovalne namene.

**Kvaliteta matriksa** je še najmanj raziskano področje. Matriks sestavljajo kolagen tipa 1, osteokalcin, osteonektin, nekatere druge beljakovine in mukopolisaharidi ter kostne celice osteoklasti, osteoblasti, osteociti in »lining cells«. Na trdnost kosti vplivajo navzkrižne povezave med snopi kolagena tip 1 in posttranslacijske modifikacije posameznih aminokislilin C-terminalnih telopeptidov (hidroksilacija, glikozilacija, beta izomeracija). Določanje kvalitete matriksa je možno in vitro s pomočjo »Fourier transform« infrardeče spektrometrije (FTIR), transmisijske elektronske mikroskopije in še nekaterih zahtevnejših tehnik. Na tržišču pa je že kit za določanje alfa in beta izomerov prečnih povezovalk C-telopeptidov kolagena tipa 1 (CTX); razmerje med izomerama se je izkazalo kot napovedovalec tveganja za zlom neodvisno od MKG.

**Mineralizacija** matriksa poteka v dveh fazah: primarna mineralizacija je tista,

ki nastane še v sklopu cikla kostne prenovne ali remodelacije (procesa kostne razgradnje v Howshipovih lakunah, ki jim neposredno sledi izgradnja nove kosti, ki zapolni lakuno), sekundarna pa nastane v obdobju po zaključku remodelacijskega ciklusa. Pri upočasnitvi kostne remodelacije se večja obseg sekundarne mineralizacije, medtem ko hitra kostna prenova skrajšuje obdobje sekundarne mineralizacije. Homogenost oz. nehomogenost mineralizacije vplivata na trdnost kosti. Natančnejše ocene stopnje in razporeditve mineralizacije so možne le *in vitro* s spektroskopskimi tehnikami, saj DXA-meritev ne razlikuje med posameznimi vzorci mineralizacije.

**Kostno prenavo** (remodelacijo, tudi premeno) lahko laboratorijsko ocenjujemo z merjenjem označevalcev (ali markerjev) kostne prenovne v serumu (razgradni produkti kolagena CTX so kazalci kostne razgradnje, P1NP, osteokalcin in specifična kostna alkalna fosfataza pa so kazalci izgradnje nove kosti). Pospešena kostna prenova je povezana z večjim tveganjem za nastanek osteoporoznih zlomov, medtem ko za znižano kostno prenavo pri ljudeh to še ni potrjeno.

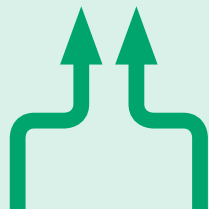
Tudi zdravila različno učinkujejo na kvaliteto kosti. Antiresorptivi ohranjajo mikroarhitekturo in v obratnem sorazmerju z zavoro razgradnje pospešujejo sekundarno mineralizacijo. Anaboliki mikroarhitekturo izboljšujejo, pri čemer lahko prehodno celo zmanjšujejo mineralizacijo, zato se njihovi učinki na preprečevanje zlomov pogosto ne odražajo v sočasnem dvigu MKG.

Veliko elementov kvalitete kosti je gensko pogojenih ali pa na njih vplivajo določeni zunanji dejavniki. Klinično jih lahko posredno ovrednotimo s podatki o dejavnih tveganja, ki so neodvisni od MKG. Zato pri napovedovanju tveganja za zlom uporabljamo tudi anamnestične podatke (zlomi kolka pri starših, predhodni osteoporozni zlomi, uporaba glukokortikoidov, kajenje itd.), ki so hkrati s podatkom o MKG vključeni v računalniški model za napovedovanje absolutnega tveganja za osteoporozni zlom. Računalniški model FRAX je dobro leto dni dostopen na medmrežju ([www.shef.ac.uk/FRAX](http://www.shef.ac.uk/FRAX)). Pravzaprav gre za poskus integracije MKG s posredno pridobljenimi podatki o kvaliteti kosti z namenom bolje oceniti njeno lomljivost in posledično bolje napovedati tveganje za zlom.

Literatura je na voljo pri avtorjih.

Komponente lomljivosti oz. čvrstosti kosti

## LOMLJIVOST KOSTI

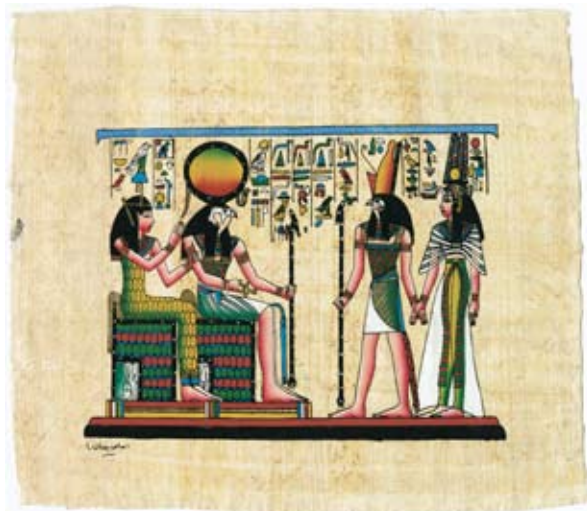


**KVANTITETA KOSTI**  
**MKG**

**KVALITETA KOSTI**

- mikroarhitektura
- kvaliteta matriksa
- mineralizacija
- kostna premena
- itd...

Legenda: MKG = mineralna kostna gostota



# Zaviralci encima DPP-4 v zdravljenju bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2

*Franc Mrevlje*

Sladkorna bolezen tipa 2 je med bolj razširjenimi kroničnimi boleznimi in je v stalnem porastu v vseh državah, tudi v Sloveniji, kjer ocenjujemo, da imamo trenutno približno 125.000 sladkornih bolnikov in od teh približno 90 odstotkov s tipom 2 te bolezni.

Hiperglikemija je pomemben dejavnik tveganja za številne kronične zaplete, ki v končni fazi zvečujejo zbolewnost, zmanjšujejo kakovost bolnikovega življenja in ga nenazadnje tudi znatno skrajšujejo.

Intervencijske raziskave dokazujejo, da kakovostno urejanje glikemije pomembno zmanjšuje tveganje za kronične zaplete, bolj za mikrovaskularne kot za makrovaskularne. Zato so merila dobre urejenosti glikemije danes postavljena zelo nizko: glukoza v plazmi na tešče pod 6 mmol/l, postprandialno pod 8 mmol/l in HbA1c pod 6,5 odstotka, in zato tudi težko dosegljiva. V Sloveniji jih po zadnji raziskavi dosega 23 odstotkov sladkornih bolnikov. Skoraj vsak bolnik s sladkorno boleznijo tipa 2 je v določenem obdobju zdravljen s peroralnimi antihiperglikemiki (PAH), ki so: insulinski sekretagogi (sulfonilsečnine in glinidi), bigvanidi (metformin), tiazolidindioni (rosiglitazon) in zaviralci glukozidaz alfa v črevesu (akarboza).

V novejšem času se je pojavila nova skupina zdravil, ki delujejo na inkretinski sistem, med katere sodijo **mimetiki inkretinov** in **zaviralci encima dipeptidil peptidaze 4 (DPP-4)**. V tem prispevku želim predstaviti slednje.

**Inkretini** so polipeptidni hormoni, ki se izločajo iz enteroendokrinih celic v sluznici ozkega črevesa. Z vidika homeostaze glukoze in s tem sladkorne bolezni sta pomembna **GLP-1** (glucagon-like polypeptide 1, izločajo ga celice L) in **GIP** (glucose-induced insulinotropic polypeptide, izločajo ga celice K). Oba se izločata po zaužitju hrane in pri zdravi osebi spodbujata izločanje insulina iz celic B Langerhansovih otočkov, in to v odvisnosti od koncentracije glukoze v krvi. Ocenjujejo, da je ta t.i. **inkretinski učinek** odgovoren za 50 do 70 odstotkov postprandialnega izločanja insulina. Pri normoglikemiji se spodbujevalni učinek prekine, kar je pomemben varnostni mehanizem, da ne povzroči hipoglikemije. GLP-1 ima tudi zaviralni učinek na celice A, torej na izločanje glukagona, ki je pri sladkorni bolezni tipa 2 zvečano. GLP-1 deluje še v možganih, kjer zavira občutek lakote oz. zvečuje občutek sitosti in s tem zmanjšuje potrebo po hranjenju, zavira pa tudi

praznjenje želodca in upočasni pasajo želodčne vsebine. Vsi ti mehanizmi ugodno vplivajo na homeostazo glukoze.

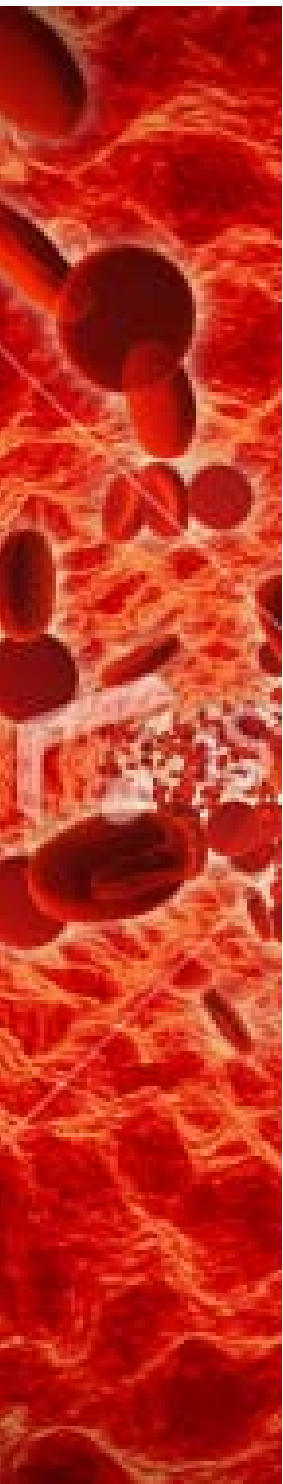
Pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2 je izločanje GLP-1 oslabiljeno, njegov spodbujevalni učinek je normalen; nasprotno pa je izločanje GIP normalno ali celo zvečano, vendar je njegov učinek na izločanje insulina oslabiljen ali celo odsoten. Posledica obojega je oslabiljeno delovanje prej navedenih učinkov in motena homeostaza glukoze.

Porodilo se je logično vprašanje, kako bodisi popraviti delovanje oslabelega inkretinskega sistema bodisi nadomestiti pomanjkljiv učinek obeh in s tem dati bolnikom novo možnost zdravljenja. Naravna polipeptida GLP-1 in GIP sta terapevtsko neuporabna, ker imata izredno kratko razpolovno dobo, ki je od 1 do 2 minut za GLP-1, pa do nekaj minut za GIP. Encim dipeptidil peptidaza-4 namreč v tako kratkem času od molekule GLP-1 in GIP odcepi dipeptid in ju s tem inaktivira. Da bi obšli ta pojav, so razvili zdravila, zaviralce encima DPP-4, ki blokirajo delovanje tega encima in s tem bistveno podaljšajo razpolovno dobo naravnega GLP-1 in GIP.

Danes imamo na tržišču – tudi pri nas – dva tovrstna pripravka: prvi iz te skupine je bil **sitagliptin** (januvia®), pred kratkim se mu je pridružil še **vildagliptin** (galvus®). Oba sta na razpolago tudi v stalni kombinaciji z metforminom, sitagliptin v zdravilu janumet® in vildagliptin v zdravilu eucreas®.

## Sitagliptin

Sitagliptin se nahaja v tabletah po 50 in 100 mg (januvia®), pa tudi v stalni kombinaciji z meforminom (janumet®), 50/500 mg in 50/1000 mg. Zdravilo se jemlje na usta enkrat dnevno, praviloma zjutraj, neodvisno od hrane. Absorbira se hitro, vrh doseže v 1 do 4 urah po zaužitju, končna razpolovna doba je ca. 8 do 14 ur, zato za zdravljenje zadošča en odmerek zdravila dnevno. Biološka razpoložljivost ob prisotnosti hrane je 87-odstotna. Sitagliptin selektivno zavira encim DPP-4. Po obremenitvi (z glukozo ali z obrokom) zveča koncentracijo GLP-1 v serumu za 2- do 3-krat in zmanjša koncentracijo glukagona, s posledičnim zmanjšanjem glikemije po obremenitvi. Izloča se v 80 odstotkih preko ledvic. Zato pri ledvičnem popuščanju v nekaterih državah priporočajo manjšanje odmerka sorazmerno upadu ledvične funkcije, v Evropski uniji in s tem tudi pri nas pa ga ni dovoljeno jemati pri zmanjšanju čistka kreatinina pod 50 ml/min.



V monoterapiji se je po 24 tednih zdravljenja s sitagliptinom zmanjšal HbA1c za 0,6 odstotka, ciljni HbA1c pod 7 odstotkov je doseglo 41 odstotkov opazovancev, glikemija na tešče in postprandialno sta se signifikantno zmanjšali.

V primarni kombinaciji z metforminom se je HbA1c zmanjšal za 1,9 odstotka in HbA1c pod 7 odstotkov je doseglo 66 odstotkov bolnikov. V kombinaciji s pioglitazonom je HbA1c upadel za 0,9 odstotka, 45 odstotkov oseb je doseglo HbA1c pod 7 odstotkov. V kombinaciji z glimepiridom je HbA1c upadel za 0,3 odstotka, HbA1c pod 7 odstotkov je doseglo samo 11 odstotkov bolnikov.

V 52-tedenski raziskavi bolnikov, nezadostno zdravljenih z metforminom, so jim dodali bodisi sitagliptin bodisi glipizid, v obeh skupinah se je HbA1c dodatno zmanjšal enako, to je za 0,7 odstotka, s tem da so bolniki v skupini z glipizidom imeli več hipoglikemij kot tisti v skupini s sitagliptinom.

24-tedenska raziskava kombinirane terapije insulin+ sitagliptin vs. insulin+placebo je pokazala zmanjšanje HbA1c za 0,6 odstotka v skupini s sitagliptinom v primerjavi s skupino s placebom (v tej ni bilo nobene spremembe HbA1c), ciljne vrednosti HbA1c < 7 odstotkov je doseglo 12,8 odstotka v skupini s sitagliptinom in samo 5,1 odstotka v skupini s placebom. Odmerki insulina so bili v obeh skupinah primerljivi (50,5 E/dan vs. 53,8 E/dan). Je pa bilo v skupini s sitagliptinom več hipoglikemij kot v skupini s placebom (15,5 odstotka vs. 7,8 odstotka), vendar so bile blage do zmerne.

Analize bolnikov s trajanjem zdravljenja s sitagliptinom od 6 mesecev do 2 let, bodisi kot monoterapija bodisi kot prej navedene kombinacije z drugimi antihyperglikemiki, so torej pokazale, da pri vseh načinih zdravljenja s sitagliptinom pride do zmanjšanja HbA1c, torej do boljše urejenosti glikemije. Še najmanj učinkovita je kombinacija s sulfonilsečninami, kar je tudi razumljivo, saj gre v tem primeru za dva spodbujevalca izločanja insulina, ne glede na različne mehanizme spodbujanja. Dodatni učinek sitagliptina gre tu najverjetneje na rovaš drugih, v uvodu navedenih učinkov GLP-1, mimo same stimulacije izločanja insulina.

Združena analiza 5141 bolnikov, zdravljenih od 6 do 24 mesecev, kaže, da bolniki sitagliptin dobro prenašajo in da se hipoglikemije javljajo predvsem v kombinaciji s sulfonilsečninami. V metaanalizi varnostnega profila sitagliptina so ugotavljali signifikantno več okužb sečil, kar bi pri sladkornih bolnikih utegnilo biti pomembno, sicer pa še nekoliko več primerov nazofaringitisa, glavobola, kontaktnega dermatitisa in artralgijs, ki pa klinično niso bili relevantni. Sitagliptin je nevtralen glede učinka na telesno maso.

V združeni analizi 12 raziskav s skupno 6139 bolniki, zdravljenimi s sitagliptinom (monoterapija in različne kombinacije) v trajanju od 18 do 24 mesecev, so ugotovili enak delež hudih neželenih učinkov ali prekinitev zdravljenja tako v skupinah s sitagliptinom kot v primerjalnih skupinah. Od blagih neželenih učinkov so tudi v tej analizi našli nekoliko več primerov okužb zgornjih dihal med zdravljenjem s sitagliptinom, več hipoglikemij pa v skupinah, zdravljenih s sulfonilsečninami in insulinom. V laboratorijskih kazalcih niso našli razlik v neželenih učinkih med skupinami.

### Vildagliptin

Zdravilo se nahaja v tabletah po 50 mg (galvus®) in tudi v stalni kombinaciji z metforminom (eucreas®) po 50/850 mg in 50/1000 mg. Zdravilo se jemlje dvakrat dnevno na usta. Absorbira se hitro in doseže vrh koncentracije v serumu 1,5 do 1,7 ure po zaužitju. Biološka razpoložljivost je 85,3-odstotna. Približno 85 odstotkov se ga izloči nespremenjenega v urinu, 15 odstotkov z blatom. Razpolovna doba eliminacije je 2 do 3 ure.

Vildagliptin, tako kot sitagliptin, selektivno zavira encim DPP-4 in povzroča enake učinke, kot so opisani v uvodnem besedilu. V kliničnih raziskavah je v monoterapiji po 24 tednih vildagliptin zmanjšal HbA1c povprečno od 0,5 do 1,1 odstotka, po 52 tednih pa za povprečno 1,0 odstotek. Znižanja HbA1c so bila primerljiva z znižanji med monoterapijo z akarbozo ter z rosiglitazonom, in nekoliko manjša (1 odstotek) v primerjavi z metforminom (1,4 odstotka); ta razlika je ostala tudi po dveh letih (1 odstotek vs. 1,5 odstotka).

V raziskavah kombiniranega zdravljenja, ko so vildagliptin dodajali drugim antidiabetikom, so ugotavljali signifikantno zmanjšanje HbA1c v vseh primerih: z metforminom za 0,5 odstotka, z insulinom za 0,5 odstotka, z glimepiridom za 0,6 odstotka in s pioglitazonom za 0,8 odstotka.

V nekaterih raziskavah niso našli pomembnejših razlik glede pojava hudih neželenih učinkov med skupinami, zdravljenimi z vildagliptinom, in skupinami na placebo ali zdravljenimi s primerjalnim zdravilom. Med blažjimi pa navajajo nekoliko pogostejši nazofaringitis, okužbe zgornjih dihal, glavobol in omotico. Te ugotovitve so potrdili v združeni analizi raziskav pri 3492 bolnikih na monoterapiji z vildagliptinom.

Pri bolnikih z zmernim ledvičnim popuščanjem (glomerulna filtracija 30 do 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) je bilo več vseh neželenih učinkov skupaj v skupini z vildagliptinom v primerjavi s skupino brez njega. Zanimivo je, da so v združeni analizi 3784 bolnikov ugotovili pri osebah, zdravljenih samo z vildagliptinom, manj kardiovaskularnih in

cerebrovaskularnih dogodkov (0,6 odstotka vs. 1,3 odstotka,  $p < 0,05$ ) kot v primerjalnih skupinah brez vildagliptina. Samo iz te raziskave seveda še ne moremo sklepati na zaščitni učinek vildagliptina na te pojave, je pa zanimivo izhodišče za nadaljnje tovrstne raziskave.

Hipoglikemije so bile izjemno redke tako pri monoterapiji kot pri kombinirani terapiji, v nekaterih raziskavah jih tudi ni bilo. Zanimiv je podatek, da je v eni raziskavi bilo v skupini s kombinacijo vildagliptina in insulina celo manj hipoglikemij kot v skupini z insulinom in placebom (1,8 vs. 2,66 hipoglikemij na bolnika na leto). Razlage za ta pojav zaenkrat ni, drugih raziskav, ki bi to potrjevale, pa tudi ne.

Trenutno ni znana nobena raziskava, ki bi neposredno (head-to-head) primerjala učinkovitost in varnost sitagliptina in vildagliptina. Iz ločenih raziskav obeh pripravkov je razvidno, da sta učinkovita v uravnavanju glikemije tako v monoterapiji kot v različnih kombinacijah z drugimi antihiperqlikemiki in bi v tem trenutku težko objektivno pripisali prednost enemu ali drugemu. Oba sta nekako enakovredna drugim peroralnim antihiperqlikemikom, njuna prednost, zlasti proti insulinskim sekretagogom, se kaže v odsotnosti hipoglikemij in v nevtralnem učinku na telesno težo, kakor tudi v dejstvu, da delujeta v povezavi z obroki hrane in z aktualno koncentracijo glukoze v krvi, česar pri dosedanjih že uveljavljenih peroralnih antihiperqlikemikih ni. V razvoju so tudi novejši zaviralci DPP-4, kot sta npr. saxagliptin in alogliptin, vendar sta še oba v fazi kliničnih raziskav.

Zanimive so ugotovitve raziskav na miših, kjer so ugotovljali, da inkretini med drugim tudi spodbujajo povečanje števila celic B v pankreasu oz. njihove mase, zmanjšujejo njihovo apoptozo ter obnavljajo strukturo Langerhansovih otočkov. Ni pa znano, ali je ta učinek trajen in ali ima sploh kak pomen za upočasnitev napredovanja sladkorne bolezni pri živalih. Pri človeku kaj takega zaenkrat niso raziskovali, zato ni znano, ali ta pojav sploh obstaja, zato je morebitna tovrstna korist zdravil, ki delujejo na inkretinski sistem, danes še povsem hipotetična.

Čprav je ta prispevek namenjen okvirni seznanitvi bralcev z zaviralci encima DPP-4, pa se mi zaradi splošne obveščeniosti zdi potrebno omeniti, da poznamo še drugo skupino zdravil z delovanjem na inkretinski sistem, to so **agonisti GLP-1 receptorjev** (imenovani tudi mimetiki inkretinov), kot sta eksenatide, ki je že v uporabi, in prihajajoči liraglutid, vendar o njih kdaj kasneje. Raziskovalci pa skušajo razviti še tretjo skupino »inkretinskih« zdravil, to so neposredni spodbujevalci izločanja inkretinov iz enteroendokrinih celic K in L, ki pa so še v povsem eksperimentalni fazi.

Zaviralci DPP-4 so danes strokovno umeščeni med peroralne antihiperqlikemike za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 kot dodatek drugim antihiperqlikemikom, torej kot zdravila druge izbire, večinoma ju priporočajo kot dodatek metforminu. V nekaterih državah ju uporabljajo tudi v monoterapiji in v kombinaciji z insulinom.

V Sloveniji jih v strokovnih smernicah za obravnavo bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 iz leta 2007 še nismo upoštevali, ker takrat njihov položaj pri nas še ni bil opredeljen. Danes sta oba zaviralca DPP-4, sitagliptin in vildagliptin, pri nas dovoljena kot zdravilo druge izbire z omejitvijo, da zdravljenje z njima začne diabetolog (in ga po njegovem priporočilu nato lahko nadaljuje izbrani oz. družinski zdravnik), vendar samo pri osebah, ki ob že obstoječi dvojni kombinaciji tradicionalnih antihiperqlikemikov (npr. metformin in sulfonilsečnina) enega od teh bodisi ne prenašajo bodisi je eden od obeh kontraindiciran.

*Opomba: komercialna imena zdravil sem tokrat uporabil izjemoma in zgolj informativno, ker so ta nova zdravila zdravnikom večinoma še neznana.*

Literatura je na voljo pri avtorju.

### Izjava o konfliktu interesov

Prim. Franc Mrevlje, dr. med., avtor članka »Zaviralci encima DPP-4 v zdravljenju bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2«, predvidenega za objavo v reviji Isis, izjavljam, da sem članek napisal v dogovoru s farmacevtskim podjetjem MSD, ki bo v isti številki oglaševalo svoja izdelka s tega področja, ki sta se v raziskavah zadnjih let izkazala kot učinkovita in varna antihiperqlikemika. V članku se nisem omejil samo na izdelka tega proizvajalca, temveč sem zaradi objektivnosti v enaki meri opisal tudi podobna proizvoda iz iste skupine zdravil drugega proizvajalca, s katerim članek ni bil dogovorjen. Članek ne vsebuje reklamnih sporočil, ki bi se nanašala na proizvode obeh proizvajalcev trenutno edinih zaviralcev DPP-4 na našem tržišču. Članek je pregled strokovne literature oz. poročil znanstvenih in kliničnih raziskav s tega področja zadnjih let.

Strokovno srečanje

# Izdelki »Spice« z dodanimi sintetičnimi kanabinoidi

Mercedes Lovrečič, Barbara Lovrečič

Slovenija je na osnovi Sklepa Sveta EU 2005/387/PNZ o izmenjavi podatkov, oceni tveganja in nadzoru nad novimi psihoaktivnimi snovmi (PAS) vključena v mednarodni mehanizem za hitro izmenjavo podatkov o novih PAS (ki niso na seznamih konvencij Združenih narodov o mamilih in psihotropnih snoveh), v katerega sta, poleg držav članic EU, vključena Evropski policijski urad (Europol), Evropska agencija za droge (EMCDDA) (sodeluje še Evropska agencija za vrednotenje zdravil – EMEA), ki poročata Evropski komisiji, Svetu EU ter Evropskemu parlamentu.

Zmes posušenih rastlinskih delcev, s katero je polnjena cigareta Spice (vir: Generalna policijska uprava – Center za forenzične preiskave).

V okviru nacionalnega in evropskega Sistema za zgodnje opozarjanje na pojav novih PAS je Slovenija letos zelo intenzivno sodelovala pri izmenjavi informacij o pripravkih Spice. Gre za izdelek, ki se prosto in legalno prodaja, vendar imajo nekatere sestavine psihoaktivne učinke, tem pa so bili v zadnjem času dodani še sintetični kanabinoidi, ki jih v naravnih izdelkih ni.

## Spice

Spice oglašujejo kot eksotično mešanico dišav, ki ob tlenju sprošča močno aromo. Sestavljajo jo posušeni deli rastlin *Canavalia maritima*, *Canavalia rosea*, *Nymphaea alba*,

*Nymphaea caerulea*, *Scutellaria nana*, *Pedicularis densiflora*, *Zornia latifolia*, *Zornia diphylla*, *Nelumbo nucifera*, *Althaea officinalis*, *Rosa canina* ter take, ki imajo znane psihoaktivne učinke, npr. levji rep (*Leonotis leonuru*), indijanski bojevnik (*Pedicularis densiflora*). Seznam vsebovanih posušenih rastlin se neprestano in hitro spreminja. Laboratorijske analize, izvedene v Švici, so v sibirski srčnici (*Leonurus sibiricus*), ki je tudi del mešanice, ugotovile prisotnost alkaloida leonurin, za katerega učinki na človeško telo še niso poznani.

Izdelki, ki se prodajajo pod imenom Spice, vključujejo (v angleščini): Spice Silver, Spice Gold, Spice Diamond, Spice Arctic Synergy, Spice Tropical Synergy, Spice Egypt ipd. Informacije in podatki kažejo, da se prodaja izvaja večinoma preko interneta in v specializiranih trgovinah (headshops, smartshops) vsaj od leta 2006 ali še prej, vendar se o psihoaktivnih učinkih takrat (še) ni poročalo. Prodajalci reklamirajo izdelke kot naravne, izkazalo pa se je, da so jim dodani sintetični kanabinoidi ter morebitne druge kemične snovi, ki na opisih sestave izdelkov niso deklarirani. V Sloveniji se izdelki Spice pojavljajo tudi v obliki cigaret, kar je posebnost.

## Kanabinoidi in njihovi receptorji

Anandamid je bil prvi identificirani endogeni agonist za kanabinoidne receptorje. Najbolj poznan naraven kanabinoid je  $\Delta$ -9-tetrahidrokanabinol (THC), ki se nahaja v kanabisu (marihuana, hašiš) in povzroča psihoaktivne učinke. THC je eksogen agonist za naše kanabinoidne receptorje CB1, ki se nahajajo v centralnem živčnem sistemu, in CB2, ki so povezani z imunskim sistemom. Sintetične kanabinoide danes v grobem razvrščamo v štiri velike skupine: analoge THC; cikloheksifenole; naftoindole in naftopirole; amide maščobnih kislin, vsi so agonisti za receptorje CB1 in CB2 ter imajo učinke podobne THC.



Originalno pakirana cigareta Spice z zgornje in spodnje strani (vir: Generalna policijska uprava – Center za forenzične preiskave).



Konec leta 2008 smo bili obveščeni o pojavu sintetičnih kanabinoidov v pripravkih Spice, in sicer **JWH-018** (Naftalen-1-il(1-pentidol-3-il)metanon), ki so ga forenzično potrdili v Nemčiji. JWH-018 so prvič sintetizirali leta 1995 v eksperimentalne namene, kemična struktura se sicer razlikuje od THC, vendar imata podobne učinke na živalskih modelih, in po poročanjih naj bi bil močnejši kot THC. Naknadno so v Nemčiji potrdili še **CP 47,497** (5(1,1-dimetilheptil)-2-[(1R,3S)-3-hidroksicikloheksil]-fenol), ki je od 3- do 28-krat močnejši od THC, ter **CP 47,497 C8 homolog** in njegov trans diastereomer ter **oleamid** (amid maščobne kisline, ki se nahaja naravno v živalih, a ga tudi sintetično pridelujejo za industrijsko uporabo). Kasneje so v Nemčiji ugotovili prisotnost kanabinoidov tudi v izdelkih, podobnih izdelkom Spice (Scope).

Avstrija je poročala o prisotnosti JWH-018 v Gold, Silver and Diamond Spice proizvodih.

Marca 2009 je Ameriška Drug Enforcement Administration (DEA) poročala o **HU-210** (6aR,10aR)-9-(hidroksimetil)-6,6 dimetil-3-(2-metiloktan-2-il)-6a,7,10,10a tetrahydrobenzol(c)kromen-1-ol v Spice izdelkih. HU-210 je popolni agonist THC in je 100-krat močnejši. Danska in Nizozemska sta poročali o zasegih sintetičnega kanabinoida **JWH-073** Naftalen-1-il-(1-butilindol-3-il)metanon. V tem primeru ni šlo za prisotnost v izdelkih Spice, temveč za zasežene vzorce v prahu.

V Sloveniji je Center za forenzične preiskave z Generalne policijske uprave opravil analizo vsebnosti v izdelkih Spice, ki je potrdila prisotnost sintetičnega kanabinoida, homologa CP-47-497-C8 ter vitamin E. V 21 državah EU je Spice dostopen na prostem trgu, v 8 so že potrdili prisotnost sintetičnih kanabinoidov v izdelkih Spice, druge države prisotnost še preverjajo.

### Tveganje za zdravje

Glede sintetičnih kanabinoidov ni skoraj nič znanega o učinkih na človeka in ni uradnih objav o varnosti oziroma tveganju za zdravje. Metabolizem in toksičnost sintetičnih kanabinoidov sta še premalo poznana. Trenutno ni možno preprosto zaključiti, da je tveganje za zdravje pri sintetičnih kanabinoidih izenačeno ali primerljivo s tistim, ki se je izkazalo pri uporabi THC. Glavna utemeljitev je, da so bili sintetični kanabinoidi testirani le v laboratorijih (in vitro, živali), vsaj za JWH-018 pa se že razpravlja o raketovornem

potencialu. Neizpodbitno je dejstvo, da so za boljše poznavanje potrebne dodatne raziskave.

Nenamerna zastrupitev s sintetičnimi kanabinoidi v primerih Spice s posledičnimi možnimi psihiatričnimi zapleti je bolj verjetna kot pri kanabisu, tako zaradi samega tipa kanabinoida/-dov, kombinacij kot tudi njihovih koncentracij. Tudi pri sintetičnih kanabinoidih, kot pri THC, se pojavlja toleranca (sčasoma je potrebno za doseganje enakega učinka odmerke višati), kar povezujemo z visokim potencialom za vzpostavitev odvisnosti (vsaj psihične).

Proizvod Spice, v obliki cigarete, predstavlja dodatno tveganje za zdravje, ne samo zaradi psihoaktivnega učinka (sintetičnih kanabinoidov), temveč tudi zaradi načina vnosa snovi v telo, to je s kajenjem, vdihavanjem. Kajenje pripravkov Spice ima podobne generalne učinke na respiratorni sistem kot kajenje cigaret tobaka. Pri tem se razvijajo produkti pirolize s plinsko fazo (kemično in toplotno draženje, rakotvornost) in fazo delcev, ki vsebujejo potencialno rakotvorne snovi. Treba je poudariti, da še ni znano tveganje za zdravje za vsebnosti inhaliranega dima.

Informacije o zastrupitvah so zelo skope, kar lahko opozorimo tudi z dejstvom, da je Spice z dodanimi sintetičnimi kanabinoidi na tržišču relativno kratek čas. O zastrupitvah poročajo iz Nemčije, Italije, Švedske, Avstrije in Slovenije. V Centru za zastrupitve UKC Ljubljana so zaradi blažje zastrupitve z izdelkom Spice marca letos zdravili 16-letnega bolnika, ki je bil nemiren, bilo mu je slabo, bruhal je, se znojil in tresel, srce mu je bilo hitro in neredno.

Po trenutno razpoložljivih podatkih, pridobljenih iz primerov zastrupitev, uživanje učinkuje na srčno-žilni in živčni sistem (pojavi se pospešeno bitje srca, kratkotrajne izgube zavesti). Psihoaktivni učinki pri človeku so podobni učinkom kanabisa: euforija, sprostitve, večja socializiranost, večja intenzivnost zaznavanja, povečanje teka. Pri višjih odmerkih se pojavljajo psihične težave: motnje zaznavanja in depersonalizacija ali hujše duševne motnje. Uporaba sintetičnih kanabinoidov nedvomno vpliva na psihomotorne funkcije (npr. pisanje, motorno koordinacijo, opravljanje operativnih nalog različnega tipa...), pa tudi kognitivne (npr. spomin, sposobnost učenja...). Poleg tega spremeni sporočila v možganih, ki vplivajo na zaznavanje in koordinacijo, kar vpliva na vidno, slušno in čutno zaznavanje ter

upočasni reflekse. To je lahko še posebej problematično pri vožnji – poveča se tveganje za prometne nezgode.

## Zaključek

O prisotnosti izdelkov Spice na tržišču so letos že poročali iz Češke, Irske, Španije, Italije, Cipra, Litve, Latve, Luksemburga, Poljske, Romunije, Slovaške, Finske, Švedske in Hrvaške. Forenzične in toksikološke preiskave so v Nemčiji, Franciji, Avstriji, na Madžarskem, v Združenem kraljestvu in Sloveniji potrdile prisotnost sintetičnih kanabinoidov v proizvodih Spice. Seznam vseh izdelkov Spice, njihove vsebnosti in dostopnosti v posameznih državah je še v izdelavi.

Nemčija, Avstrija in Francija so že pripravile zakonodajne ukrepe za prepoved oziroma nadzor nad izdelki Spice z namenom ohranitve zdravja. V Avstriji so 7. januarja letos z direktivo v okviru zakona o zdravilih prepovedali uvoz ali trgovanje z mešanico tobaka, ki vsebuje JWH-018. Kar zadeva nadzor, avstrijski organi preverjajo, ali bo ta opredeljen v okviru Zakona o prepovedanih drogah. V Nemčiji je bila v okviru Zakona o farmaciji sprejeta nujna uredba, ki je stopila v veljavo 22. januarja letos. Uredba določa, da se v tabelo II Zakona o prepovedanih drogah doda pet sintetičnih kanabinoidov, najdenih v vzorcih Spice, vključno z JWH-018 in CP-47-497, ki sta pravno izenačena s THC. V Nemčiji od 22. januarja proizvodov Spice ni več mogoče kupiti (ne na spletu ne v t. i. »headshops«), prepovedani pa so tudi proizvodnja, posest in pridobivanje izdelkov, ki vsebujejo snovi CP-47-497 in še štiri iz homologne serije (C6-C9). Sintetične kanabinoide JWH-018, CP-47 in šest homologov ter HU-210 so med prepovedane droge 23. februarja letos uvrstile tudi francoske oblasti. Združeno kraljestvo je reguliralo uvoz in za prodajo Spice Gold je treba predhodno pridobiti dovoljenje. Madžarska je z ukrepi prepovedala distribucijo Spice Gold, Spice Diamond in Sence med distributerji za znanstvenoraziskovalne namene.

Luksemburg in Portugalska še pripravljata ukrepe. V Sloveniji je bil podan predlog, da se status sintetičnih kanabinoidov izenači s tistim, ki velja za THC, in se jih uvrsti na seznam Uredbe o razvrstitvi prepovedanih drog.

Literatura je na voljo pri avtoricah.



Strokovno srečanje

# Večkratno odporne bakterije in glive v bolnišničnem okolju

Mirjana Stantič Pavlinič, Helena Ribič, Manica Mueller Premru, Srečko Koren

Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe Slovenskega zdravniškega društva je organizirala strokovno srečanje z aktualno vsebino, ki je pritegnilo pozornost mikrobiologov, epidemiologov, infektologov, medicinskih sester in drugih strokovnjakov predvsem s področja obvladovanja bolnišničnih okužb. Srečanje je potekalo 11. junija 2009 v veliki predavalnici Medicinske fakultete v Ljubljani.

V uvodnih besedah je predsednik sekcije prof. S. Koren poudaril, da pojava večkratno odpornih mikroorganizmov zaradi njihove velike genetske spremenljivosti in raznolikosti ni mogoče preprečiti, omejiti pa je mogoče njihovo širjenje.

V prvem predavanju je mag. I. Štrumbelj predstavil novosti v dokumentih CLSI (Clinical and Laboratory Standards Institute) za leto 2009 in smernice dokumentov EUCAST (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing). Izpostavil je, da v Sloveniji potrebujemo nacionalni program in referenčni laboratorij za spremljanje občutljivosti bakterij za antibiotike. S tem bomo lažje sledili usklajenemu evropskemu sistemu za določanje občutljivosti bakterij za antibiotike in naredili korak naprej pri poenotenju metodologije dela, poročanja in medsebojnega obveščanja. Smiselno bi bilo, da smernice EUCAST, ko bodo dokončane, uvedejo vsi mikrobiološki laboratoriji v Sloveniji hkrati.

V drugem predavanju je J. Kolman, dr. med., predstavila projekt EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System), h kateremu je Slovenija pristopila že leta 2000. Danes v njem sodelujejo vsi slovenski mikrobiološki laboratoriji, ki izvajajo mikrobiološko diagnostiko invazivnih bakterijskih okužb. Projekt ima splošni javnozdravstveni pomen in omogoča natančen pregled zanesljivih in primerljivih podatkov o prevalenci in širjenju najpogostejših invazivnih bakterij *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis/faecium*, *Klebsiella pneumoniae* in *Pseudomonas aeruginosa* ter njihovi odpornosti proti antibiotikom. V projektu sodeluje več kot 1400 evropskih bolnišnic, ki pokrivajo okoli 25 odstotkov prebivalstva EU. Zbirajo se časovno in demografsko usklajeni podatki, na podlagi katerih ugotavljamo trende občutljivosti bakterij, med njimi tudi za bakterijo MRSA (proti meticilinu odporna bakterija *Staphylococcus aureus*). V Sloveniji je delež bakterije MRSA znašal leta 2000 21,4 odstotka, leta 2008 pa 7,2 odstotka. Tako je Slovenija edina v projektu sodelujoča država s statistično značilnim znižanjem deleža bakterije MRSA v bolnišničnem okolju.

Na našem ozemlju v zadnjih letih vztrajamo pri vzdrževanju deleža bakterije MRSA pod 10 odstotkov, kar je dokaj ugodno v primerjavi s številnimi evropskimi državami, kjer je delež bakterije MRSA večji. Podatki projekta EARSS so dosegljivi na spletni strani: <http://www.rivm.nl/earss>.

Asist. N. Švent Kučina je prikazala spremljanje odpornosti proti meticilinu pri bakteriji MRSA. V triletnem obdobju je bakterija MRSA upadla od 9 na 7 odstotkov prvih izolatov bakterije *Staphylococcus aureus* iz kliničnih kužnin pri bolnikih v UKC Ljubljana. Ugotavljala je tudi, da se pojavljajo med bakterijami MRSA različni rezistenčni fenotipi, ki ob uporabi ustreznih indikatorskih antibiotikov napovedujejo različne genotipe. S fenotipsko analizo podatkov lahko naredimo izbor sevov MRSA za genotipizacijo.

Dr. V. Tomič je pokazala, da so v bolnišnici Golnik z ukrepi za preprečevanje prenosa bakterije MRSA, kot so ustrezna higiena, iskanje nosilcev z nadzornimi kužninami in kontaktna izolacija, občutno zmanjšali delež bakterije MRSA.

Sočasno z uspehi pri omejevanju širjenja bakterije MRSA pa se pojavljajo novi izzivi z ugotavljanjem visokega deleža drugih bakterij, odpornih proti številnim antibiotikom. Tako je prof. K. Seme v svojem predavanju Spremljanje odpornosti proti vankomicinu pri enterokokih navedla zaskrbljujoč porast deleža bakterije VRE (proti vankomicinu odporni enterokok). Bakterija *Enterococcus faecium* je npr. v Sloveniji v okviru projekta EARRS leta 2008 že dosegla 13,2-odstotno odpornost proti vankomicinu (leta 2007: 5-odstotna odpornost proti vankomicinu). Število izolatov bakterije *E. faecium* iz hemokultur narašča, pogosti pa so tudi v ranah, abscesih in tkivnih drenih. Medtem ko pojav bakterije VRE v Evropi povezujejo predvsem z uporabo glikopeptidov v živinoreji, pa je v ZDA k temu prispevala (pre)velika poraba vankomicina v bolnišnicah.

Asist. V. Križan Hergouth in asist. K. Meško Meglič sta v svojih predavanjih opisali pojav in razširjenost beta laktamaz razširjenega spektra (ESBL) pri bakterijah *Escherichia coli* in *Klebsiella pneumoniae*. Bakterije z encimi ESBL so odporne proti penicilinom in cefalosporinom ter lahko povzročajo oportunistične, pod določenimi pogoji celo življenje ogrožajoče okužbe. Encime ESBL izdelujejo različne gramnegativne bakterije, najpogosteje bakterije vrste *E. coli* in *K. pneumoniae*. Za razliko od *K. pneumoniae* z encimi ESBL, velik delež izolatov bakterije *E. coli* z encimi ESBL najdemo pri bolnikih zunaj bolnišnic, predvsem

pri okužbah sečil. Na Inštitutu za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete v Ljubljani so v zadnjih treh letih zaznali porast deleža odpornih izolatov na vseh bolnišničnih oddelkih, vključno z oddelki, kjer se zdravijo otroci. Ocenjujejo, da se povečuje tudi delež zunajbolnišničnih odpornih izolatov.

Delež bakterije *K. pneumoniae* z encimi ESBL v bolnišničnem okolju je v raziskavi asist. K. Meško Meglič in sod. znašal 15,9 odstotka v letih 2005 in 2006 z opaznim vsakoletnim naraščanjem na 25,4 odstotka v letu 2008. Najpogosteje so klebsiele z ESBL ugotovili v urinu, ranah in aspiratih spodnjih dihal, neredko pa tudi v žilnih katetrah in nadzornih kužninah. V nekaj primerih so bile klebsiele odporne tudi proti karbapenemom (imipenem, meropenem in ertapenem). Odpornost proti karbapenemom narašča, podobno velja za odpornost proti trimetoprimu s sulfametoksazolom. Najbolj prizadete so intenzivne enote in oddelki z daljšo hospitalizacijo bolnikov.

J. Fišer, dr. med., in mag. I. Štrumbelj sta v svojem predavanju opozorila na AmpC beta laktamaze pri enterobakterijah ter pojav nastanka odpornosti v teku zdravljenja z antibiotiki. S. Lorenčič Robnik, dr. med., je v svojem predavanju predstavila probleme mikrobiološkega ugotavljanja encimov karbapenemaz in z njimi povezane odpornosti proti karbapenemom. Antibiotiki te vrste predstavljajo eno izmed zadnjih »obrambnih linij« na področju antibiotičnega zdravljenja.

Prof. M. Mueller Premru je v svojem predavanju predstavila kompleksnost odpornosti izbranih bolnišničnih bakterij *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* in *Stenotrophomonas maltophilia*, ki so naravno (primarno) odporne proti številnim antibiotikom, *S. maltophilia* tudi proti karbapenemom. Poleg naravne odpornosti lahko te bakterije razvijejo tudi pridobljeno (sekundarno) odpornost, na primer s pridobitvijo določenih plazmidov. Med mehanizmi oviranja učinkovitega zdravljenja okužb z antibiotiki so črpanje antibiotikov iz celice, sprememba tarče, zmanjšanje prepustnosti in izločanje beta laktamaz. Ponovni antibiogram v primeru ponovne izolacije bakterije iz kužnine je nujen zaradi možnosti pojava odpornosti že med zdravljenjem. Priporočajo čim bolj tesno sodelovanje med mikrobiološkimi laboratoriji in bolnišničnimi oddelki ter v določenih primerih osamitev bolnika z odporno oz. večkratno odporno bakterijo.

Predavanje asist. T. Matos je bilo namenjeno predstavitvi odpornosti gliv proti antimikotikom. Incidenca okužbe s kandidami je v Univerzitetnem kliničnem centru in na Onkološkem inštitutu z leti počasi naraščala. V večjih bolnišnicah je incidenca običajno večja kot v manjših. Po rezultatih raziskave asist. T. Matos in sod. je v ljubljanski regiji v letih od 2004 do 2008 znašala med 0,47 in 0,70 na 10.000 bolnišničnooskrbnih dni, kar je primerljivo z drugimi evropskimi državami. Spekter izolatov se v tem obdobju ni bistveno spreminjal. Na prvem mestu je *Candida albicans* s približno 60 odstotki, sledijo *Candida glabrata* z



20 odstotki, *Candida parapsilosis* z nekaj več kot 8 odstotki in *Candida tropicalis* s 4,5 odstotka, ostale so udeležene v manjšem deležu. Občutljivost izolatov na testirane antimikotike amfotericin B, flukonazol, vorikonazol in kaspofungin je pri posamezni vrsti *Candida* spp. različna.

Prof. M. Čižman je v svojem predavanju Vpliv antibiotične terapije na pojav in širjenje večkratno odpornih bakterij opozoril, da na razvoj in razširjenost proti antibiotikom odpornih bakterijskih sevov vplivajo številni dejavniki, med katerimi je najpomembnejši poraba antibiotikov. Vsi antibiotiki lahko selekcionirajo odporne mikroorganizme. Selektivni pritisk je specifičen za vrsto bakterije in razred antibiotika. Soočanje z odpornimi mikrobi vsekakor podaljšuje čas hospitalizacije, vpliva na izid bolezni, veča smrtnost in stroške zdravljenja. Mikrobiološko in klinično znanje in izkušnje narekujejo takojšnje ukrepanje, kot je nadaljnje sledenje odpornosti mikrobov, izdelava algoritmov poročanja ter pošiljanje nekaterih povzročiteljev v referenčne laboratorije zaradi potrditve in dokončne določitve mehanizmov odpornosti.

H. Ribič, dr. med., je imela predavanje Izkušnje zdravnika za obvladovanje bolnišničnih okužb s problemom večkratno odpornih bakterij v regionalni bolnišnici. Poudarila je, da delo zdravnika za obvladovanje bolnišničnih okužb, ki je hkrati klinični mikrobiolog, pri obvladovanju problema odpornih bakterij seže na področja dela Komisije za bolnišnične okužbe, Komisije za antibiotike in laboratorijskega mikrobiološkega sledenja odpornosti. Standardi kakovosti znotraj bolnišnic morajo opredeljevati tudi način delovanja v primeru pojava bakterij MRSA, bakterij VRE, bakterij z encimi ESBL in drugih proti antibiotikom odpornih bakterij. Higiena rok ostaja poglobljen, enostaven in zelo učinkovit preventivni ukrep pri delu z bolniki.

Asist. S. Jeverica je v svojem predavanju Spremljanje bakterijske odpornosti proti antibiotikom: priporočila in praksa, predstavil ameriške in evropske standarde na področju analize odpornosti in možnosti pripravljanja različnih tipov poročil za različne namene in uporabnike. Obstoječi laboratorijski informacijski sistemi so v zadnjem času omogočili bistveno boljše spremljanje bakterijske odpornosti, vendar se bodo morali v prihodnje razvijati predvsem v smislu boljših opozorilnih sistemov in boljšega povezovanja z nekaterimi uveljavljenimi programskimi orodji, kot je npr. WHONET.

Na zaključku srečanja so organizatorji pripravili okroglo mizo Spremljanje odpornosti bakterij proti antibiotikom, analiza in sporočanje podatkov ter ukrepanje, na kateri je sodelovala tudi direktorica Direktorata za javno zdravje pri Ministrstvu za zdravje, M. Gruntar Činč, dr. med. V

živahni razpravi je bilo izpostavljeno, da je v Sloveniji potrebno boljše doreči epidemiološko spremljanje (predvsem ocene stanja, spremljanje trendov), pri čemer udeleženci srečanja pričakujejo večji poudarek tej dejavnosti s strani Inštituta za varovanje zdravja in Ministrstva za zdravje RS. Potrebujemo lastne podatke o antibiotični rezistenci za posamezne oddelke znotraj vsake bolnišnice. V te namene je potrebno še bolj poglobiti sodelovanje med mikrobiologi in kliniki ter bolje organizirati in posodobiti sistem medsebojnega poročanja na različnih ravneh. Potrebne so tudi povratne informacije o praktičnem delu klinikov in upoštevanju posredovanih analitičnih zbirnikov o dinamiki rezistence po povzročiteljih in odvzemnih mestih. Mikrobiologi pričakujejo popolnejše podatke o bolnikih, ki so potrebni za pravilno interpretacijo mikrobioloških preiskav. Menijo, da je tipizacija mikrobov smiselna le pod pogojem sočasnega nabora določenih kliničnih in epidemioloških podatkov.

K večji varnosti bolnikov bo prispevalo tudi dosledno izvajanje kontaktne izolacije, kadar je to potrebno, ter nadaljnje izobraževanje s področja preprečevanja bolnišničnih okužb. Pričakuje se, da bo Nacionalna komisija za bolnišnične okužbe, ki deluje pod okriljem Ministrstva za zdravje RS, enako kot za bakterije MRSA pripravila navodila tudi za obvladovanje bakterij VRE in bakterij z encimi ESBL.

Prof. M. Čižman, predsednik Komisije za smiselno rabo protimikrobnih zdravil, je strnil ugotovitve predstavnikov Evropskega centra za preprečevanje in nadzor bolezni (ECDC), ki so se pred kratkim med svojim delovnim obiskom v Sloveniji seznanili z delovanjem našega sistema na področju pravilne rabe protimikrobnih zdravil. Poudarili so, da je bilo na področju ugotavljanja in spremljanja odpornosti mikrobov do sedaj opravljenega veliko dela. Po drugi strani pa so ugotovili, da še nimamo na voljo nacionalnega poročila, ki bi vsebovalo podatke s področja humane in veterinarske medicine. S tem bi bilo spremljanje lokalne rezistence vključno s tipizacijo proti antibiotikom odpornih bakterijskih sevov bolj pregledno. Ugotovljeno je bilo tudi, da v Sloveniji ni rutinskega tipiziranja pri raziskavah izbruhov bakterijskih okužb. Za izvedbo teh nalog je potrebno izpopolniti organizacijo dela od Ministrstva za zdravje RS navzdol v zdravstvena delovišča, določitev nalog, izvajalcev, rokov izvedbe, potrebno pa je načrtovati in priskrbeti tudi finančna sredstva za vse omenjene naloge.

# Prvi WINFOCUS tečaj urgentnega ultrazvoka v Sloveniji

Štefek Grmec, Gregor Prosen

William Wordsworth je v pesmi Lines zapisal:

*Zdaj pa skoz blesk polživnega duha  
In mnogih, bežnih, medlih prepoznanj,  
V nečem, kar je kot žalosten nemir,  
Podoba duše znova oživi;  
Med tem, ko tu stojim, ne čutim zgolj  
sladkosti tega hipa, čutim več –  
da brana je, da je življenje v njem  
za dni prihodnje. To mi up budi...*

Ne bi mogli izbrati boljših uvodnih misli za 8. in 9. maj, ko je v organizaciji Centra za nujno medicinsko pomoč (CNMP) Maribor, Fakultete za zdravstvene vede (FZV) Univerze v Mariboru in Katedre za prvo in nujno medicinsko pomoč Medicinske fakultete Univerze v Mariboru v prostorih FZV potekal prvi tečaj urgentnega ultrazvoka v sodelovanju z organizacijo WINFOCUS. Tečaj nas je ne samo učil in nam ponudil »sladkost hipa«, temveč se je izkazal kot izhodišče za oblikovanje prihodnjih izobraževanj na področju urgentne medicine. Takšni dogodki nam resnično budijo up. Kot je zapisal Dane Zajc v enih od svojih pesmi: »...zdaj me spusti iz škripcev, iz primeža...«, se je osvobodila kreativnost resnice in v igri domišljije odprla neskončne variacije scenarijev pedagoških prijemov v urgentni medicini.

WINFOCUS (World Interactive Network Focused on Critical UltraSound) je vodilna znanstvena in strokovna organizacija za razvoj t.i. *point-of-care* (v neposredno oskrbo usmerjenega) ultrazvoka s prisotnostjo v več kot 60 državah. Je neprofitna krovna organizacija, ki vzpodbuja uporabo ultrazvoka v oskrbi kritično bolnega v vsakdanji klinični praksi ter pri raziskovanju na tem področju, izobraževanju in razvoju tehnologij. Vzpostavlja globalno mrežo strokovnih in akademskih inštitucij za razširitev uporabe ultrazvoka tako v predbolnišničnem okolju kot v intenzivnih enotah, peri- in pooperativni obravnavi.

Tečaj sta vodila prof. Luca Neri (bivši predsednik

združenja WINFOCUS, intenzivist iz Milana) in doc. dr. Radovan Radonjić (iz »Zavoda za hitnu i intenzivnu medicinu«, KBC Rebro, Zagreb). V vodstvu komaj nastale specializacije urgentne medicine se zavedamo izjemne pomembnosti stremljenja mladih za novimi znanji. Samo odlično usposobljen specialist, z globino in širino, bo lahko pomembno prispeval v zdravstveni sistem. Kot del primarne ravni zdravstvenega varstva se zavedamo odgovornosti, ki nam jo nalagata veliko število pacientov ter potreba po hitri, učinkoviti oskrbi, ki jo bo zdravstvena blagajna prenesla.

»Na mladih svet stoji«, zato nam je v izjemno čast, da je bilo več kot polovica udeležencev specializantov različnih strok.

Možnost organiziranja mreže s kontinuiranimi tečaji priznanih svetovnih strokovnjakov, ki so utemeljili nov pristop k ultrazvočni diagnostiki kritično bolnega, predstavlja ogromno pridobitev za razvoj urgentne medicine v Sloveniji. Omogoča nam, da v strokovnem, znanstvenem in akademskem pogledu sodelujemo z najelitnejšimi organizacijami in inštitucijami na tem področju. V današnjem svetu ne bo dovolj capljati za ostalimi in čakati, da nova spoznanja prikaplajo do nas, ampak si jih bomo morali aktivno pridelati in za svetlo prihodnost bodo dovolj dobri le najvišji cilji.

Teoretične osnove so na posameznih področjih predavali priznani domači strokovnjaki, katerih izjemno intuitivno poznavanje problematike urgentnega UZ sta priznala tudi tuja predavatelja. Še enkrat se zahvaljujemo in izražamo javno priznanje vsem predavateljem, ki so več kot izpolnili pričakovanja: asist. Mirjani Brvar, ki je predavala o osnovah UZ-tehnologije ter osnovah ultrazvoka abdominalna, asist. Tatjana Golob Gulič, ki je predstavila osnove ehokardiografije, še specializantoma, a nedvomno prihajajočima zvezdama: Andreju Bergauerju in Nini Kobilica, ki sta predstavila ultrazvok ožilja, ter asist. mag. Farisu Mujezinoviču, ki nam je podal osnove ultrazvoka v ginekologiji. Predavanja so bila seveda le uvod v vaje, za mnoge prvi (sistematični) stik z ultrazvokom. Prav tako izjemno srečo smo imeli tudi pri izbiri voditeljev praktičnih vaj, radiologinje Natalije Majcen (UZ abdominalna) in kardiologov Mateja Bernhardta ter Sama Grande (UZ srca). Dejstvo,

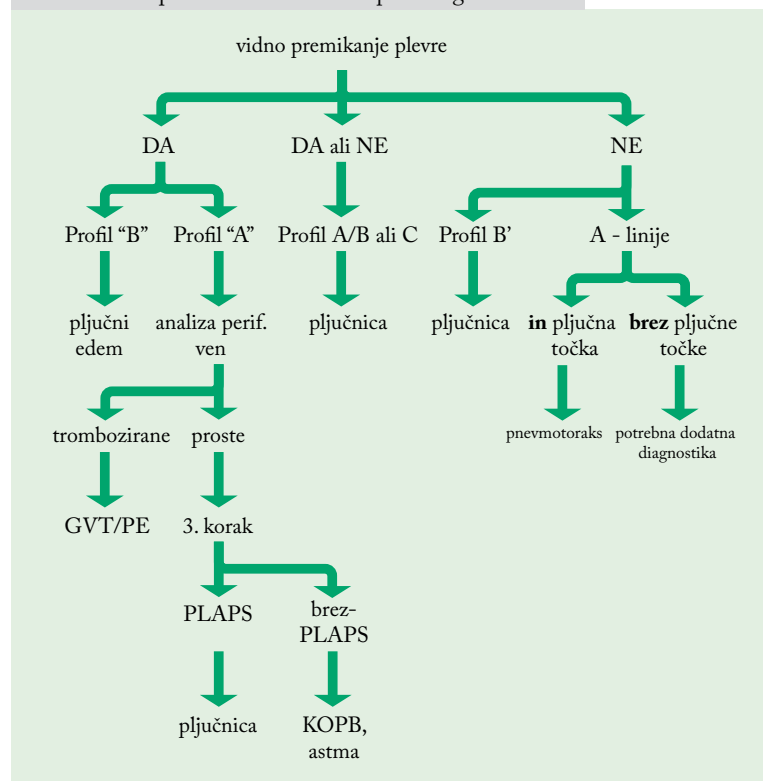
da so se vaje oba popoldneva zavlekle preko predvidenega časa, najbrž govori samo zase.

Prof. Neri in doc. Radonjić sta predstavila koncept *point-of-care* ultrazvoka v primarni, urgentni in intenzivni medicini, E-FAST (Extended-Focused Abdominal Sonography in Trauma), ultrazvočni pregled zgornjih dihalnih poti, »BLUE protokol« oz. ultrazvočni pregled pljuč ter praktično integracijo ultrazvoka v nadaljevalnih postopkih oživljanja in pri oskrbi poškodovanca. Interaktivni prikazi posameznih primerov so slikovito predstavili ključno vlogo ultrazvočnega pregleda pri diagnostiki in oskrbi kritično bolnega na terenu ali v intenzivni enoti. Koncept *point-of-care*, razvit pod okriljem organizacije WINFOCUS, vključuje ultrazvočni pregled neposredno v »A-B-C-D-E« pregled kritično bolnega, zato je v popolnem sozvočju z do sedaj uveljavljenimi algoritmi oživljanja in lahko prispeva neverjetno paleto dodatnih informacij, ki so v urgentnih stanjih mnogokrat odločilne za pacientov izhod. Tako primarna ali sekundarna oskrba, npr. poškodovanca, lahko z zelo visoko specifičnostjo izključita ali potrđita prisotnost pnevmo- ali fluidotoraksa, tamponade srca, okvirno ocenita srčno funkcijo in CVP, prisotnost proste tekočine v trebuhu ali pomembne tromboze v spodnjih okončinah. Revolucionaren (in razvit v idejni sredini ustanoviteljev organizacije WINFOCUS) pa je pristop k ultrazvoku pljuč, ki grobo ruši vse do še pred nekaj leti uveljavljene dogme o nezmožnosti takšne diagnostike. Naučili smo se tudi nekaj fantastičnih prijemov hitrega diagnosticiranja pnevmotoraksa, pljučnega edema, atelektaz in tekočine v prsni votlini. Piko na »i« kvantnega preskoka v UZ-pristopu kritično bolnega pa je dalo predavanje o ultrazvoku očesa, s katerim je možno z dokaj visoko natančnostjo oceniti, ali lahko gre za možgansko hipertenzijo (in ustrezno ukrepati).

Čeprav je v svetovni literaturi zapaziti razmah uporabe ultrazvoka v urgenci, so sistematični pristop k obravnavi ter algoritmi (za primer glej diagram), ki so jih razvili neodvisni avtorji pod okriljem organizacije WINFOCUS, tisto, zaradi česar verjamemo, da za (urgentno) medicino prihaja novo obdobje »vizualne« obravnave, za zdravnika veliko bolj povedne, za pacienta pa bolj varne in uspešne. Naslednji tečaj je predviden za november in bo uvod v kontinuirano organizacijo tečajev urgentnega ultrazvoka za potrebe urgentne in intenzivne medicine. Pripravljamo tudi tečaje za bodoče inštruktorje, ki bodo lahko vodili osnovne tečaje ultrazvoka po načelu *point-of-care*. Čeprav bi si morda kakšno zadevo želeli postoriti še bolje, vseeno ugotavljamo, da je prvi tečaj WINFOCUS v našem okolju izpolnil svoj namen. Verjamemo, da bodo tečaji urgentnega ultrazvoka pri nas postali stalnica in mladim ter malo manj mladim, a vedoželjnim zdravnikom omogočali razširitev dela.

Tečaj vsekakor ne bi uspel brez dela marljive organizatorske ekipe: Uroša Zafošnika, Zvonke Fekonja, Boštjana Zavernika ter Darka Čandra. Za pomoč se zahvaljujemo dekanu Fakultete za zdravstvene vede prof. dr. Petru Kokolu in tajnici Fakultete za zdravstvene vede asist. mag. Heleni Blažun pri organizaciji tečaja v njihovih prostorih. Prav kombinacija simulacijskega centra in novih tehnoloških možnosti ultrazvočnega pregleda na manikinih nam bodo v prihodnje omogočili pripravo učnih simulacijskih tečajev ultrazvočno vodenih dodatnih postopkov oživljanja pri srčnih zastojih in poškodovancih. Za pomoč in podporo pri organizaciji tečaja se zahvaljujemo tudi direktorju Zdravstvenega doma v Mariboru, asist. mag. Jerneju Završniku. Hvaležni smo tudi študentom Medicinske fakultete in Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, ki so potrpežljivo odigrali svojo vlogo modelov (premazanih z gelom) in nam tako omogočili, da se skupaj učimo biti uspešnejši zdravniki.

»Blue/modri« protokol obravnave dispnoičnega bolnika



# Prvi tečaj gorskega reševanja in urgentne medicine za zdravnike in reševalce v Nepal

*Iztok Tomazin*

V Katmanduju je od 23. do 29. maja 2009 potekal prvi tečaj gorskega reševanja in urgentne medicine za zdravnike in reševalce v Nepal. Nepal je ena najbolj goratih in težko prehodnih dežel, ponaša se tudi z najvišjimi in najzahtevnejšimi gorami na Zemlji. Himalaja, vse bolj pa tudi njeno barvito, razgibano vznožje, privablja vedno več alpinistov, popotnikov, turistov in drugih, ki svoj prosti čas preživljajo med najrazličnejšimi aktivnostmi v naravi, kar lahko ogroža njihovo zdravje, včasih tudi življenje. Takrat seveda potrebujejo čim hitrejšo in kakovostnejšo pomoč, ki pa je v Nepalju pogosto težko ali celo nedosegljiva.

V evropskih gorah smo ob nesrečah navajeni hitrega, učinkovitega posredovanja reševalnih služb, katerih člani ob sodelovanju medicinskega osebja kar najhitreje dosežejo mesto nesreče ne glede na vremenske in druge razmere, zaščitijo in oskrbijo pacienta ter ga, pogosto s pomočjo reševalnih helikopterjev, hitro prepeljejo v ustrezno zdravstveno oskrbo. Tako rešimo mnogo življenj. V Himalaji, kjer so pogoji najtrši, višine in razdalje pa največje, tega praktično ni. Gorska reševalna služba, z imenom Himalayan Rescue Association (HRA), je bila v Nepalju ustanovljena že leta 1973, vendar je njeno delovanje omejeno predvsem na preventivo in organizacijsko pomoč pri reševalnih transportih v gorah brez sodelovanja medicinskega osebja, pa še to najvišje do baznih taborov pod vrhovi Himalaje. Organizirajo tudi delovanje medicinskih postaj v vasi Feriče pod Everestom in v Manangu pod Anapurnami, ki zagotavljata predvsem pomoč za višinsko boleznijo zbolelim pohodnikom, deloma tudi domačinom. Specializiranih gorskoreševalnih ekip, kot jih poznamo v Evropi in nekaterih drugih razvitih državah, v Himalaji ni. Ponesrečeni člani odprav in trekningov so večinoma prepuščeni pomoči sopotnikov in solidarnosti morebitnih drugih odprav ali skupin. Nič drugače ni z domačini. Kdor se ponesreči ali hudo zboli v prostranih goratih predelih Nepala, ima zelo majhne možnosti za preživetje, saj pogosto traja več dni, da ga svojci ali sovaščani prinesejo do najbližje ceste, od tam pa so še dolge ure do bolnišnice. Pogosto se za reševalni transport niti ne odločijo, saj nimajo denarja za bolnišnično zdravljenje, solidarnostnega zdravstvenega zavarovanja pa v Nepalju ni.

Zaradi tujih zgledov in vsesplošnega napredka, pa tudi zaradi vse večjih potreb, si razvoja na tem področju vse močneje želijo tudi Nepalci. S pomočjo najbolj izkušenih

zdravnikov gorskih reševalcev želijo postaviti nove strokovne temelje za napredek in razvoj gorskega reševanja in nujne medicinske pomoči. Na prošnjo HRA je zato Medicinska komisija ICAR (ICAR MEDCOM) organizirala in izpeljala prvi tečaj gorskega reševanja in urgentne medicine za nepalske zdravnike in gorske reševalce po programu za pridobitev diplome gorske urgentne medicine.

ICAR je mednarodna zveza gorskoreševalnih organizacij, ki združuje veliko večino organizacij, ki se v svetu ukvarjajo z reševanjem v gorah in drugih težko dostopnih krajih. ICAR MEDCOM pa je organ v ICAR, ki združuje zdravnike, ki se ukvarjajo z gorskim reševanjem in urgentno medicino. Vsako državo oziroma reševalno organizacijo praviloma zastopa en zdravnik.

Zdravnikov inštruktorjev nas je bilo sedem – po eden iz Anglije, Nemčije, Italije, Avstrije, Norveške, Španije in Slovenije. Po specialnostih smo bili trije splošni zdravniki, ortoped travmatolog, kirurg, anesteziolog in športna zdravnica, vsi z bogatimi izkušnjami iz urgentne medicine, gorskega reševanja in poučevanja. Izbrani smo bili izmed najbolj aktivnih in izkušenih članov ICAR MEDCOM, kar je pomenilo veliko odgovornost in priznanje, slednje posredno tudi za matično organizacijo, v mojem primeru Gorsko reševalno zvezo Slovenije, katere predstavnik v ICAR MEDCOM sem.

Vsakemu zdravniku inštruktorju so bile dodeljene številne teoretične in praktične teme, ki smo jih obdelali na predavanjih in praktičnih vajah. Bil sem nadzornik in koordinator praktičnega dela tečaja, hkrati pa izvajalec naslednjih tem: Osnove gorskega reševanja s helikopterjem, Praktične vaje s helikopterjem, Etika pri gorskem reševanju, Možnosti in težave pri medicinski oskrbi na kraju nesreče v gorah,



Nepalski zdravnik prvič v življenju na vrvi.

Reševanje v visokogorju, Zdravljenje akutnih stanj v visokogorju, Višinska bolezen (fiziologija, etiologija, preventiva, terapija...), Obravnava primerov reševanj v visokogorju, Obravnava nesreč zmagarjev in jadralnih padalcev.

V Nepalju je bilo za tečaj veliko zanimanja, še posebej seveda v medicinskih in reševalnih krogih. Prijav je bilo mnogo več, kot smo lahko sprejeli udeležencev. Iz logističnih in drugih razlogov Nepalci tečaja niso mogli organizirati v gorah, zato je potekal na obrobju Katmanduja v športnem centru, ki se imenuje po Pasang Lamu, prvi Nepalki, ki se je povzpela na vrh Mount Everesta, vendar je med sestopom žal umrla. Center je za nepalske razmere odlično opremljen, s sodobno predavalnico in plezalno steno. Slovesnega odprtja so se udeležili predstavniki več ministrstev, vodstva in ustanoviteljev HRA ter številni drugi. Poudarili so, da z veseljem pričakujejo, da bo prisotnost mednarodno priznanih strokovnjakov obogatila znanje in dala nov zagon ter možnost napredka tako udeležencem tečaja in HRA kot organizaciji.

Tečaj je bil intenziven in naporen tako za predavatelje kot za 34 tečajnikov, med katerimi je bilo osem zdravnikov. Predznanje in izkušnje tečajnikov so bili zelo različni. Od zdravnikov z nekaj izkušnjami iz bolnišnične urgentne medicine do laikov skoraj brez medicinskega znanja in od šerp, ki so že priplezali na več osemtisočakov, vključno z Everestom, do nekaj takih, ki niso imeli nikakršnih gorniških izkušenj. Posebna popestritev zasedbe so bila tri simpatična dekleta dvajsetih let, ki so se lani v okviru nepalske ženske odprave povzpelle na vrh Everesta. Bile so med najbolj zagnanimi in uspešnimi udeleženci tečaja.

Sedem dni, od jutra do večera, najmanj 10 ur dnevno smo sistematično obdelovali predpisane teme po doktrini ICAR in ICAR MEDCOM. Največjo pozornost smo namenili nujnim stanjem v gorah, od oskrbe poškodb do obravnave



Udeleženci tečaja

drugih nujnih stanj, vključno z oživljanjem v različnih okoliščinah, seveda vse po smernicah ITLS, ATLS, BLS in ACLS. Poudarek je bil na specifični gorskoreševalnih služb – obravnavi višinske bolezni in zapletov, zmrzlin, reševalnih tehnikah, seznanitvi s sodobno opremo, diagnostiki in terapiji nujnih stanj v neugodnih gorskih okoliščinah itd. Seveda smo obdelali tudi etiko gorništvu in gorskega reševanja, preventivo in druge teme. Prikazali smo veliko primerov iz svoje bogate prakse.

Praktični del tečaja je potekal deloma v plezalnem vrtcu Balaju v bližini Katmanduja, deloma pa kar na umetni plezalni steni centra Pasang Lamu. Bilo je zanimivo, pogosto tudi zabavno, opazovati tečajnike, ki niso še nikoli plezali ali se spuščali po vrvi, kako so se z velikim strahom, pa še

večjo motivacijo, lotevali osnovnih alpinističnih veščin, seveda pod budnimi očesi inštruktorjev. Praktični del osnov dela s helikopterji smo opravili na skrbno zastraženem helikopterskem delu letališča Tribhuvan v Katmanduju. Z avstrijskim kolegom sva jim predstavila helikopterje, njihove nevarnosti in možnosti, vstopanje in izstopanje, postopke v izrednih primerih, načine komunikacije s posadko in drugo. Obilo smeha je povzročilo čisto resno vprašanje enega od tečajnikov, ali so sedaj usposobljeni za gorsko reševanje s helikopterjem.

Seveda smo jim predstavili tudi delovanje naših matičnih reševalnih služb s številnimi primeri iz prakse. Posebej jih je navdušilo helikoptersko reševanje in NMP, pa seveda tudi himalajske izkušnje nekaterih inštruktorjev. Prijetno nas je presenetila velika motiviranost, prijaznost, odprtost in sproščenost tečajnikov. Na koncu tečaja je bil pisni izpit, ki so ga pričakovali s strahom, zaključili pa z veseljem ob dejstvu, da ga je večina dobro opravila.

S pomočjo predvsem italijanskih in avstrijskih sponzorjev smo v Nepal prinesli precej medicinske in reševalne opreme, ki nam je služila za praktično delo na tečaju, na koncu pa smo jo podarili HRA, česar so bili zelo veseli. Zaradi skromnih finančnih možnosti Nepalcev smo večino stroškov potovanja in bivanja krili inštruktorji sami. Bilo nam je v čast in veselje, da smo lahko svoje znanje in izkušnje posredovali v deželi, ki ima najvišje in najzahtevnejše gore na Zemlji, kjer se dogaja vedno več nesreč in drugih nujnih stanj, hkrati pa je učinkovita, organizirana pomoč še v povojih.

Pred tečajem smo si inštruktorji, nekateri v spremstvu najdražjih, privoščili 12-dnevni trekking v gorovju Langtang – čudovito doživetje, utrjevanje prijateljskih vezi, spoznavanje domačinov in odkrivanje himalajskih lepote, vključno z vzponi na dva pettisočaka in dva skoraj pettisočaka.

Tečaj je bil odlično sprejet in medijsko odmeven, po splošnem mnenju je izredno uspel. Poleg posredovanja doktrin IKAR in drugega znanja ter izkušenj s področja gorskega reševanja in urgentne medicine smo navezali veliko koristnih stikov in prijateljstev.



# Strokovni posvet zdravnikov in medicinskih sester, ki izvajajo cepljenja v celjski regiji

Lucija Beškovnik, Alenka Trop Skaza

V Zdravilišču Laško smo se 7. maja 2009 v zgodnjem popoldnevu že tradicionalno zbrali zdravniki in medicinske sestre, ki izvajamo preventivna cepljenja v celjski regiji. Srečanje je organiziral Zavod za zdravstveno varstvo Celje in Center za nalezljive bolezni Inštituta za varovanje zdravja. Na letošnjem srečanju so bile predstavljene teme s področja prijavljanja in laboratorijskega potrjevanja bolezni, ki jih preprečujemo s cepljenjem, epidemiologija rotavirusnih okužb in cepljenje proti tem okužbam, zaščita tesnih kontaktov HBsAg-pozitivnih oseb ter novosti v Programu imunoprofilakse in kemoprofilakse za leto 2009.

Program srečanja je bil zanimiv in dobro obiskan. Tako kot vsako leto, so se srečanja udeležili predvsem pediatri in specialisti šolske medicine ter medicinske sestre, ki izvajajo obvezni program preventivnih cepljenj. Po uvodnem pozdravu je sledila predstavitev prve teme: Laboratorijsko potrjevanja bolezni, ki jih preprečujemo s cepljenjem. Veronika Učakar je predstavila epidemiološko sliko ošpic, rdečk, mumps in oslovskega kašlja v Sloveniji v zadnjih letih ter povzela algoritme pri obravnavi bolnikov s sumom na te bolezni. Poudarila je pomen aktivnega epidemiološkega spremljanja, pri katerem je nujno odkrivanje posameznih primerov. Za zdravnike je zelo pomembno, da so seznanjeni z možnostjo brezplačnih mikrobioloških preiskav ter primernimi kužninami za laboratorijsko identifikacijo povzročiteljev teh bolezni. V zadnjih letih v Sloveniji narašča starostno specifična incidenca oslovskega kašlja. Največ primerov bolezni je v starosti od 9 do 12 let. Do sedaj so otroci v skladu z imunizacijskim programom prejeli četrti odmerek cepiva proti oslovskemu kašlju v starosti od 12 do 24 mesecev. Naraščanje števila bolnikov v zadnjih letih pa je bil razlog za uvedbo 5. odmerka za otroke v 3. razredih osnovnih šol. Sicer so algoritmi z definicijami za prijavo in spremni listi za mikrobiološke preiskave za ošpice, rdečke, mumps in oslovski kašelj dostopni na spletni strani [www.ivz-rs.si](http://www.ivz-rs.si).

Sledila je predstavitev Eve Grilc, ki je govorila o epidemiološkem spremljanju rotavirusnih gastroenterokolitov. Rotaviroza, za katero je značilno bruhanje, driska, bolečine v trebuhu, povišana telesna temperatura in izotonična dehidracija, je lahko za otroka usodna. Največkrat zbolijo majhni otroci, stari od pol do dveh let. Ker se virus v visokih koncentracijah izloča z iztrebki, prenaša pa se neposredno z osebe na osebo in posredno preko onesnaženih površin, igrač, predmetov ter aerogeno iz izbruhane

mase ali fekalnih iztrebkov, je širjenje okužbe v kolektivih hitro in intenzivno. Pravih podatkov o incidenci rotavirusnih okužb v Sloveniji ni, čeprav je po zakonu o nalezljivih boleznih prijava obvezna. Zato podatki o prijavljenih primerih ne odsevajo dejanske epidemiološke situacije in bremena bolezni. Ukrepi za preprečevanje rotavirusov so relativno enostavni, poleg osnovnih higienskih ukrepov pa je na voljo tudi cepivo proti rotavirusnim okužbam.

V nadaljevanju je bil predstavljen prispevek Marte Grgič Vitek z naslovom Cepljenje proti rotavirusnim okužbam. V Sloveniji sta na voljo dve cepivi za peroralno aplikacijo. S cepljenjem se lahko prične pri šestih tednih otrokove starosti, zaključeno pa mora biti do 24. tedna. Cepi se z ustreznim številom odmerkov glede na navodila proizvajalca. Učinkovitost cepljenja je zelo dobra, saj cepivi v 90 do 100 odstotkih nudita zaščito pred hudo rotavirozo in v 74 do 85 odstotkih zaščiti pred rotavirusno drisko. Znaenkrat ni dokazov, ki bi kazali na večje tveganje za intusepcijo pri cepljenih otrocih oziroma na vzročno povezavo med cepljenjem in intusepcijo. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO position paper) priporoča vključitev cepljenja v cepilne programe v državah, kjer je pričakovati velik javnozdravstveni vpliv in kjer je na voljo ustrezna infrastruktura ter finance. Do sedaj so v Evropski uniji Belgija, Luxemburg in Finska uvedle cepljenje proti rotavirusnim okužbam v svoje redne programe cepljenja.

Alenka Trop Skaza je predstavila zaščito tesnih kontaktov HBsAg-pozitivnih oseb. Hepatitis B največkrat poteka subklinično ali asimptomatsko. Okuženi ljudje so edini rezervoar virusa, visoke koncentracije virusa so v krvi, serumu, eksudatih ran, semenski tekočini, vaginalni sluzi in slini predvsem pri akutno okuženih in pri HBsAg-pozitivnih oseb. Endemska področja za hepatitis B so zlasti Srednja



Dvorana je bila napolnjena do zadnjega sedeža.

in Južna Amerika, jugovzhodna Azija, Podсахarska Afrika, Grenlandija in jugovzhodna Evropa. O kroničnem nosilstvu govorimo takrat, ko je HBsAg prisoten v serumu več kot 20 tednov po akutnem obdobju bolezni. Kronično nosilstvo se razvije pri 5 do 10 odstotkih odraslih in pri 90 odstotkih otrok, ki se okužijo ob rojstvu. V svetu živi približno 350 milijonov trajnih nosilcev HBsAg.

V Sloveniji je bilo obvezno preventivno cepljenje otrok pred vstopom v osnovno šolo uvedeno v nacionalni program v letu 1998. Poleg te skupine in ogroženih zdravstvenih delavcev je preekspozicijsko cepljenje obvezno za osebe, ki nimajo niti antigena niti zaščitnih protiteles in živijo v tesnem stiku z osebami, ki so HBsAg-nosilci, prav tako je cepljenje obvezno za hemodializne bolnike, osebe z motnjami v duševnem in telesnem razvoju, hemofilike, za i.v. uživalce drog, za bolnike s kroničnim obolenjem jeter, za HIV/AIDS-bolnike ter za bolnike s spolno prenosljivimi boleznimi in njihove spolne partnerje.

Zadnjo temo na srečanju, Novosti v imunizacijskem programu za leto 2009, je predstavila Veronika Učakar. Kot že omenjeno, je novost uvedba 5. odmerka cepiva proti oslovskemu kašlju, in sicer zamenjava dvovalentnega cepiva proti davici in tetanusu s trivalentnim cepivom proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju. Revakcinacija je obvezna za učence, ki v šolskem letu 2009/2010 obiskujejo 3. razred osnovne šole. Revakcinacija proti oslovskemu kašlju je potrebna tudi pri zdravstvenih delavcih, ki delajo na oddelkih z najbolj ogroženimi skupinami (novorojenčki, nedonošenčki, dojenčki). Cepljenje se opravi enkrat s kombiniranim trivalentnim cepivom za odrasle, ko od zadnjega odmerka proti davici in tetanusu mineta najmanj dve leti.

Novost v Programu je tudi financiranje stroškov cepiva

proti gripi za vse osebe, ki imajo kronične bolezni obtočil (razen arterijske hipertenzije), dihal, sečil, jeter, metabolne bolezni, nekatere živčno-mišične in vezivne bolezni, maligna obolenja, nekatere bolezni krvi in krvotvornih organov, bolezni, ki slabijo imunski odziv, ter za osebe, starejše od 65 let. Glavni cilj cepljenja proti gripi je preprečiti bolezni s težko klinično sliko ter zaplete zlasti pri kroničnih bolnikih in starejših od 65 let. V Sloveniji še daleč ne dosegamo cilja Svetovne zdravstvene organizacije, in sicer 75-odstotne precepljenosti teh skupin prebivalcev. Pri nas je proti gripi v zadnjih petih letih cepljenih od 24 do 34 odstotkov oseb, starejših od 65 let. Zadnja predstavljena novost je bila uvedba cepljenja proti okužbam s humanimi virusi papiloma (HPV). Cepljenje se bo izvajalo kot neobvezno ob sistematskem pregledu pri deklicah v starosti 11 do 12 let, ki v šolskem letu 2009/2010 obiskujejo 6. razred osnovne šole. Cepljenje se bo opravilo s tremi odmerki cepiva. Naknadno je bil program dopolnjen z izbiro štirivalentnega cepiva.

Srečanje smo po živahni razpravi zaključili s prijetnim poznim kosilom in spoznanjem o pomembnosti tovrstnih srečanj, na katerih se izmenjujejo praktične izkušnje in nova spoznanja, povezana s cepivi in cepljenjem.

Parodontološko srečanje

# Europario 6

Erika Cvetko, Rok Gašperšič

Evropska federacija za parodontologijo (EFP) prireja vsako tretje leto s podporo evropskih nacionalnih združenj v enem od evropskih mest mednarodno strokovno prireditev Europario. Letošnja prireditev, Europario 6, ki je potekala od 2. do 4. junija, je bila organizirana v okolju, ki velja za svetovno zibelko parodontologije in stomatološke implantologije – v Stockholmu na Švedskem.

Več kot 6000 prijavljenih splošnih zobozdravnikov, zobozdravnikov specialistov in ustnih higienikov iz Evrope in drugih koncev sveta je bilo razlog, da so sicer pregovorno racionalni Švedi prireditev organizirali na enem izmed največjih razstavnih prostorov na svetu, imenovanem Stockholmsmässan. Prireditve se je udeležilo tudi več kot 30 udeležencev iz Slovenije.

Otvoritveno slovesnost si bomo udeleženci zagotovo zapomnili po vsaj treh stvareh. Prva je simpatični zborček v škrbaste Vikinge oblečenih pevcev, ki so večtisočglavo množico, zbrano v največji skandinavski dvorani, vzpodbudili k petju znanega napeva »My Bonnie lies over the ocean«. Druga je pozdravni nagovor predsednika EFP, akademika prof. dr. Uroša Skaleriča, ki je poudaril, da bo znanje, pridobljeno na Europario 6, zagotovo vodilo k boljšemu in učinkovitejšemu preprečevanju, razpoznavi in zdravljenju parodontalne bolezni ter s tem k izboljšanju zdravja ustne votline in sistemskega zdravja. Akademik prof. Skalerič je tudi izpostavil pomembnost poenotene in kakovostnega programa dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja v Evropi ter prizadevanja za priznanje specializacije iz parodontologije in poklica ustnih higienikov v vseh evropskih državah. Tretja pa je predavanje z naslovom *Moment of truth* avtorja Mattiasa Kluma, v Upsali živečega Šveda, enega od vodilnih svetovnih fotografov, ki svoje fotografije redno objavlja v reviji National Geographic, ter avtorja knjig in dokumentarnih filmov o življenju in divjini. Poslušalci smo lahko res uživali ob izjemnih fotografijah, ki so ponazarjale občutljivost naravnega ravnovesja in skozi njihovo lepoto spoznavali prednosti in nuje ohranjanja naravnega pred umetnim. Odlično predstavljeno in dokumentirano predavanje je bilo tako najboljši uvod v strokovni del seminarja.

Strokovni program je potekal hkrati v 11 dvoranah, zato je bilo včasih res težko izbrati med predavanji številnih ugle-dnih svetovno priznanih strokovnjakov, ki so v 108 predavanjih predstavili najnovejša dognanja in sodobne poglede s področij parodontologije in dentalne implantologije. Predavanja so bila razporejena v sklope, ki so obravnavali etiologijo in patogenezo parodontalne bolezni, povezavo med parodontalno boleznijo in sistemskimi boleznimi

(parodontalna medicina), zdravljenje parodontalne bolezni, regeneracijo obzobnih tkiv, mukogingivalno kirurgijo in dentalno implantologijo. Zelo odmevno je bilo predavanje doc. dr. Borisa Gašpirca, ki je poročal o lastnih rezultatih uporabe Er: Yag laserja pri zdravljenju parodontalne bolezni. Program predavanj je dopolnjevalo še dodatnih 695 prispevkov, predstavljenih v obliki plakatov, med katerimi so jih pet predstavili tudi avtorji iz Slovenije.

Med vodilne ideje, ki so bile predstavljene v teh sklopih predavanj, je možno strniti naslednje:

Zaradi številnih dokazov o povezavi med parodontalno boleznijo pri odraslih in srčno-žilnimi boleznimi, sladkorno boleznijo, pljučnimi boleznimi in nizko porodno težo novorojenčkov vse bolj prihaja v zavest spoznanje, da je preprečevanje in zdravljenje parodontalne bolezni nujno tudi z medicinskega vidika, saj zmanjša tveganje za nekatere sistemske bolezni ter olajša njihovo zdravljenje.

Posledica izboljšanja ustnega zdravja in staranja populacije je, da starostniki ohranjajo vedno večje število lastnih zob. Za učinkovito stomatološko obravnavo starostnikov je potrebno poznavanje sistemskih bolezni, povezave sistemskih bolezni in bolezni ustne votline ter sodelovanje zobozdravnikov z ustnimi higieniki, zobozdravniki specialisti in zdravniki drugih specialnosti.

Bakterije v zobnih oblogah tvorijo biofilm, v katerem komunicirajo med seboj in sproščajo snovi, ki jih ščitijo pred gostiteljevim imunskim odzivom in protimikrobnimi zdravili. Mehanska odstranitev biofilma zmanjša število bakterij in spremeni njihovo sestavo, zato je še vedno najuspešnejši način zdravljenja parodontalne bolezni pri večini pacientov. Za preprečitev ponovne naselitve bakterij v subgingivalni predel sta odločilni učinkovita ustna higiena pacienta ter pravilno načrtovano in kakovostno izvajano podporno parodontalno zdravljenje, ki mora biti načrtovano na osnovi ocene dejavnikov tveganja za ponovitev bolezni.

Lokalno dovajanje protimikrobnih zdravil v subgingivalni prostor je zamudno in drago, sistemsko dovajanje protimikrobnih zdravil pa spremlja vse večje naraščanje števila bakterijskih vrst, odpornih na protimikrobna zdravila. Rezultati raziskav so sicer pokazali ugodne izide parodontalnega zdravljenja, če je mehansko odstranjevanje zobnega plaka spremljalo sistemsko antibiotično zdravljenje, vendar je sistemsko antibiotično zdravljenje s kombinacijo amoksicilina in metronidazola uspešno in upravičeno le pri pacientih, pri katerih konvencionalno zdravljenje ni uspešno.

Cilj luščenja in glajenja zobne korenine je gladka površina korenine brez trdih zobnih oblog in biofilma, ki je biološko



Akademik prof. dr. Uroš Skalerič, predsednik Evropske federacije za parodontologijo, med nagovorom ob odprtju prireditve Europerio 6.



Udeleženci prireditve Europerio 6 pred Kraljevo palačo v Stockholmu.

sprejemljiva za celjenje in novo prirastišče. V ta namen se uporablja tudi fotodinamično zdravljenje. Kljub spodbudnim prvim rezultatom so pred vključitvijo fotodinamičnega zdravljenja v klinično prakso potrebne nadaljnje klinične raziskave.

Protimikrobni peptidi, izolirani iz mikroorganizmov, nakazujejo možnost njihove uporabe pri zdravljenju parodontalne bolezni, vendar so potrebne nadaljnje raziskave, ki bodo ovrednotile možnost njihove klinične uporabe.

Kljub obsežnemu številu študij je poznavanje procesov celjenja parodontalne rane in regeneracije obzobnih tkiv pomanjkljivo, uspešna regeneracija obzobnih tkiv pa ostaja izziv za nadaljnje raziskave. Izidi objav kažejo, da uporaba membran za vodeno tkivno regeneracijo, različnih rastnih dejavnikov, kostnih preoblikovalnih beljakovin, fibronektina in drugih sestavin le delno izboljša izid zdravljenja.

Namen prekrivanja zobnih korenin z različnimi tehnikami je doseči izboljšanje estetike s predvidljivim zmanjšanjem umika dlesni in doseči popolno prekritje korenine. V zadnjih desetletjih so bile predlagane različne kirurške tehnike: vezani režnji (koronarno in lateralno pomaknjeni), vezivotkivni presadki in različne regenerativne tehnike (uporaba membran in derivatov skleninskega matriksa). Sistematični pregled objav je pokazal veliko variabilnost izidov zdravljenja, pri katerem so avtorji uporabljali enako metodo prekrivanja.

Oskrba z zobnimi vsadki je vse pogostejši način nadomeščanja manjkajočih zob. Kljub 95-odstotnem preživetju v času 10 let se pri 28 do 56 odstotkih pacientov pojavi v obdobju od 5 do 10 let po namestitvi vsadka vnetje in razgradnja tkiv ob vsadku (mukozitis, periimplantitis). Raziskave so pokazale, da je po kirurški odstranitvi okužbe ob vsadku mogoče doseči ponovno osteointegracijo in z različnimi kirurškimi pristopi doseči popolnitev kostnih okvar. Prikazani so bili različni novi pristopi za izboljšanje anatomskega stanja za vstavitve zobnih vsadkov. Z namenom izboljšanja osteointegracije, osteoindukcije s hitrejšo obnovo kosti in krajšim časom celjenja ter možnostjo vstavitve vsadka v predele kosti s suboptimalno kakovostjo se raziskave osredotočajo na izboljšanje površine zobnih vsadkov. Za dolgotrajno ohranitev zobnih vsadkov z zdravimi tkivi ob vsadku je ob ustreznem načrtu zdravljenja, kirurški vstavitvi vsadka in protetični nadgradnji odločilna ustrezno načrtovana in izvedena vzdrževalna faza.

Predavanja so nam dala številna nova znanja, po drugi strani pa odprla tudi številna nova vprašanja. Zato se že veselimo naslednjega srečanja Europerio 7, ki bo potekalo od 7. do 9. junija 2012 na Dunaju. Glede na bližino srečanja smo prepričani, da bo udeležba Slovencev še številčnejša.

# Interdisciplinarna obravnava bolnikov s skeletnimi nepravilnostmi obraza

*Aleksander Sapač*

Na predlog Združenja za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije ter Slovenskega ortodontskega društva je 7. marca 2009 v prostorih Gospodarske zbornice Slovenije potekalo strokovno srečanje »Kombinirano ortodontsko-kirurško zdravljenje skeletnih nepravilnosti obraza«. Vodila sta ga avstrijska strokovnjaka prof. dr. Gert Santler in doc. dr. Fritz Byloff. Udeleženci so bili specialisti in specializanti čeljustne in zobne ortopedije, maksilofacialne in oralne kirurgije, zdravniki in zobozdravniki.

Prof. dr. Gert Santler je specialist maksilofacialne kirurgije in predstojnik katedre za maksilofacialno kirurgijo v Welsu, Avstrija. Inovator številnih metod zdravljenja ter avtor številnih publikacij na področju ortognate kirurgije, rekonstrukcijske kirurgije, 3D-navigacije kot pomoč med kirurškim posegom, kirurgije čeljustnega sklepa, distrakcijske osteogeneze in orbitalne kirurgije.

Doc. dr. Fritz Byloff je specialist čeljustne in zobne ortopedije. Deluje kot gostujoči učitelj na univerzi v Ženevi in Sydneyu. Njegove raziskave so bile objavljene v vodilnih svetovnih strokovnih revijah. Je član uredniških odborov American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics in Journal of Orofacial Orthopedics. S svojim bratom vodi zasebno prakso v Gradcu v Avstriji.

Predavatelja sta izmenjaje predstavila teoretične osnove načrtovanja interdisciplinarnega ortodontsko-kirurškega zdravljenja, katerega cilj je vzpostavitev normalnega funkcionalnega griza z zdravimi zobmi in obzobnimi tkivi, harmoničen obraz, stabilna čeljustna sklepa in optimalna dihalna pot. Predstavljeni so bili številni klinični primeri s slikovnim materialom in filmi kirurških posegov. Poudarila sta pomen diagnostičnih postopkov, pregled čeljustnega

sklepa, analize obraza v navpični, vodoravni in prečni ravnini, zob in intraoralnih struktur, analize študijskega modela, analize fotografij ter rentgenskih posnetkov. Uspešno načrtovanje lahko sledi le pravilni diagnozi, ta pa olajša odločitev, ali pacienta zdraviti ortodontsko ali mu predlagati kombinirano ortodontsko-kirurško zdravljenje. Pri pacientih z nepravilnostjo, ki je tako obsežna, da z modifikacijo rasti oz. z dentalnim prekritjem ne moremo doseči zgoraj omenjenih ciljev, se odločimo za kombinirano ortodontsko-kirurško zdravljenje. Kirurgija ni zamenjava za ortodontsko zdravljenje, ampak mora biti skrbno kombinirana z ortodontsko obravnavo za boljši in stabilnejši rezultat.

Doc. dr. Byloff je prikazal ortodontsko pripravo za interdisciplinarno zdravljenje pri različnih vrstah nepravilnosti. Cilj priprave je ureditev zob in zobnih korenin v skladna zobna loka. Navedel je indikacije za ekstrakcije zob, za odstranitev tretjih molarjev, v katerih primerih širimo zgornjo čeljust, opisal je vrste žičnih lokov, ki jih uporabljamo pri kirurškem posegu, in kako ugotavljamo skladnost zobnih lokov s pomočjo študijskih modelov. Priporoča rutinsko uporabo interokluzalnega splinta v času operacije in vse do zamenjave operacijskih lokov z lažjimi loki 017 x 025 TMA, ki jih namesti štiri tedne po operaciji. V tem času pacientu imobilizira čeljustnici s pomočjo elastičnega med zobnima lokoma. Bolnik prihaja k ortodontu na kontrolne preglede na tri tedne. Ortodontsko zdravljenje je primerno zaključiti najkasneje v šestih mesecih po kirurškem posegu.

Prof. dr. Gert Santler je predstavil različne kirurške tehnike. Za pomik spodnje čeljustnice priporoča sagitalno razkolno osteotomijo (po Obwegeser-DalPontu) z ali brez genioplastike, za pomik zgornje čeljustnice pa LeFort

## Odločilni znanstveno-raziskovalni preboj

Nina Mazi

Armada znanstvenikov na vseh celinah si v visokospecializiranih, vrhunsko opremljenih visokotehnoloških laboratorijih zavzeto prizadevajo, da bi odkrile zdravilo, cepivo ali vsaj sredstvo za preprečevanje in lajšanje težav bolnikov, zbolelih za rakom, aidsom, Alzheimerjevo in Parkinsonovo boleznijo, kronično utrujenostjo itd. Največje upanje znanstvenikov trenutno vzbuja nanotehnologija. S pomočjo minimalnih delcev, nanotehnološke medicine, bo mogoče pospešiti razvoj diagnostike in terapije, pa tudi preventive. S pomočjo nanotehnoloških prenašalcev bo mogoče bolj učinkovit, ciljni prenos zdravila naravnost v prizadete celice (njihova jedra) in tkiva. Tako bo terapevtski učinek mogoče zagotoviti s precej nižjimi odmerki zdravila kot danes. Organizem bolnika bo pri tem izpostavljen manjšemu tveganju zaradi nevarnih stranskih učinkov, zmanjšala pa se bo tudi poraba dragih zdravil. Nanotehnologija bo tako hkrati koristila bolnikom in zdravstveni blagajni. Farmaceutska industrija pa bo posledični izpad dohodka morala pokriti z dosežki na področju raziskav in razvoja.

Vir: MedicineToday



Predsednica Slovenskega ortodontskega društva doc. dr. Martina Drevenšek, predavateljca doc. dr. Fritz Byloff, prof. dr. Gert Santler in predlagateljica strokovnega srečanja prof. dr. Vesna Koželj (z leve).

I osteotomijo. Opisal je tudi distrakcijsko osteogenezo, ki temelji na manipulaciji kostnega celjenja, kjer osteotomiran del kosti raztegujemo, preden se le-ta kalcificira.

Avtorja sta predstavila tudi postopke zdravljenja shiznih pacientov po protokolu Univerze v Oslu, Norveška: ustnico in trdo nebo operirajo pri treh mesecih, mehko nebo pri osemnajstih mesecih, med osmim in enastim letom pa v shizo vstavijo kostni vsadek. Le-ta naj bo obremenjen, saj se v nasprotnem primeru resorbira. Najbolje je, če skozi kostni vsadek izraste stalni podočnik. Pri zapiranju shizne poke si lahko pomagamo s segmentno kostno distrakcijo.

Do nedavnega je bilo v ortodontski literaturi opisano, da ortopedsko širjenje zgornje čeljusti pri odraslih ni mogoče, in sicer zaradi zaraščenih sutur. Zato je bilo pogosto v uporabi širjenje zgornje čeljustnice s pomočjo kirurškega posega. Avtorja sta opozorila na raziskavo Chesterja S. Handelmana s sodelavci (2000), ki je pokazala, da je s pomočjo aparata po Haasu možno uspešno in varno razširiti maksilo v transverzalni smeri tudi pri odraslih.

Prof. Santler nam je podrobno prikazal 3D-simulacijo s 3D-intraoperativno navigacijo pri bimaksilarnih posegih s pomočjo aparature 3D COSMOS. Aparatura omogoča natančno diagnozo, ki vodi do krajšega in natančnejšega posega, zahteva pa daljši čas načrtovanja, računalniško tomografijo (CT s konusnim snopom) in izdelavo 3D-modelov kraniofacialnega

kompleksa. Primerna je za zahtevnejše primere, saj je pacient izpostavljen dodatnemu rentgenskemu sevanju in tudi stroški preiskave so visoki.

Avtorja sta opisala tudi zaplete, ki nastanejo med kombiniranim ortodontsko-kirurškim zdravljenjem. Poslabšanje stanje po obravnavi – recidiv pri kirurških posegih se zgodi v približno 10 odstotkih. Najbolj nestabilni so pomiki spodnje čeljustnice nazaj, maksile navzdol in širjenja maksile. Zato vsaki terapiji sledi trajno obdobje retencije, ki predstavlja velik izziv vsakemu zdravniku.

Na koncu sta avtorja poudarila vse bolj uveljavljeno »paradigmo mehkih tkiv« (Sarver, 1998, Ackerman in Proffit, 1997), ki se uporablja pri načrtovanju ortognatskih posegov. Predstavlja drugačen vidik načrtovanja, ki daje večji pomen mehkim tkivom obraza in šele zatem dentalnim in skeletnim idealom. Obrazno lepoto z lahkoto spoznamo, težje pa določimo dejavnike zanjo. Le-ti predstavljajo vodilo pri načrtovanju pacientov različnih spolov, etničnih in starostnih skupin.

Predavateljca sta nam poglobila znanje o diagnostičnih postopkih, skupnem načrtovanju in o metodah ortodontsko-kirurškega zdravljenja.

# 85. kongres Evropskega ortodontskega društva

*Rade Pavlovič in Daniela Kramberger*

V Helsinkih na Finskem je od 10. do 14. junija 2009 potekal letošnji, že 85. kongres Evropskega ortodontskega društva (EOS – European Orthodontic Society). Gostitelji so nas pripravljali na hladno in deževno vreme, vendar je bilo vreme ves čas prijetno, brez dežja, kot prijazni gostitelji pa so se izkazali tudi pregovorno zadržani Finci. Kongresa smo se v velikem številu udeležili tudi slovenski ortodonti in specializanti ortodontije, saj bo naslednje leto kongres EOS v Portorožu, v kongresnem centru Bernardin. To je velika čast in priznanje slovenski ortodontiji in hkrati promocija Slovenije.

Kongres je bil vsebinsko in organizacijsko dobro pripravljen in je potekal po ustaljenem protokolu. Potekale so tudi živahne predkongresne aktivnosti. Predkongresni tečaj z naslovom »Uporaba mini vsadkov v ortodontiji« je bil dobro obiskan, saj so mini vsadki razmeroma nova tehnika v ortodontiji, ki omogoča dobro sidrenje v vseh treh dimenzijah. Udeleženci so na tečaju spoznali teoretične osnove namestitve, mehanizem delovanja implantatov kot začasnih kostnih sider, klinično uporabo in praktični prikaz namestitve na tipodontu.

Specializantom ortodontije je bil namenjen poseben tečaj z naslovom »Multidisciplinarna obravnava pacientov s shizami od rojstva do zaključene rasti«. Shize oziroma razcepi neba in ustnice so terapevtsko zelo zahtevna razvojna nepravilnost. Zdravljenje je dolgotrajno in zahteva multidisciplinarni pristop, ki vključuje specialiste različnih strok (maksilofacialne kirurge, ortodonte, logopede, protetike...). Predstavljena je bila vloga sodelujočih specialistov in poudarjeno delo ortodonta kot pomembnega člana v obravnavi shiznega pacienta. Ortodonti so predstavili posebnosti zobovja, rasti in razvoja obraza ter skeleta pri pacientu z razcepom in problematiko, ki temu sledi, predvsem manjkajoči zobje, primanjkljaj kosti in zaostanek v rasti zgornje čeljusti. Predstavljene so bile terapevtske možnosti v različnih starostnih obdobjih.

Pred uradnim pričetkom je potekala za Slovence pomembna seja upravnega odbora EOS, na katerem je dosedanja predsednica prof. dr. Irma Thesleff uradno predala predsedovanje EOS naši predstojnici Centra za čeljustno in zobno ortopedijo, doc. dr. Maji Ovsenik. Slavnostna predavanja predsedovanja je potekala na slovesni večerji, na katero so bili povabljeni udeleženci kongresa in častni gostje, med drugim tudi slovenski ambasador na Finskem g. Tone

Kajzer. Na sprejem pri slednjem so bili prijazno povabljeni tudi naši predstavniki doc. dr. Maja Ovsenik, prof. dr. Franc Farčnik in Miroslav Milačić, dr. dent. med.

Odprtje kongresa po tradiciji pripada predavanju v spomin Sheldona Friela. Tokrat je predaval danski ortodont dr. Sven Kreiborg, predavanje pa je imelo naslov »Pravilen in nepravilen razvoj kraniofacialnega sistema«. To je področje, s katerim se predavatelj iz Københavna s svojo ekipo ukvarja že 50 let, s poudarkom na normalnem razvoju in predvsem na tem, kar razumemo kot odstopanje od normalnega razvoja, s pomočjo sodobne 3D-tehnike. Sledilo je slovesno odprtje kongresa, na katerem je ritmično-gimnastična skupina (so evropski in svetovni prvaki) pripravila veličastno predstavo, ki ji je sledila zabava, namenjena skupnemu druženju.

V obeh naslednjih dneh kongresa so potekala predavanja v dveh predavalnicah in vsak udeleženec je imel možnost izbire, glede na svoje interese in želje. Teme so bile zanimivo zastavljene, tako da so nam predavatelji iz različnih koncev sveta predstavili svoje raziskave in dosežke. Velik poudarek so imele sodobne tehnike diagnosticiranja, ki temeljijo na 3D-tehnikah in bodo v prihodnje zamenjale klasično fotografijo in mavčne modele. Predstavljene so bile teme, kot so: kaj kontrolira rast obraza, evolucija in izginjanje močrostnikov, vpliv na kondilarno rast, kako izmeriti kirurško

Naši predavatelji na kongresu: Alja Meh, dr. dent. med., asist. Jure Volk, dr. dent. med., asist. Jasmina Primožič, dr. dent. med. (z leve).





Nova predsednica EOS doc. dr. Maja Ovsenik in bivša predsednica prof. dr. Irma Thesleff (z leve).

izboljšanje estetike obraza, dinamika obraza, ortodontija pri odraslih pacientih, ortognata kirurgija, molekularni in celični mehanizem ortodonskega premika zob in vloga osteocitov.

Slovenijo so s predavanji uspešno zastopali trije specializanti: asist. Jure Volk s predavanjem »Zgodnje zdravljenje enostranskega funkcionalnega križnega griza (EFKG)«, ki je obravnaval položaj jezika na ustnem dnu kot vzročni dejavnik. Namen študije je bil objektivno prikazati položaj jezika pred zdravljenjem in po njem in ga primerjati z normalnim mlečnim zobovjem. V študiji je bila uporabljena 3D ultrazvočna diagnostika kot neinvaziven, otrokom prijazen diagnostični pripomoček. Asist. Jasmina Primožič je v prispevku »Tridimenzionalno vrednotenje zgodnje obravnave križnega griza (KG)« prikazala, da zgodnje zdravljenje KG že v mlečnem zobovju izboljša obrazno simetrijo, saj pride do povečanja palatinalnega volumna, primerljivega s tistim pri otrocih brez KG. Alja Meh se je predstavila z raziskovalno temo »Vpliv histaminskih

antagonistov na pregradnjo kosti med ortodonskimi premiki zob pri podgani«. Raziskava je pokazala, da histaminski antagonisti vplivajo na ortodonske premike.

Med kongresom so si udeleženci lahko na razstavi ogledali številne znanstvene in klinične posterje in tudi tu smo se Slovenci izkazali, saj so poleg doc. dr. Maje Ovsenik in doc. dr. Martine Drevenšek posterje pripravili še specializanti Jasmina Primožič, Maristela Mallinger, Rade Pavlovič, Sanda Lah Kravanja, Staša Melink, Alenka Krišelj, Vesna Božnik ter Špela Sprogar in študenti Eva Vehovec, Miha Verdenik ter Dunja Selan. Na kongresu smo si lahko ogledali tudi bogato dentalno razstavo, ki je predstavljala trenutne trende glede dentalnih materialov in sodobnih ortodonskih tehnik. Glavni sponzor kongresa je bil tradicionalno Forestadent.

Udeležence kongresa je predstojnica Oddelka za čeljustno in zobno ortopedijo, doc. dr. Maja Ovsenik, kot nova predsednica EOS povabila na prihodnji kongres EOS v Portorož in jim s kratkim filmom predstavila Slovenijo.

Ob večerih so potekale družabne prireditve. Posebno za specializante je bil pripravljen večer ob disko glasbi. Pri družabnih igrah, na tekmovanju za Silver Mill (srebrni mlin), smo se Slovenci odlično izkazali, saj sta zmagala naša tekmovalca, zakonski ortodontski par Stanka in Leon Herman. Na tradicionalnem Forestadentovem turnirju golfa je naša predstavica Sanda Lah Kravanja, dr. dent. med., zasedla odlično tretje mesto, prvo mesto pa je prav tako odnesel slovenski golfist, g. Matjaž Ovsenik.

Zadnji dan je organizator udeležence popeljal na izlet po deželi jezer in iglastih gozdov, kot imenujejo Finsko. Obiskali so rojstno hišo velikega finskega skladatelja Jana Sibeliusa, ki je spremenjena v muzej in stoji ob krasnem jezeru Tuusula, v bližnji slikoviti cerkvi pa so prisluhnili koncertu mlade harfistke.

V Ljubljano smo se vračali zadovoljni, saj je bil kongres strokovno in organizacijsko zelo dobro pripravljen, hkrati pa smo lahko zadovoljni, da slovenska ortodontija ne zaostaja za evropsko in se lahko postavi ob bok vsem drugim, ki so sodelovale na kongresu.



Poročilo

# Svet Evropske zveze za ginekologijo in porodništvo v Budimpešti

Živa Novak Antolič

13. in 14. junija 2009 je bil v Budimpešti sestanek Sveta Evropske zveze za ginekologijo in porodništvo (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology – EBCOG).

To poročilo pišem v revijo Isis, ker bo tako prišlo v roke članom vseh žal zelo številnih združenj, sekcij in društev na področju porodništva in ginekologije, ki jih imamo v Sloveniji. Žal pravim zato, ker na ta način nismo močno združenje, ki bi bilo enakopraven sogovornik. Trenutno je 324 aktivnih (vseh pa 398 – podatki ZZS, julij 2009) ginekologov Slovenije razcepljenih v naslednjih enotah:

- Združenje za perinatalno medicino SZD (predsednica asist. dr. Tanja Premru Sršen, dr. med.)
- Združenje za senologijo SZD (predsednica dr. Darja Arko, dr. med.)
- Sekcija specializantov ginekologije in porodništva SZD (SATOG, predsednica Kristina Drusany Starič, dr. med.)
- Združenje za ambulantno ginekologijo SZD (predsednica Marija Ilijaš Koželj, dr. med.)
- Združenje za rabo ultrazvoka SZD (predsednik akad. prof. dr. Veljko Vlasisavljevič, dr. med.)
- Društvo za uroginekologijo (predsednik doc. dr. Adolf Lukanović, dr. med.)
- Združenje ginekologov in porodničarjev Slovenije (predsednik doc. dr. Adolf Lukanović, dr. med.)
- Slovensko menopavzno društvo (predsednica prof. dr. Helena Meden Vrtovec, dr. med., višja svetnica)

- Združenje za ginekološko onkologijo, kolposkopijo in cervikalno patologijo (prof. dr. Stelio Rakar, dr. med., višji svetnik)
- Slovensko društvo za reproduktivno medicino (prof. dr. Tomaž Tomaževič, dr. med.)

V Svetu EBCOG-a sta po dva predstavnika iz vsake države ter predstavniki subspecialističnih organizacij: EAPM (European Association of Perinatal Medicine), ESGO (European Society of Gynaecologic Oncology), ESHRE (European Society of Human Reproduction) in EUGA (European Urogynaecology Association). Volilno pravico ima tudi predstavnik ENTOG-a (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology). Stalno vabljeni so predsedniki bodočih kongresov in predstavnik mladih zdravnikov (Permanent Working Group). Zapisniki bodo kmalu dostopni tudi na [www.ebcog.org](http://www.ebcog.org), kar je objavil novi predsednik prof. Peter Hornnes (Danska). Novi podpredsednik EBCOG-a je prof. Johan Van Wiemeersch (Belgija), nova tajnica je prof. Chiara Benedetto (Italija) in novi blagajnik prof. Wolfgang Holzgreve (Nemčija).

## Sodelovanje EBCOG-a s FIGO in SZO

FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique) deluje v petih regijah in tam sodeluje z regionalnimi organizacijami, kakršna je EBCOG v Evropi; ostale regije so Azija - Oceanija, Afrika, Severna Amerika, Južna Amerika. Naslednji kongres organizacije FIGO bo oktobra 2009 v Capetownu, nato pa oktobra 2012 v Rimu. FIGO je postal zelo vplivna organizacija. Preko organizacij, kot je EBCOG, želi financirati projekte na področju zdravja žensk in to je ponudil tudi EBCOG-u.

## Kolateralna škoda

Nina Mazi

Številnim že znanim in potrjenim motnjam, boleznim in poškodbam, povezanim s kajenjem, se nenehno pridružujejo poročila o novih zapletih. Znanstveniki na primer ugotavljajo, da je možnost za pojav sindroma nemirne noge v spanju pri kadicah kar štirikrat večja kot pri nekadicah. Opisana težava jim krati spanec, botruje utrujenosti, nemiru in razdražljivosti. Zato naslednji dan še toliko bolj zavzeto segajo po cigaretah in s tem še dodatno povečujejo možnost opisanih težav. Težav pa kadicilci nimajo le z nogami, marveč tudi s sluhom. Ameriški znanstveniki ugotavljajo, da je tveganje za poslabšanje sluha pri kadicah 1,69-krat večje kot pri nekadicah. Kajenje lahko namreč prizadene antioksidacijske mehanizme, ki slušni aparat varujejo pred prostimi radikali, ali pa poškoduje krvne žile, ki oskrbujejo avditorni sistem. Kadicilci tako ne trpijo le podnevi, marveč tudi ponoči. Poleg težje ga dihanja, kašlja, abstinenčnih pojavov, sindroma nemirnih nog ipd. se pojavlja tudi pogostejša žeja in potenje. Prav tako se kadicilci ponoči večkrat zbujajo, spijo bolj plitvo in nemirno. V raziskavi na prostovoljcih je več kot 40 odstotkov kadiccev potrdilo, da slabo spijo in se zjutraj zbujajo utrujeni, med nekadicilci pa je bil ugotovljen le 26-odstotni delež neprespanih.

Vira: JAMA, Science et Vie



Nov predsednik organizacije FIGO bo izvoljen oktobra 2009 na kongresu v Capetownu, Južna Afrika, in bo Evropejec (prof. Luis Cabero-Roura ali prof. Arulkumaran). Tam bodo tudi odločili, ali bodo naslednji kongresi na dve ali na tri leta, kot je sedaj.

V NEJM (The New England Journal of Medicine) je izšlo poročilo o »Surgical Safety Checklist Study«, ki je dostopno na [www.who.int/safesurgery](http://www.who.int/safesurgery). Prijava incidentov je v nekaterih državah urejena, npr. Danska ima to področje zelo dobro urejeno. Z analizo incidentov se izboljšuje kakovost dela, zato ta način EBCOG zelo priporoča.

Podpredsednik EBCOG-a Johan Van Wie-meersch je imel zelo odmevno predstavitev. Govoril je o izzivih ginekologije in porodništva v naslednjih letih. V Evropi je vedno manj specializantov ginekologije. Povsod po svetu se zvišuje odstotek carskih rezov, najbolj raste v skupini brez tveganja! Kaj so razlogi? Glavni razlog je defenzivna medicina. Porast je tudi pri medeničnih vstavah, večplodnih nosečnostih in prezgodnjih porodih. Poudaril je problematiko sodelovanja ginekologov porodničarjev in babic. Trenutno se specializant in babica »borita« za isti porod. Torej je potrebna stalna razprava med EBCOG-om in EMA (European Midwives Association). Ponovno je bilo govora o izjemni publikaciji projekta EUROPERISTAT (prosto dostopna na [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com)).

Dogovorjeno je bilo, da poudarjamo široko vlogo EBCOG-a v skrbi za boljše zdravje žensk in otrok. Predstavniki več držav so poudarili, da se o istih vprašanih pogovarjajo v nacionalnih združenjih. Mi, slovenski ginekologi, se ne pogovarjamo, ker nimamo močnega krovnega združenja, ki bi jasno izrazilo svoja stališča do teh vprašanj:

- delitev dela med ginekologi, porodničarji in babicami,
- padajoče zanimanje za specializacijo iz ginekologije in porodništva – to je trend v zahodni Evropi in ZDA; verjetno se bo zgodilo tudi v Sloveniji,
- slaba kirurška izurjenost novega specialista,
- potrebnost kirurškega urjenja za ambulantnega/zasebnega ginekologa?

- ugotavljanje učinkovitosti specializacije (ali je mladi specialist res sposoben samostojno delati?),
- zviševanje števila tožb na področju porodništva/ginekologije.

EBCOG mora spremeniti standarde SZO: dejansko so problemi porodništva/ginekologije drugačni v Evropi kot v svetu kot celoti. Vse to so vprašanja, ki naj jih rešuje EBCOG.

Glede učinkovitosti specializacije je bilo sprejeto, da je potrebno v vsaki članici EBCOG-a uvesti TTT (training the trainers, učenje učiteljev trenerjev). Ponosno naj poudarim, da sem to uvedla pod okriljem Sveta za izobraževanje Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani. Ta je odločil, da je TTT obvezna za vse glavne mentorje v UKC Ljubljana. Do sedaj smo z doc. dr. Zvonko Rener Primec in prim. dr. Vasilijem Cerarjem izvedli že sedem delavnic TTT. Vsi udeleženci brez izjeme so bili navdušeni in so potrdili, da so take delavnice zelo potrebne; veliko jih je že isti dan vprašalo, kdaj bo naslednja! Delavnice organiziramo ob torkih, sredah ali četrtek (na ta način se jih lahko udeležijo glavni mentorji, ki imajo recimo fiksne operativne dneve v tednu) vsaka dva meseca, razen julija in avgusta. Komisija za podiplomsko izobraževanje ZZS je zelo podprla delavnice TTT. Sama sem, s kolegom iz Pariza dr. Jackyjem Nizardom, vodila TTT-delavnice tudi v Lizboni in Berlinu, vabljeni pa sva v Ankaru in Sarajevu.

## Strateški načrt EBCOG-a

Vodilni cilj EBCOG-a je izboljšanje zdravja žensk in otrok. Temu je podrejeno vse delovanje. Svet EBCOG-a se je za eno uro razdelil v štiri skupine, s čimer je vsak dobil možnost razpravljati. Predstavniki vseh štirih skupin so potem sporočali odgovore na pet vnaprej postavljenih vprašanj. Zelo zanimivo je, da smo vsi prišli do enakih zaključkov! Eno od najpomembnejših področij je izvajanje specializacij in ocenjevanje učinkovitosti specializacij. Vsi si želijo, da bi bil EBCOG v strokovnih in tudi političnih krogih dobro viden. Veliko jih je prepričanih, naj EBCOG objavi (minimalne) standarde, ki naj se jih nato držijo v vseh državah članicah. Ob postavljenih standardih lahko potem lobisti delajo za EBCOG, da dobi tudi politično moč. Čeprav EBCOG ni raziskovalna organizacija, potrebuje raziskave o strokovnih vprašanjih.

## E-učenje

Prof. Juha Mäkinen je predstavil delo skupine, ki zelo resno dela na področju e-učenja. Redno ga uporabljajo na Finskem, v Franciji, Avstriji, na Danskem in drugje. Zelo veliko spletnih strani je prosto dostopnih. Predsednik RCOG-a (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) je priporočil [www.glowm.com](http://www.glowm.com) (Global Library of Women's Medicine).

Prof. Mäkinen je poudaril, da je zelo pomembno imeti sposobnega tehnika, da vse deluje. Dogovorjeno je bilo, da nacionalna združenja pošljejo prof. Mäkinenu podatke o tem, kar imajo v svoji državi na voljo na tem področju.

## Poročilo ENTOG-a

Dr. Erica Werner je poročala o izmenjavi specializantov, ki je potekala teden pred zasedanjem Sveta EBCOG-a na Madžarskem. Udeležencev izmenjave in zaključnega sestanka 12. junija 2009 je bilo okrog 100, tema sestanka pa »Modern Trends in Obstetrics and Gynaecology«. Izmenjave sta se udeležili tudi Kristina Drusany Starič, dr. med., predsednica Sekcije specializantov ginekologije in porodništva Slovenije (SATOG), in Sonja Lepoša, dr. med. ENTOG si zelo prizadeva za dolgotrajne izmenjave v Evropi; 14 bolnišnic je pripravljenih za sodelovanje. Naslovi so na [www.entog.org](http://www.entog.org). To so bolnišnice z EBCOG akreditacijo. Novi predsednik ENTOG-a je Nuno Nogueira Martins.

»Memorandum of understanding« naj bi podpisala nacionalna združenja. Nekatera so ga že, v Sloveniji pa to ni mogoče, ker ni krovnega združenja. Subspecialnosti, organizacije EAPM, ESGO, ESHRE in EUGA, so dobile podporo za pridobitev glasovalne pravice v Svetu EBCOG-a. Pravila EBCOG-a bodo spremenjena, da bo to formalno potrjeno.

## EWTD (European Working Time Directive)

ENTOG je pregledal stanje in ugotovil, da za večino bolnišnic predstavlja upoštevanje EWTD velik problem, tudi za izvajanje specializacije. Nekaj držav, ki EWTD že spoštujejo (skandinavske države, Nizozemska) nima težav, ker imajo izvajanje specializacije dobro načrtovano in strukturirano.

## Neenakomerna porazdeljenost med spoloma

Prof. Alan Templeton je vodja skupine, ki se ukvarja s tem problemom, vendar zaenkrat nima zaključkov.

## SCTA (Standing Committee of Training and Assessment)

Novi predsednik prof. Klaus Vetter je predstavil tri ravni treniranja na področju endoskopije, ki jih je izdelal dr. Rudi Campo s sodelavci.

## 360° ocenjevanje, MSF (multiple source feedback)

Ocenjevanje teoretičnega znanja, veščin in profesionalnosti (odnosa, obnašanja) je enako pomembno. Posebnega ocenjevanja odnosa do zdaj nismo izvajali. Na Ginekološki kliniki v Ljubljani smo začeli s prvim krogom 360° ocenjevanja specializantov, imenovanim tudi ocenjevanje iz več virov (MSF). Rezultati se skladajo s pričakovanji: približno 90 odstotkov specializantov ima ustrezen odnos do pacientov, stroke in kolegov, 10 odstotkov je problematičnih, nekaj jih ni primernih za nadaljevanje specializacije. Glavni komentar vseh udeleženi je bil, naj na ta način ocenjujemo vse zaposlene.

## Revalidacija in CPD v Veliki Britaniji

Prof. Tahir Mahmood, podpredsednik RCOG-a, je podrobno predstavil proces revalidacije v Veliki Britaniji. Bistvo revalidacije je, da se zavedaš svojega dela, da se stalno razvijaš in poznaš/uporabljaš novosti. Pričakujejo, da približno 5 odstotkov kolegov ne bo izpolnilo pogojev.

## Kongres EBCOG-a v Antwerpnu, od 5. do 8. maja 2010 ([www.ebcog2010.be](http://www.ebcog2010.be))

Kot že pri kongresu v Torinu in Lizboni, je poudarek na HOT: Hands on Topics, ki so bila izjemno dobro sprejeta predvsem med specializanti.

Naslednji sestanek Sveta EBCOG-a bo v Bruslju 27. in 28. novembra 2009.

Odlična možnost širjenja obzorja in učenja

# Kroženje specializantov v tujini

*Maja Pakiž*

V mesecu maju sem v sklopu specializacije ginekologije in porodništva en mesec krožila v Liverpool Women's Hospital v Veliki Britaniji. Čeprav se specializanti za to redko odločajo, se je ta mesec izkazal za enega najbolj poučnih, strokovno in drugače, v mojem dosedanem izobraževanju.

Začelo se je pred približno dvema letoma, ko sem prvič slišala govorice, da imamo specializanti možnost kroženja v tujini. Dejstvo je namreč, da tega nihče v Sloveniji ne daje ravno na veliki zvon. Na Zdravniški zbornici Slovenije so me podučili, da specializanti lahko tri mesece krožimo v tujini, v tem času ostanemo zaposleni v dotedanji bolnišnici, prejemo plačo, prav tako pa nam pripadata povrnitev potnih stroškov in dodatek za ločeno življenje. Nadalje sem izvedela, da je organizacija kroženja v tujini pravzaprav enostavna, potrebno je le poslati prošnjo na komisijo za specializacije. Težje pa je izbrati center kroženja. Sama sem se tega lotila tako, da sem povprašala kolege specialiste, ki so že bili na izobraževanju v tujini, ali imajo še vedno kakšne »zveze« na pravem mestu.

Tako me je pot zanesla k prof. Alfreviču v Liverpool Women's Hospital, ki je največja bolnišnica za zdravljenje ženskih bolezni v Evropi, referenčni center, znan predvsem po dobrih strokovnjakih za fetalno medicino, kamor prihajajo nosečnice tudi iz oddaljenih delov Velike Britanije. Hkrati je tu še uredniški in administrativni sedež Cochranove skupine za nosečnost in porod.

V začetku maja sem tako po precej turbulentnem pristanku prispela v deževni Liverpool, kjer sem se bila primorana privaditi na vsakodnevno deževje in temperature okoli 12 stopinj. V trenutku, ko se je le pojavilo sonce in so se temperature nevarno približale 15 stopinjam, so klimatske naprave delovale s polno paro, »domačinke« pa so bile takoj v lahkih poletnih oblekicah, zato sem verjetno izstopala v toplih hlačah in jakni. Samo mesto Liverpool, nam znano predvsem po nogometu in legendarni skupini The Beatles, ni ravno med najprivlačnejšimi, kar sem jih videla. Zajema predvsem ogromno pristanišče, med starimi angleškimi zgradbami pa rastejo nebotičniki in trgovinski centri, v katerih so bile cene oblačil in kozmetike zaradi slabega tečaja funta pravzaprav zelo ugodne. Prvih nekaj dni sem prebivala v simpatičnem hotelu, kjer sem spoznala tipične angleške posebnosti, kot so obilen masten zajtrk in ločeni pipi na umivalniku za mrzlo in toplo vodo. V bolnišnico sem pešačila, pri tem pa sem se večkrat komaj izognila trčenju z avtomobilom, saj sem pri prečkanju ceste vedno pogledala v napačno smer.

Prvi dan sem ob dogovorjenem času prispela v avlo bolnišnice, kjer me je čakala ustrežljiva tajnica in me odvedla k prof. Alfreviču. Po uvodnem spoznavanju me je profesor predstavil raziskovalki v svoji skupini, ki je bila »zadolžena« za moje dobro počutje izven službenega časa. Z njeno pomočjo sem se preselila iz dragega hotela v študentsko sobo, kjer sem s sostanovalkami iz vsega sveta preživela zanimive večere, naredila sem tudi kar dobro reklamo za slovensko kuhinjo.

Prof. Alfrevič me je predstavil zdravnikom v ambulantah, kjer se je začelo moje aktivno izobraževanje. Poudariti moram, da so bili vsi zaposleni zelo prijazni. Na nobenem delovnem mestu se mi ni pripetilo, da bi me ignorirali ali mi dali občutek, da sem odveč, kar se mi je v času sekundarijata pri nas večkrat zgodilo. Vsi, od bolničark do vrhunskih strokovnjakov, so me sprejeli medse. Zdravniki



Liverpool Women's Hospital. Velik terciarni referenčni center, znan predvsem po strokovnjakih za fetalno medicino.

so mi z velikim veseljem razlagali, odgovarjali na moja vprašanja in razpravljali z mano z vsem spoštovanjem, ne glede na to, da sem bila le enomesečni gostujoč specializant iz tuje države.

Najprej sem pri delu v ambulanti opazila drugačen način obravnave bolnice. Vsaka bolnica je imela sabo spremljevalca, ki je bil prisoten ves čas obravnave. Zdravnik je po natančni anamnezi nosečnico pregledal na pregledovalni mizi, ki ni v nobeni ambulanti ginekološka, ampak povsod navadna ravna. Pri pregledu so zelo diskretni, tudi če je potreben le zunanji pregled nosečnice, nosečnici noge do hlačnega pasu pokrijejo in skrbno zastrejo zavese. V kolikor je potreben vaginalni pregled, zdravnik najprej bolnici natančno razloži, zakaj je pregled potreben, in jo vpraša za dovoljenje. Zdravnik je v ambulanti sam, sam opravi tudi meritve krvnega tlaka, analizo urina s testnim lističem in odvzame kri, kar sicer na prošnjo naredi tudi babica, če ni prezaposlena. Zdravnik je v ambulanti oblečen v civilna oblačila in v le-teh opravlja tudi invazivne posege. Po pregledu zdravnik razloži svoje ugotovitve in predlaga ukrepe, ki jih bolnica sprejme ali pa ne. Avtoritarnosti in obveznosti preiskav tam ne poznajo.

Ambulante so v bolnišnici organizirane glede na patologijo, tako da sem prisostvovala v ambulanti za nosečnice z diabetesom, hipertenzivnimi boleznimi, visokim tveganjem za prezgodnji porod, visokim BMI, z večplodno nosečnostjo ter v splošni antenatalni ambulanti, kamor napotijo babice nosečnice z drugimi, neurgentnimi težavami. Vodenje visokorizičnih nosečnic večinoma poteka ambulantno, hospitalizirane so res le zelo prizadete oziroma ogrožene bolnice, kar ponazarja tudi dejstvo, da ima porodnišnica z 8000 porodi na leto le 40 postelj na oddelku, pa še te večinoma niso polno zasedene. Bolnice na splošno niso željne hospitalizacije in je potrebno včasih kar precej prepričevanja, da hospitalizacijo sprejmejo, čeprav je ne plačajo.

Najbolj zanimivo mi je bilo delo v centru za fetalno medicino. Ker gre za velik referenčni center, sem imela v enem mesecu priložnost videti anomalije vseh organskih sistemov ter številne intrauterine posege, tudi fetalno transfuzijo. Poleg samih UZ-slik je bilo zame zelo poučno svetovanje, ki ga zdravniki po preiskavi opravijo v posebni sobi, z bolnico in njenimi spremljevalci. Narišejo ali natančno jim opišejo najdeno napako, njen pomen za plod, porod in novorojenčka ter možno terapijo. Za vsako



V bolnišnici se stalno trudijo poskrbeti za ugodje in zadovoljstvo bolnic in obiskovalcev, pa čeprav ne gre za zasebno ustanovo.

patološko stanje imajo pripravljene tudi zloženke za laike. Organizirajo še sestanke bolnic z drugimi specialisti ter ogled oddelkov, kjer se bo novorojenček zdravil.

Po opravljenem pregledu zdravnike čaka računalnik, saj izvide pišejo sami v obliki pisem. Klasičnih napotnic nimajo, zdravnik kolegu napiše pismo, ki se ponavadi začne z: »Dragi kolega! Danes sem imel priložnost pogledati Marijo, ki je 8 tednov noseča...« Nato sledi natančna obrazložitev problema in prošnja za pregled.

Porodničarji se v Angliji srečujejo le s patologijo v nosečnosti. Nosečnost, poudarjajo, ni patologija sama po sebi in zato ne potrebuje zdravniškega nadzora. Zdrave nosečnice vodijo babice, ki po natančnem protokolu pregledajo nosečnico in ji ponudijo preiskave. Zdrava nosečnica ima dva UZ-pregleda, ki ju opravljajo posebej izobraženi tehniki. Tudi porod pri zdravi nosečnici vodi babica, vključno s šivanjem epiziotomije in ruptur presredka 1. in 2. stopnje. Otročnica gre tri ure po nezapletenem vaginalnem porodu domov, po carskem rezu pa po 24 urah. Lokalne babice prihajajo na dom k ženski po porodu prve tri dni dvakrat dnevno, nato pa enkrat dnevno do 28 dni. Pri zdravljenju manjših težav (anemija, vnetje mehurja, respiratorne okužbe) nosečnic in otročnic sodelujejo njihovi izbrani osebni zdravniki.



Ambulanta za UZ-diagnostiko v centru za fetalno medicino. Prostorna, tako da omogoča prisotnost tudi več spremljevalcev hkrati, v njihovi prisotnosti se opravljajo tudi invazivni intrauterini posegi.

Med opazovanjem carskega reza sem bila najbolj prese-nečena, ker je operirala starejša specializantka, asistirala ji je mlajša specializantka, nadzorni specialist pa je bil nekje v porodnih sobah. Takoj sem se seveda pozanimala, kako pri njih poteka specializacija. V Angliji se po diplomi in enoletnem stažu zdravnik prijavi na mesto specializanta. Specializant dobi takoj priložnost predvsem praktičnega izobraževanja, saj mora čim prej postati samostojen pri po-segih. V času sedemletnega izobraževanja vsako leto menja bolnišnico. Tako večino časa dela v manjših bolnicah, kjer je v času dežurstev sam in je nadzorni specialist dosegljiv le na klic. Specializant ima po enem letu narejenih okoli 50 carskih rezov pod nadzorom specialista, v drugem letu pa že samostojno dela načrtovane posege, asistira mu manj izkušen zdravnik. V tretjem in petem letu specializacije opravljajo izpit. Specializanti nimajo številčne norme, koliko posegov morajo narediti, ampak potrebujejo izjavo petih specialistov za vsak poseg, da so ga sposobni opraviti samostojno.

Specializanti tako vsako leto zamenjajo bolnišnico v regiji, razporedi jih koordinator za specializante. Na izbiro bolnišnice nimajo vpliva, prav tako ni obveznega kroženja v univerzitetni bolnišnici, tudi če kasneje želijo delati v njej. Ideja se mi je zdelo zelo dobra, saj tako zdravniki spoznajo delo v več bolnišnicah in imajo več spoštovanja do kolegov, prav tako postanejo prej samostojni in samozavestni pri odločanju. Gotovo tudi zaradi tega ni opaziti tipičnega slovenskega odnosa, češ, v »naši« bolnišnici delamo odlično, v »ostalnih« bolnišnicah pa nimajo pojma, kar sem večkrat doživela med kroženjem pri nas in kar tudi prispeva k nižjemu ugledu zdravništva.

Delo zdravnikov močno olajša prisotnost številnih računal-nikov na vsakem delovnem mestu z dostopom do interneta in bolnišničnega intraneta, kjer so napisane njihove

smernice in protokoli. Pogovori z zdravniki ne potekajo s stavki »meni se zdi..., občutek imam..., jaz delam tako...«, temveč s frazami »metaanaliza je pokazala..., glede na sistematični pregled literature., po naših smernicah...« So pa mogoče manj dojemljivi za novejšje metode, saj dokler nimajo »evidence-based« podatkov o učinkovitosti in varnosti, verjetno raje uporabljajo preizkušene in znane metode.

Zanimivo je tudi, da zdravniki rutinsko ne delajo na od-delku, nimajo svojih sob in bolnic. Za delo na oddelku so dnevno razpisani specializanti, vsak dan druga ekipa, nadzorni specialist pa se tedensko zamenja. Mogoče zaradi tega ni prave kontinuitete v obravnavi bolnic, se pa lahko zdravnik, zadolžen za oddelek, posveti le hospitaliziranim nosečnicam. Zjutraj tudi nimajo raportov, zdravniki dobijo po intranetu raspored dela, predaje dela pa potekajo le v porodnih sobah in na oddelku. Zdravniki imajo redne strokovne sestanke, na katerih razpravljajo o vseh težjih primerih, predstavljajo aktualno raziskovalno delo in nova dognanja.

Čeprav bolnišnica ni zasebna, uprava in zaposleni vseeno zelo skrbijo za dobro počutje bolnic ter njihovih spremljevalcev. Tako v čakalnicah v posebnih škatlah zbirajo pripombe obiskovalcev, ki jih tudi upoštevajo, ne glede na njihovo morebitno banalnost, kar objavijo na javni oglasni deski. Tako sem lahko prebrala, da so na željo obiskovalcev kupili stenski televizijski sprejemnik, ker je bil prejšnji preniško in ga niso mogli vsi videti. Bolnice je npr. tudi motilo, da ni bilo ogledal na stranišču ene ambulante ter da jim nihče ne pove, zakaj je na sprejemu v porodne sobe gneča, zaradi česar so uvedli receptorko. Nekoliko manj je poskrbljeno za ugodje zdravnikov, predvsem kar zadeva prehrano. V kratkem odmoru med dopoldansko in popoldansko zadolžitvijo imajo malico, ki jo sestavljajo večinoma sendviči s toastom, čips v vseh možnih oblikah ali pa ne ravno za pohvaliti pripravljena hrana v kantini; malica seveda ni plačana.

Povzamem lahko, da je bilo moje kroženje v tujini izjemno zanimivo, potekalo je v enkratnem in prijaznem vzdušju. Ko pogledaš malo izza domačega plota, dobiš številne ideje, kaj se da spremeniti na bolje in katere stvari so doma mogoče boljše. Menim, da je možnost opravljanja kroženja v tujini odlična ideja, ki jo tolpo priporočam vsem specializantom. Sama se bom gotovo potrudila, da jo bom še kdaj izkoristila.

Iz specialistične naloge

# Stres, izgorelost in rak dojk

Polonca Kovačič, Marjan Bilban

Rak dojk je najpogostejši rak med mladimi ženskami v razvitem svetu. V Sloveniji vsako leto na novo zbolijo zaradi raka dojk več kot 1000 žensk (Primic Žakelj). Med dejavniki tveganja (dedna obremenjenost, staranje, reproduktivni dejavniki, hormonski dejavniki, ionizirajoče sevanje, industrijsko razvite družbe...) (Margolese, Goldhirsch) v zadnjem času mnoge študije ugotavljajo povezave med negativnim stresom, psihofizično izčrpanostjo oz. »burnout sindromom« in rakom (Artnik, Nielsen, Wakai, Strürmer).

Stres nikoli ni le posledica zahtev okolja in naših sposobnosti, ampak tudi našega odnosa do teh zahtev. Bistveno je torej, kako gledamo na določen problem. Stresni dogodki nimajo na vse ljudi enakega učinka. Problem sam ni problem, naš odnos do problema je lahko problem.

Ločimo zdravi stres (pozitivni stres, eustres), ki predstavlja izziv in napredek ter krepitev posameznikove samozavesti, in škodljivi stres (negativni stres, distress), ki ga posameznik občuti kot nekaj neprijetnega, napornega ter frustrirajočega. Če takšen negativni stres traja daljše obdobje in se zahteva iz okolja nakopičijo ter obstaja poleg tega bojazen, da jim ne bomo kos, se lahko kot ena izmed posledic pojavi izgorelost (kronična utrujenost, burnout) (Bilban in Pšeničny, Findeisen).

Večina objavljenih raziskav o izgorelosti je narejenih na zdravstvenem in šolskem osebju (Demšar, Pečnik, Perčič, Iveljič, Rozman), vendar je nekaj tovrstnih raziskav zaslediti tudi na splošni populaciji (Ahola, Pšeničny, 2007).

Le malo študij proučuje povezanost med negativnim stresom, izgorelostjo in rakom dojk. V Nemčiji (Stürmer) obstaja devet let trajajoča kohortna študija, ki proučuje vplive življenjskega stila in osebnostnih lastnosti v povezavi s pojavljanjem raka, vendar do sedaj še ni pokazala nobenih pomembnih rezultatov. Danska prospektivna študija ni pokazala povezanosti med

negativnim stresom in rakom dojk (Nielsen). Obsežna japonska osem let trajajoča prospektivna kohortna študija (N = 34.497), ki je iskala povezave med psihosocialnimi dejavniki, življenjskim slogom in rakom dojk (149 novih primerov raka dojk), je pokazala pomembno (RR = 0,66; CI = 0,47–0,94) manjše tveganje za raka dojk pri optimističnih, poduhovljenih osebah (japonski termin = ikigai = verovati v nekaj) v primerjavi s tistimi brez teh lastnosti. Ista študija ni pokazala povezanosti med negativnim stresom in rakom dojk (Wakai). Ameriške študije poročajo o večjem številu raka dojk med zaposlenimi, ki delajo z ljudmi, predvsem učiteljicami (Reale). Študije poročajo tudi o večjem številu raka dojk v urbanem okolju v primerjavi s podeželjem (Primic, US Department of Health and Human Service). Poročajo tudi o večjem številu raka dojk med stevardesami čezoceanskih poletov, kar povezujejo z večjo izpostavljenostjo umetni svetlobi, ki naj bi motila naravni cikel proizvodnje melatonina ponoči (Reale).

**Biopsihosocialni (celostni) pristop obravnave človeka** temelji na spoznanju, da je človek celostno bitje, pri katerem sta telo in psiha medsebojno povezana in vplivata eden na drugega. Na ta način gleda tudi na nastanek in razvoj telesnih motenj in bolezni.

Stres in psihosomatske bolezni (biopsihosocialni pristop obravnave človeka) (Looker in Gregson, 1994)

STRES



IMUNSKI SISTEM



OBOLENJE

## KARDIOVASKULARNI SISTEM

- miokardni infarkt
- zvišan krvni pritisk
- migrena

## PREBAVILA

- ulkus
- diareja
- zaprtje
- zgaga
- sindrom prevzdražene črevesja

## VEDENJE, ČUSTVA

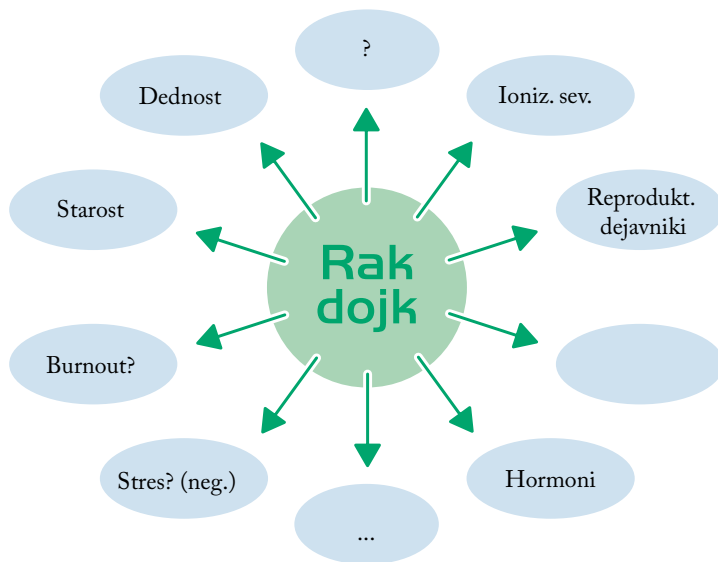
- anksioznost
- depresije
- kajenje
- alkoholizem
- motnje prehranjevanja
- **IZGORELOST**

## DRUGO

- diabetes
- alergije
- pogosti infekti
- kožne bolezni
- glavoboli
- lumbalgije
- **RAK**

## Temeljno raziskovalno vprašanje je bilo:

Ali izgorelost pomeni večje tveganje za razvoj raka dojk?



**Biolosko osnovo** za povezavo med izgorelostjo in rakom dojk predstavljajo naslednja dejstva:

- Pri izgorelosti imamo kronično povišan hormon kortizol, dokler ne pride do adrenalnega zloma (zadnja faza izgorelosti, ko beležimo močan padec tega hormona) (Carlson, Pšeničny, 2006: a, b).
- Pri bolnicah z rakom dojk imamo spremenjen imunski sistem (slabša učinkovitost celic ubijalk (Varker, Park).

Obe spremembi naj bi bili povezani z negativnim stresom. Negativni stres povzroča višje koncentracije kortizola in tudi spremembe v imunskem sistemu (spremembe na ravni receptorjev celic ubijalk).

## Ostala raziskovalna vprašanja

- Oceniti pogostost pojavljanja sindroma izgorelosti in doživljanja posameznih dimenzij izgorelosti

pri ženskah, ki so kasneje zbolele za rakom dojk, pred pojavom bolezni.

- Ugotoviti morebitne razlike v pojavljanju in stopnji izgorelosti

glede na osnovne demografske značilnosti bolnic (starost, izobrazba, stan, število otrok) in glede na dejavnike, vezane na poklic in delovno mesto.

- Primerjava stopnje sindroma izgorelosti s potencialno primerljivo populacijo. Iskanje povezav med izgorelostjo in rakom dojk.
- Poiskati načine za preprečevanje stresa, izgorelosti.

## Metode dela

V presečno študiji je bilo vključenih 100 bolnic z rakom dojk, vključenih v društva onkoloških bolnikov Slovenije, ki so rešile anonimna vprašalnika:

- Standardiziran Maslachov vprašalnik o izgorelosti, preveden v slovenščino (MBI) (Penko).
- Dodatni vprašalnik (sociodemografske značilnosti, podatki

o delovnem mestu, podatki o družinski obremenjenosti z rakom dojk, reproduktivne značilnosti žensk) (Kovačič in Bilban).

## Rezultati, razprava

Standardiziran Maslachov vprašalnik je razdeljen v tri dele in izraža izgorelost kot visoko čustveno izčrpanost, visoko stopnjo depersonalizacije in občutek nizke osebne izpolnitve. Za vsako trditev oz. postavko na lestvici pogostosti in intenzivnosti izgorelosti smo izračunali povprečno oceno (aritmetično sredino) in standardno deviacijo. V tabeli so prikazane povprečne ocene na lestvici pogostosti (možne so bile ocene od 0 – nikoli do 6 – zelo pogosto). Iz spodnje tabele lahko vidimo, da so udeleženske v povprečju dosegle največ točk pri vprašanih osebne izpolnitve in čustvene izčrpanosti, najmanj točk pa pri vprašanih depersonalizacije, kar pomeni, da so anketirance pred pojavom raka dojk v povprečju pogosto doživljale čustveno izčrpanost in je ta dimenzija največ prispevala k celotni izgorelosti. V manjši meri so se udeleženske soočale s depersonalizacijo, kar je tudi sicer značilno za žensko populacijo in za Evropejce v primerjavi z Ameriko. Glede trditve, ki so se nanašale na čustveno izčrpanost, so udeleženske raziskave v povprečju zbrale največ točk pri trditvah: »Imela sem občutek, da v službi pretrdo delam« in »Ob koncu delovnega dneva sem se počutila izrabljeno«, kar kaže na pogost fenomen pri ženskah, da ne zmorejo reči ne in ne postavljajo jasnih meja zahtevam drugih. Seličeva (1999) meni, da sindrom izgorelosti nastopi veliko pogosteje pri ženskah kot pri moških, saj ženske bolj kot moški težijo k harmoniji življenja in k temu, da v svojem življenju ustrezajo drugim. Ženskam je očitno težje izvajati avtoriteto, dajati navodila in s spokojno samoumevnostjo pričakovati, da bodo izvršena. Že po pričakovanih naj bi bile ženske bolj usmerjene k ljudem, bolj družabne, negujoče in



občutljive za potrebe drugih, hkrati pa tudi same bolj čustvene. Ženske so tudi sicer nagnjene k perfekcionizmu in težko oddajo slabo narejene izdelke, kar pa terja veliko njihove energije. Izdelani so kriteriji, s pomočjo katerih na osnovi seštevka točk preiskovankam določimo intenziteto, fazo in pogostost doživljanja izgorelosti, vendar

so preobsežni, da bi jih povzeli v tem članku (Maslach). Največ vzrokov za sindrom izgorelosti bi lahko pripisali trojni obremenjenosti žensk, ki se kaže v gospodinjstvu, skrbi za otroke in njihovem poklicu. Pri tem naj poudarimo, da veliko avtorjev obravnava sindrom izgorelosti le kot pojav obremenjenosti na delovnem mestu.

Skoraj polovica udeleženk raziskave (47 odstotkov) je pred pojavom raka doživljala izgorelost, od tega 22 odstotkov zelo pogosto, kar je v primerjavi s slovensko aktivno populacijo različnih poklicev (Demšar, Perčič, Celin), na kateri je bil že uporabljen ta vprašalnik, veliko (glej graf na naslednji strani). Tudi upoštevajoč

	M	SD
<b>OSEBNA IZPOLNITEV</b>		
Aritmetične sredine (M) in standardne deviacije (SD) <i>pogostosti</i> izgorelosti ter posameznih dimenzij izgorelosti pri udeleženkah raziskave pred pojavom raka dojk (N = 100)		
19. Pri svojem delu sem naredila že mnogo koristnega.	4,16	1,61
9. Čutila sem, da s svojim delom pozitivno vplivam na življenje drugih ljudi.	3,85	1,71
4. Brez težav sem lahko razumela občutja svojih strank (učenci, bolniki, stranke, sodelavci).	3,43	2,05
17. S svojimi strankami sem lahko vzpostavila sproščeno vzdušje.	3,40	1,99
18. Delo s strankami me je poživiljalo.	3,28	1,85
7. Zelo učinkovito sem se ukvarjala s problemi svojih strank.	3,21	2,06
21. Pri svojem delu sem zelo umirjeno reševala čustvene probleme.	3,15	1,64
12. Počutila sem se polna energije.	2,85	1,88
<b>Skupaj</b> osebna izpolnitev	<b>27,33</b>	<b>9,66</b>
<b>ČUSTVENA IZGORELOST</b>		
14. Imela sem občutek, da v službi pretrdo delam.	3,43	1,88
2. Ob koncu delovnega dneva sem se počutila izrabljeno.	3,31	1,96
8. Zaradi svojega dela sem se počutila izgorelo.	3,24	1,98
20. Počutila sem se, kot da sem na koncu svojih moči.	2,97	2,06
1. Zaradi svojega dela sem se počutila čustveno izčrpano.	2,82	2,00
3. Ko sem zjutraj vstala in sem se morala soočiti z novim delovnim dnevom, sem se počutila utrujeno.	2,59	1,87
6. Celodnevno delo z ljudmi je bilo zame resnično naporno.	2,45	1,82
13. Moja služba me je spravljala v duševno stisko.	2,1	1,88
16. Neposredno delo z ljudmi je bilo zame preveč obremenjujoče.	1,94	1,81
<b>Skupaj</b> čustvena izgorelost	<b>24,85</b>	<b>13,6</b>
<b>DEPERSONALIZACIJA</b>		
11. Skrbelo me je, da zaradi svoje službe čustveno otrdevam.	1,96	1,90
10. Postala sem bolj neobčutljiva do ljudi, odkar sem sprejela to delo.	1,79	1,84
22. Čutila sem, da me stranke krivijo za nekatere od svojih problemov.	1,29	1,51
15. Ni mi bilo dosti mar, kaj se je dogajalo z nekaterimi strankami.	1,28	1,56
5. Čutila sem, da z nekaterimi strankami ravnam neosebno, kot z objekti.	1,07	1,33
<b>Skupaj</b> depersonalizacija	<b>7,37</b>	<b>5,93</b>

Pojasnilo k tabeli: Vprašalnik meri tri dimenzije izgorelosti (čustveno izčrpanost, depersonalizacijo in osebno izpolnitev) s pomočjo lestvic pogostosti in intenzivnosti ter vsebuje dva enaka seznama 22 trditvev z opisi počutij, povezanih s preiskovančevim delom. Pogostost pojavljanja udeleženci ocenjujejo od 1 (nekajkrat na leto) do 6 (vsak dan), posebej označijo 0, če stanja niso nikoli izkusili.

družinsko anamnezo in fertile dejavnike se stanje ni bistveno spremenilo. Ob tem se pojavi vprašanje: Ali je prevalenca izgorelosti med ženskami z rakom dojk res večja kot prevalenca izgorelosti v splošni populaciji?

Na Finskem (Ahola, Vrtačnik) doživlja simptome izgorelosti več kot polovica zaposlenih, sedem odstotkov pa jih je že resno izgorelih. Tudi v naši raziskavi lahko rečemo, da je približno polovica sodelujočih kazala znake izgorelosti, podobno kot v zgoraj omenjenih raziskavah. Pomembno pa je omeniti, da je bilo več kot 20 odstotkov sodelujočih v naši raziskavi pred pojavom raka dojk v stanju skrajne izčrpanosti, kar je več kot v zgoraj omenjenih raziskavah (glej graf).

Ženske z večjim številom otrok so pomembno pogosteje kazale znake izgorelosti, od tega predvsem znake čustvene izčrpanosti v primerjavi z ženskami z manj otroki ali brez otrok ( $r = 0,99$ ), vendar je tu treba omeniti, da se je v skupino brez otrok in v skupino z  $\geq 3$  otroki uvrstilo zelo malo udeleženk. Te ugotovitve niso v skladu z ugotovitvijo C. Maslach, ki pravi, da naj bi bili posamezniki brez otrok bolj ogroženi (v smislu izgorelosti), kar avtorica pripisuje višji starosti, večji zrelosti, resnosti in stabilnosti posameznikov z otroki. Družinski odnosi naj bi posameznika izučili sprijemanja s problemi, hkrati pa naj bi predstavljali vir čustvene podpore. Razhajanje med našimi ugotovitvami in ugotovitvami drugih avtorjev skušamo razložiti v okviru razlik med moškimi in ženskami, ki so jih opisovali že drugi avtorji (Ahola, Artnik, Ušaj). Za moške ima družinsko življenje z ženo in otroki varovalno vlogo pred izgorelostjo, medtem ko je za žensko, v primeru, da ima veliko otrok in poleg službe tudi prevladujočo vlogo pri gospodinjstvu in vzgoji otrok in ni deležna pomoči s strani partnerja ali hišne pomočnice, velika

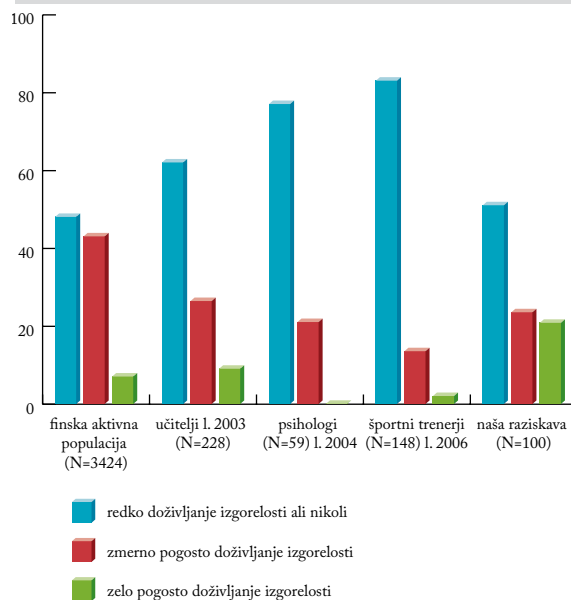
datna obremenitev.

Mlajše ženske s krajšim delovnim stažem so pomembno pogosteje doživljale čustveno izčrpanost ( $r = -0,90$ ) in depersonalizacijo ( $-0,96$ ) ter pomembno redkeje osebno izpolnitev ( $r = 0,88$ ) kot starejše ženske z daljšo delovno dobo. Mlajše ženske s krajšo delovno dobo so torej bolj ogrožene glede izgorelosti. To se ujema z nekaterimi tujimi študijami (Dworkin, Maslach, Pečnik), ki pravijo, da je mladost, povezana s strokovno in osebno neizkušenostjo ter s pretiranimi pričakovanji, ustvarjanjem družine (stanovanje, otroci), velik dejavnik tveganja za pojavljanje sindroma izgorelosti. V večini poklicev poročajo, da je kritično obdobje za doživljanje izgorelosti prvih nekaj let službovanja. Ker so bile naša ciljna populacija ženske z rakom dojk in ker se leta zelo redko pojavlja pred 30. letom in pogosteje predvsem po 50. letu, so v vzorcu prevladovala starejše ženske z daljšim delovnim stažem. Najmlajša udeleženka je imela devet let skupne delovne dobe. To je tudi vzrok, da vpliva prvih let službovanja na izgorelost nismo mogli proučevati. Večina študij ugotavlja podobno, vendar se zadnje čase pojavljajo tudi študije, ki poročajo o večji izgorelosti pri starejših (reformne v pokojninski zakonodaji, hitre spremembe na trgu delovne sile, zahteve po nenehnem prilagajanju, izobraževanju tudi starejših).

## Zaključek

Velik dejavnik tveganja za pojavljanje sindroma izgorelosti pri ženskah predstavlja mladost, povezana s strokovno in osebno neizkušenostjo. Pomemben dejavnik tveganja je lahko tudi večje število otrok. Med bolnicami z rakom dojk je bilo veliko takih z visoko stopnjo izgorelosti, kar kaže na obstoj močne povezave med izgorelostjo in rakom dojk, vendar sta tako izgorelost kot rak dojk kumulativna procesa, odvisna od

Pogostost doživljanja izgorelosti pri naših udeleženkah primerjalno z udeleženci drugih raziskav, ocenjena s pomočjo standardiziranega Maslachovega vprašalnika (MBI inventory)



mnogih dejavnikov, ki so med seboj različno prepleteni, zato so za potrditev povezave potrebne nadaljnje raziskave.

Avtorji so se z udeleženkami raziskave pogovarjali neposredno na njihovih sestankih, kar pomeni večjo kritičnost pri ocenjevanju rezultatov. Vrnjenih je bilo 73 odstotkov razdeljenih vprašalnikov, kar si štejem kot dober odziv na raziskavo. Ker je šlo za prostovoljno reševanje vprašalnika udeleženk, ki so bile članice Društva onkoloških bolnikov, je do določene meje vprašljiva reprezentativnost vzorca (selekcijski bias). Ker smo udeleženke spraševali o občutjih iz preteklosti, obstaja tudi možnost napake zaradi težav pri priklicu (recall phenomena).

**Za preprečevanje izgorelosti je ključno uravnotežiti stres in nape-tost s počitkom in sprostitvijo.**

- **Prisluhnimo signalom našega telesa in psihe in jih ne potlačimo z naporu dela.**
- **Če sami sebe jemljemo ravno tako resno, kot bi jemali naš naslednji projekt na delovnem mestu ali zahteve nadrejenega ali svoje otroke, potem smo na dobri poti preventive izgorelosti.**
- **Paziti moramo na to, da se naše življenje odvija zdaj in ne bo preloženo na kdaj pozneje.**

## Zahvala

Zahvala vsem udeleženkam raziskave, mentorju raziskave g. Marjanu Bilbanu, g. Alenki Senčar, g. Mariji Pirc Vegelj in vsem sodelujočim voditeljicam regionalnih skupin Društva onkoloških bolnikov Slovenije ter vsem neimenovanim, ki ste karkoli prispevali pri pripravi naloge.

## Literatura:

Ahola K, Honkonen T, Isometsa E, Kalimo R, Nykyri E, Koskinen S et al. Burnout in the general population Results from the Finnish Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatrs Epidemiol* 2006; 41: 11–17.

Artnik B. Socialna in geografska neenakost v povezavi s prezgodnjo umrljivostjo v Sloveniji. In: Bilban M. *Chvahtetovi dnevi javnega zdravja 2005*. Ljubljana, 2005: 69–80.

Bilban M. Kako razpoznati stres v delovnem okolju. *Delo in varnost* 2007; 52 (1): 30–35.

Bilban M et Pšeničny A. *Izgorelost*. Delo in varnost 2007; 52 (1): 23–29.

Celin Ines. Stres in izgorelost pri športnih trenerjih (Diplomsko delo). Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo; 2006.

Carlson LE, Campell TS, Graland SN, Grossman P. Associations among salivary cortisol, melatonin, catecholamines, sleep quality and stress in women with breast cancer and healthy controls. *J Behav Med*. 2007; 30 (1) 45–58.

Demšar I. *Sindrom izgorelosti pri učiteljih* (Magisterska naloga). Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo; 2003.

Dworkin AG. *Teacher burnout in the public schools*. State University of New York Press; 1987.

Findeisen D. *Za premagovanje poklicne izgorelosti potrebujemo izobraževanje*. *Andragoška spoznanja* 2005; 11 (2): 37–51

Goldhirsch A, Colleoni M. Breast cancer. In: Cavalli F, Hansen HH eds. *Textbook of Medical Oncology*. third ed. United Kingdom: Taylor&Francis Group; 2004: 85–117.

Iveljič Klavdija (mentor: Kulin Jana). *Sindrom izgorelosti in soočanje z njim pri osnovnošolskem učitelju* (Diplomsko delo). Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za pedagogiko. Ljubljana 2006.

Kovačič P et Bilban M. *Izgorelost in rak dojk* (Specialistična naloga). Univerza v Ljubljani: Medicinska fakulteta; 2007.

Looker T et Gregson O. *Obvladajmo stres*. Kaj lahko z razumom storimo proti stresu. Ljubljana: Cankarjeva založba; 1993.

Margolese RG, Hortobagyi GN, Buchholz TA. Neoplasm of Breast. In: Kufe, Donald W eds. *Cancer Medicine* 6. Hamilton: American Cancer Society; 2003. p. 1879–1970.

Maslach C, Jackson SE et Leiter MP. Maslach burnout inventory. In: Zalaquett VC et Wood RJ. *Evaluating stress: A book of resources*. Lanham MD: The Scarecrow Press; 1997.

Maslach C, Leitner M. *Resnica o izgorevanju na delovnem mestu*. Educy Ljubljana, 2002.

Maslach C. *Job Burnout: New Directions in Research and Intervention*. *Curent Directions in Psychological Science* 2003; 12(5): 189–192.

Nielsen NR, Gronbaek M. Stress and breast cancer: a systematic update on the current knowledge. *Nat Clin Pract Oncol*. 2006; 3 (11): 612–20.

Park NJ et Kang DH. Breast cancer risk and immune responses in healthy women. *Oncol Nurs Forum*. 2006; 33(6): 1151–9.

Pečnik T. *Sindrom izgorelosti kot posledica delovnega stresa pri medicinskih sestrah v onkologiji* (Diplomsko delo). Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, Visoka šola za zdravstvo, Oddelek za zdravstveno vzgojo; 2003.

Penko T. *Izgorelost pri delu*. In: Lamovec T. *Psihodiagnostika osebnosti*. Ljubljana: Znanstveni inštitut filozofske fakultete; 1994. p. 323–343.

Percič E. *Sindrom izgorelosti pri šolskih psihologih v slovenskih osnovnih in srednjih šolah*. [Diplomsko delo]. Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo; 2004.

Primic Žakelj M eds. *Incidenca raka v Sloveniji 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003*. Register raka za Slovenijo: Onkološki inštitut Ljubljana.

Pšeničny A. *Recipročni model izgorelosti (RMI): prikaz povezave med interpersonalnimi in intrapersonalnimi dejavniki*. *Psihološka okolja* 2006a; 15 (3): 19–36.

Pšeničny A. *Ste izgoreli?* *Viva* 2006b; 14 (149): 31–34.

Pšeničny A. *Skrb zase ni sebičnost*. *Viva* 2007; 15 (161): 38–40.

Reale B. *Le patologie lavoro – correlate: focus sulle donne*. Italia: Assessorato alla sanita. Progetto Una salute a misura di donna; 2005.

Rozman S. (mentor: Ličen N.). *Potrebe pri izobraževanju in preprečevanju stresa pri medicinskih sestrah* (Diplomsko delo). Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za pedagogiko; Ljubljana 2006.

Selič P. *Stres in bolezen*. Ljubljana: Antrophos 1995; 3–4, 147–165.

Stürmer T, Hasselbach P, Amelang M. Personality, lifestyle and risk of cardiovascular disease and cancer: follow-up of population on based cohort. *British Medical Journal* 10 Jun 2006; 332: 1359.

Travers CJ et Cooper CL. *Teachers under pressure*. Routledge, 1996.

Ušaj D. *Preprečevanje stresa in izgorelosti pri ženskah kot del izobraževanja odraslih* (Diplomsko delo). Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za pedagogiko; 2007.

US Department of Health and Human Services, Maternal and Child Health Bureau, *Women's health USA 2002*.

Varker KA, Terrell CE, Welt M, Suleiman S, Thornton L, Andersen BL. Impaired natural killer cell lysis in breast cancer patients with high levels of psychological stress is associated with altered expression of killer immunoglobulin-like receptors. *J Surg Res*. 2007; 139 (1); 36–44.

Vrtačnik I. *Izgorevanje pri delu pokuri milijarde dolarjev*. *Manager* 2006; 5: 74–76.

Wakai K, Kojima M, Nishio K, Suzuki S, Niwa Y, Lin Y. Psychological attitudes and risk of breast cancer in Japan: a prospective study. *Cancer Causes Control* 2007; 18 (3): 259–67.

## Komentar

# Duševni dejavniki in nastanek raka

Matjaž Zwitter

So stres, izgorelost in depresija med dejavniki, ki vplivajo na nastanek raka? Ali pa lahko večino ugotovitev te in njej podobnih raziskav pojasnimo z razlago, da bolnik ali bolnica z rakom svoje preteklo življenje gleda skozi prizmo svoje bolezni?

Članek Polonce Kovačič, dr. med., spodbuja k razmišljanju, vendar ničesar ne dokazuje. Za resno razpravo bi potrebovali primerjavo s kontrolno skupino, dvomljivcu pa tudi to ne bi bilo dovolj. Ostalo bi temeljno vprašanje, koliko na odgovore o preteklem življenju vpliva dejstvo, da je gospa zbolela za rakom.

Resna bolezen ne vpliva le na trenutno in bodoče čustvanje, pač pa tudi na podoživljanje preteklih dogodkov. Prav tako ni dvoma, da vsi iščemo vzroke svojih slabosti in svojih bolezni v zunanjem svetu. Anketa, ki nas sprašuje o preteklih čustvenih in psihičnih obremenitvah, se lepo ujame s prevladujočim prepričanjem bolnika ali bolnice, da so za bolezen krivi drugi. Po mnogih letih raziskav in razprav o povezavi med psihičnimi obremenitvami in nastankom raka še vedno nimamo odgovora na temeljno vprašanje, kaj je vzrok in kaj posledica. V dveh velikih zbirnih analizah so zaključili, da nimamo dovolj osnove za trditev, da psihično stanje vpliva na nastanek raka dojk (McKenna in sod., 1999; Butow in sod., 2000).

Ali vidimo možnost, da z nepristransko raziskavo razrešimo to staro vprašanje? Morda. V Sloveniji poteka program DORA za zgodnje odkrivanje raka dojk. Presejanje bo zajelo več deset tisoč žensk. Med njimi bodo nekaj tisoč ženskam sporočili, da je mamografija odkrila spremembe, ki zahtevajo dodatno diagnostiko, in jih povabili na ponovni pregled. Tedaj bi jih lahko prosili, da izpolnijo vprašalnik s psihološkim testiranjem. Gospa bi vprašalnik izpolnila v času, ko niti ona sama niti njen zdravnik še ne veda, ali je sprememba v dojki maligna ali ne. Imeli bi idealno kontrolno skupino: vse, tiste z rakom in tiste brez raka, bi bile pod enakim psihičnim stresom morebitne hude bolezni. Kasneje, po zaključeni diagnostiki bi razvrstili izpolnjene vprašalnike med skupino z rakom in med kontrolno

skupino brez raka. Takšna raziskava bi prepričljivo odgovorila na vprašanje, ali so stres, izgorelost, depresija in ostali kazalci duševnega stanja resnično med dejavniki tveganja za nastanek raka. Lepa tema za doktorsko nalogo.

## Literatura:

Butow PN, Hiller JE, Price MA, Thackway SV, Krickler A, Tennant CC. Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer J Psychosom Res. 2000; 49: 169–81.

McKenna MC, Zevon MA, Corn B, Rounds J. Psychosocial factors and the development of breast cancer: a meta-analysis. Health Psychol. 1999; 18: 520–31.



Izobraževanje

# Ginekološka onkologija

Dejan Ognjenovik

Od 22. do 24. junija 2009 je na Inštitutu IRCAD (Institut de Recherche contre les Cancers de l'Appareil Digestif) v Strasbourg v Franciji potekal tečaj iz laparoskopske ginekološke onkološke kirurgije (Gynecological Cancer and Laparoscopic Approach: State of the Art). Od 34 udeležencev je bilo največ Rusov, sledili so Francozi, Avstrijci ter Nemci, prišli pa so tudi udeleženci iz Avstralije, Čila, Argentine, Irana, Južne Koreje, Španije, Belgije, Norveške, Nizozemske, Grčije, Estonije, Portugalske, Velike Britanije, Turčije, Izraela, Monaka, Italije in Slovenije.

## O inštitutu

Leta 1993 je prof. Jacques Marescaux menil, da so v medicini kot znanosti na prehodu industrijske dobe v informacijsko potrebne velike spremembe. Zato je tudi osnoval in razvil zasebni inštitut za izboljšanje raziskovanja rakavih bolezni (IRCAD) in razvoj nove računalniške tehnologije na področju medicine (EITS – European Institute of TeleSurgery).

Inštitut IRCAD/EITS se razprostira na 8000 kvadratnih metrih površine in je sposoben vsako leto sprejeti čez 3000 kirurgov različnih kirurških strok (splošna kirurgija, urologija, abdominalna kirurgija, kolorektalna kirurgija, otroška kirurgija, ginekološka kirurgija ter t.i. N.O.T.E.S. – Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery). Z več kot 2000 mednarodno objavljenimi publikacijami je danes IRCAD/EITS svetovno priznan center za laparoskopsko kirurgijo. Novembra 2005 je IRCAD odprl učni center v Hongkongu pod imenom ASIA-IRCAD Taiwan (Asian Institute of TeleSurgery).

Septembra 2001 je kirurški tim iz IRCAD/EITS kot prvi v svetu operiral čez atlantski ocean s pomočjo robota, ki se je nahajal v New Yorku v bloku na Manhattnu, pacientka pa v Strasbourg na univerzitetni kliniki. Napravili so t.i. »operation Lindberg« (laparoskopska holecistektomija) in jo objavili v »Annals of Surgery«. Poseg je trajal 45 minut, tim pa je štel 40 ljudi. Aprila 2007 je v univerzitetni kliniki v Strasbourg prof. Marescaux skupaj s svojim timom naredil prvi kirurški poseg brez brazgotine – transvaginalna odstranitev žolčnika pri 30-letni pacientki zaradi žolčnih kamnov (N.O.T.E.S. holecistektomija).

## Organizacija in delovanje inštituta

V pritličju inštituta je recepcija za sprejem in registracijo udeležencev, velik prostor z mizami za premore in kosila, dva računalnika za dostop do spleta ter dve zelo sodobno tehnično opremljeni predavalnici. V prvem nadstropju se nahaja raziskovalni center za rakave bolezni.

V drugem nadstropju je tim doktorjev in računalničarjev, kjer urejajo spletno stran [www.websurg.com](http://www.websurg.com), na kateri se nahajajo videoposnetki različnih laparoskopskih operacij različnih kirurških strok. V tretjem nadstropju je t.i. laboratorijska enota, opremljena s 17 operacijskimi mizami, laparoskopskimi inštrumenti podjetja Karl Storz (s HD-monitorji), kjer smo trenirali na t.i. »small pigs« do 25 kg, ki so bili intubirani in sterilno pokriti. V istem nadstropju so bile garderobe in prostor za odmor.

## Tečaj

Direktor in vodja tečaja je bil prof. A. Wattiez. Začeli smo v ponedeljek, 22. junija, s predavanji o osnovah laparoskopske kirurgije, anatomije bezgavk v mali medenici ter anatomije retroperitoneja z laparoskopskim pristopom. Po pavzi so se nadaljevala predavanja o vlogi paraaortne staging limfadenektomije pri napredovalem raku materničnega vratu ter dve predavanji o tem, ali laparoskopija lahko izboljša preživetje pacientk z rakom. Po kosilu na inštitutu smo se ponovno zbrali v predavalnici, kjer smo poslušali predavanje o vlogi staging limfadenektomije pri raku maternične sluznice in kjer so nam pokazali tehniko laparoskopskega vozlanja šivov. Nato smo se odpravili v laboratorijsko enoto, kjer smo se preoblekli in kjer so nas že čakale operacijske mize, označene z našimi imeni. Delali smo v parih, sam sem imel za par doktorja iz Argentine in nadzornega doktorja s klinike v Strasbourg. Najprej smo morali narediti nefrektomijo, nato histerektomijo, umetno smo poškodovali sečni mehur in ga nato zašili. Po končanih operacijah je sledil organiziran prevoz do hotela.

Drugi dan smo lahko gledali prenos operacije v živo, in sicer laparoskopske histerektomije – raka maternične sluznice. Po uvajanju optike se je izkazalo, da gre tudi za rak jajčnikov stadija IIIC, zato so naredili konverzijo v laparotomijo. Sledila so predavanja o francoskih in

## Spodbudna statistika

Nina Mazi

Umrljivost otrok na svetovni ravni se na pragu 21. stoletja znižuje. Podatki globalne statistike o umrljivosti otrok od 0 do 5 let starosti pričajo, da je trend zniževanja natalne umrljivosti spodbuden. Po podatkih SZO in Unicefa se je umrljivost novorojenčkov, dojenčkov in ostalih otrok do 5. leta starosti na globalni ravni v zadnjih 18 letih zmanjšala kar za 27 odstotkov (povprečno 1,5 odstotka na leto). Leta 1990 je na svetu umrlo dobrih 12,5 milijona otrok do 5. leta starosti, leta 2007 pa 3,5 milijona manj, le 9 milijonov.

Po umrljivosti dojenčkov, ki velja za enega najbolj kompleksnih kazalnikov kakovosti življenja in zdravja, je Slovenija v letih 2001 (4,2 na 1000 živorojenih otrok) in 2002 (3,8 na 1000 živorojenih otrok) že presegla povprečje EU-15. Nižjo stopnjo umrljivosti novorojenčkov in dojenčkov imajo le Finska, Španija in Švedska.

Direktor osrednjega SZO urada za statistiko Ties Boerma je zadovoljen z dosedanjimi dosežki na tem področju, hkrati pa poudarja, da je razmere mogoče še izboljšati tako na področju neonatalne umrljivosti in umrljivosti otrok kot tudi maternalne umrljivosti. Slednja predstavlja velik izziv za Slovenijo. Stopnja maternalne umrljivosti (umrljivost med nosečnostjo, ob porodu in v poporodnem obdobju) je v naši državi znatno višja od povprečja EU-15. Leta 2000 je v RS maternalna umrljivost znašala 27,8 žensk na 100.000 živorojenih otrok; povprečje v EU-15 je tedaj znašalo 5,1. Med državami z najnižjo maternalno umrljivostjo velja izpostaviti Irsko s stopnjo 1,8.

Viri: WHO, Unicef, Surs, Eurostat

nemških izkušnjah z radikalno laparoskopsko odstranitvijo maternice ter o tehnikah, rezultatih in indikacijah za radikalno trahelektomijo. Po kosilu smo v laboratorijski enoti nadaljevali s treningom na intubiranih svinjah. Zvečer smo imeli slavnostno večerjo v eni izmed znanih strasbourških restavracij.

V sredo so nam pokazali tehnike ekstra- oz. intraperitonealnega laparoskopskega pristopa, nato pa smo si ogledali operacijo v živo, in sicer histerektomijo z limfadenektomijo. V popoldanskem sklopu predavanj smo poslušali o izbiri pacientk za laparoskopijo pri napredovalem raku jajčnikov, o pomenu »sentinel node« pri raku materničnega vratu, o laparoskopskem pristopu pri mejno malignih tumorjih jajčnikov, o obravnavi sumljivih tvorb jajčnikov ter si nato ogledali laparoskopsko pelvično eksenteracijo.

Na koncu tečaja je sledila svečana podelitev certifikatov. Tečaju so namenili 18 izobraževalnih točk.

### Zaključek

Po podatkih glavne tajnice prof. Wattieza se je različnih tečajev laparoskopske kirurgije v Strasbourgu do sedaj udeležilo 34 kirurgov iz Slovenije, med njimi le jaz kot ginekolog onkolog.

Zaradi naraščajoče incidence rakavih ginekoloških bolezni, predvsem raka maternične sluznice, menim, da bi se moralo vključiti v tovrstno izobraževanje čim več ginekologov iz različnih centrov, kar bi prispevalo k pravočasnemu zdravljenju teh bolnic. Priporočam, da se vsi ginekologi, ki se želijo ukvarjati z ginekološko onkologijo, udeležijo tega tečaja, kjer bodo ne samo pridobili veliko znanja, pač pa tudi sklenili veliko novih poznanstev. Tečaja se lahko naenkrat udeleži 34 ljudi. Do konca leta so tečaji zapolnjeni, kdor pa bi se želel prijaviti za leto 2010, naj pogleda na spletni naslov [www.ircaad.fr](http://www.ircaad.fr). Vsem kolegom, ki želijo pridobiti več informacij o izobraževanju iz ginekološke onkologije, ne samo na tem tečaju, pač pa tudi v drugih onkoloških centrih v Evropi, sem na razpolago.

Rad bi se zahvalil svojim kolegom in direktorju SB Ptuj za nesebično podporo v mojem že skoraj štiriletnem izobraževanju iz ginekološke onkologije.



Zgodovinski pregled

# Pljučni rak skozi čas

Zvonka Zupanič Slavec

Pljučni rak je bil do 20. stoletja zelo redka bolezen. Prvi so jo spoznavali renesančni zdravniki v različnih rudnikih kot »rudarsko bolezen« in jo povezovali z vdihavanjem prašnih in hlapnih delcev rude. Večinoma so bili prisotni tudi radonovi hlapi, ki se sproščajo iz uranove rude.

Rudarji so umirali mladi z znaki pljučnih bolezni. Tovrstni zapisi so ohranjeni iz leta 1761 izpod peresa zdravnika G. A. Scopolija tudi iz idrijskega živosrebrnega rudnika. Prvi v svetu znani opis pljučnega raka je prav tako iz leta 1761 in je delo italijanskega patologa Morgagnija. Šele proti koncu 19. stoletja so se patologi začeli bolj ukvarjati s pljučnim rakom, ker je njegova incidenca naraščala. Epidemiološko spremljanje je v približno 90 odstotkih kazalo na povezanost s kajenjem. Iz katrana, ki je prisoten v cigaretah, je Cook s sodelavci sredi 20. stoletja izoliral dibenzantracen, kancerogeni aromatični policiklični ogljikovodik. Sledilo je zdravstveno informiranje o nevarnostih kajenja na različnih ravneh. Za pljučnim rakom redko zbolevalo tudi nekadilci, ki imajo družinsko anamnezo te bolezni, kar kaže tudi na njeno genetsko pogojevanost. Le s preprečevanjem kajenja pa lahko preprečimo strašno epidemijo te bolezni, ki je na pohodu.

Četudi se zdi, da bi pljučni rak lahko bila ena tistih bolezni, ki so od nekdaj spremljale človeštvo, dosegljivi zgodovinski viri pričajo drugače. Delno je temu vzrok v daljši dobi razvoja pljučnega raka in kratki življenjski dobi ljudi preteklih časovnih obdobij, delno v redkih obdukcijah odmaknjenege časa, najverjetneje pa tudi v sprememljenih vzrokih njegovega nastanka.

Renesančni medicinski viri poročajo o rudarjih, ki so pogosto zbolevali za pljučnimi boleznimi in za njimi kmalu umirali. O tem piše začetnik medicine dela Nemeč Ulrich Ellenbog (1440–1499), ki je v letu 1473 napisal prvo razpravo s področja industrijske higijene na svetu *Von den giftigen besen Tempffen und Reuchen* (O strupenih hudih parah in dimih). Delo je bilo natisnjeno v Augsburgu šele leta 1524. Knjižica je bila namenjena obrtnikom, v prvi vrsti zlatarjem, kot zdravstveno-prosvetno navodilo, kako naj se zaščitijo pred škodljivimi izparinami. V angleščino je bila prevedena šele leta 1932 in objavljena v reviji Lancet.

Zgodovinsko pomembno je tudi delo Paracelsusa, sina rudniškega zdravnika iz rudnika svinca v Beljaku, ki se je že zgodaj seznanil z različnimi rudarskimi boleznimi. O njih je med leti 1530 in 1535 napisal razpravo *Von der Bergsucht und anderen Bergkrankheiten* (O rudarski bolezni in drugih poklicnih boleznih rudarjev). Natisnjena je bila v Dilingenu leta 1567. Velja za prvo znanstveno monografijo o rudarskih boleznih in hkrati o eni sami vrsti poklicnih bolezni. Paracelsus jo je posvetil rudarjem, delavcem iz talilnic, vlivalcem kovancev, zlatarjem, alkimistom in vsem, ki se ukvarjajo s kovinami in minerali. Posebej dobro je popisal t.i. »rudarsko ftizo«, to je pnevmokoniozo s tuberkuloznimi zapleti, za katero se morebiti skriva pljučni rak. Temu delu je sledila še razprava o rudarstvu *De re metallica*, ki je bila leta 1556 natisnjena v Baslu. Njen avtor Georg Bauer z latinskim priimkom Agricola (1495–1555) je bil rudniški zdravnik pri rudarjih niklja in kobalta v Schneebergu na Saškem. Tudi on

je popisal metode izkopavanja rude in predelave kovin, vendar je napisal še poglavje o boleznih rudarjev, med njimi o boleznih pljuč, kjer je predlagal preventivne ukrepe. Poudaril je pomen dobrega zračenja prostorov, da bi se zmanjšala količina prašnih in plinskih delcev, ki škodijo rudarjem. Predlagal je tudi uporabo mokre krpe

Maksim Gaspari: Lastna podoba s pipo, 1951, olje



pred usti in nosovi rudarjev. Zapisal je celo, da so nekatere z rudarji poročene žene zaradi njihove velike smrtnosti preživele celo sedem mož!

Takrat še niso vedeli, zakaj rudarji pogosto in mladi umirajo. Šele leta 1879 sta Harting in Hesse ugotovila, da so umirali zaradi pljučnega raka. Naknadno so namreč ugotovili, da so bili v rudnikih srebra, niklja, bizmuta, kobalta in arzena delavci izpostavljeni radonu, radioaktivnemu plinu, ki nastaja pri razpadu uranove in sorodnih rud. Ta je povzročal raka na pljuči. Med leti 1876 in 1938 je za posledicami te bolezni, ki je v povprečju trajala 25 let, v Nemčiji in na Češkoslovaškem zbolelo okoli 60 do 80 odstotkov rudarjev. Bolezen so imenovali *Bergkrankheit* oziroma rudarska bolezen. Čeprav so najprej krivili vdihavanje delcev rude, so naposled spoznali, da je glavni krivec izhlapevanje radioaktivnega plina radona.

Leta 1761, v šestem letu svojega dela v Idriji, je Giovanni Antonio Scopoli popisal svoja spoznanja o bolezni idrijskih rudarjev živega srebra v knjigi *De Hydrargyro Idriensi. Tentamina physico-chemico-medica* (O idrijski hidrargirozi. Poskus fizikalne, kemijske in medicinske predstavitve). Zapis natančno predstavlja zdravstvene težave tamkajšnjih rudarjev, med njimi t.i. rudarsko astmo s kašljem in dušenjem, ki jo je opisal kot pnevmokoniozo s tuberkulozo. Njeno klinično sliko je dopolnil s etiološkim raziskovanjem in z obdukcijskimi izvidi. Tudi Scopoli opisuje veliko umrljivost rudarjev.

Prvi dejanski opis pljučnega raka pripada italijanskemu patologu Morgagniju v letu 1761. V letu 1904 je Sehrt pri raziskavi uspel zbrati skupno 177 objavljenih primerov. Osem let za njim (1912) je Adler v pomembni monografiji zbral že 374 primerov. Tudi on je menil, da sodijo pljučni tumorji med

zelo redke bolezni. Že leta 1937 pa je Simons potrdil naraščanje incidence. Med drugim so raziskovalci menili, da je pljučni rak povezan s tuberkulozo, saj je bilo prav v tistem času veliko jetike. Proti koncu tridesetih let pa je po zaslugi nemških protitobačnih zakonov prevladalo prepričanje, da je bolezen vzročno povezana s kajenjem, a tudi s premogovim prahom in katranom. Prav iz katrana je Cook s sodelavci izoliral dibenzantracen, ki je bil prvi prepoznani kancerogeni aromatični policiklični ogljikovodik. V petdesetih letih so opravili temeljite študije, ki so pokazale nedvomno soodvisnost kajenja in pljučnega raka. Študije so se nadaljevale in njihovi izsledki so opozarjali, da kajenje in škodljivi dejavniki v industriji, skupaj z azbestom (mezoteliom), močno povečajo tveganje za nastanek pljučnega raka.

Kajenje, odkritje, ki je v Evropo prišlo iz novega sveta, je postopoma preplavilo ves svet in se zlasti v 20. stoletju razširilo med ljudmi. Dokler so posamezniki kadili cigare, je bila uporaba tobaka majhna. Zvijanje tobaka v cigarete je njegovo razširjenost sicer povečalo, pri tem pa je prišlo tudi do uporabe manj kakovostnega tobaka, vendar njegova uporaba še vedno ni bila množična. Ključni moment za razvoj kajenja je bil stroj za zvijanje cigaret, ki ga je patentiral James E. Bonsack leta 1881 in je proizvedel 200 cigaret na minuto z majhnimi proizvodnimi stroški. Tobačna industrija je tako začela svoj dobičkonosni pohod. Tudi čas za širjenje kajenja je bil idealen. Prihajajoča prva svetovna vojna je med ljudmi ter predvsem med vojaki in njihovimi ženami ustvarjala napatost in so ljudje iskali zadoščenje v kajenju. Poraba tobaka je naraščala in se nadaljevala tudi v času druge svetovne vojne. Kajenje se je začelo zmanjševati šele po letu 1964, ko je bilo objavljeno prvo poročilo o škodljivih posledicah kajenja, ki ga je posredoval najvišji



Vincent Van Gogh: Mrtvaška glava s prižgano cigareto (1886)

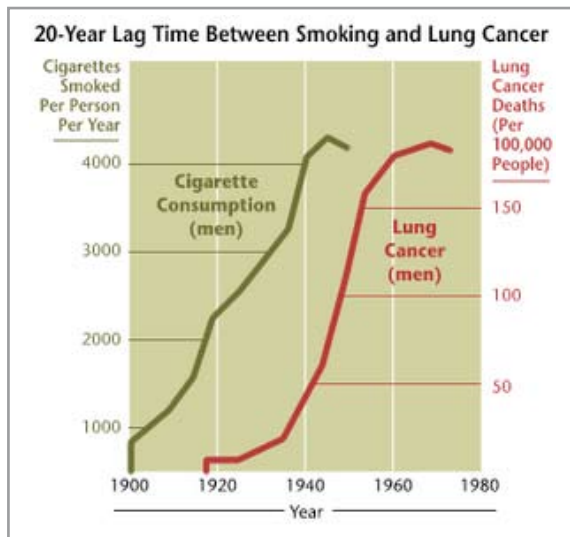
ameriški zdravstveni urad. Šele po tem poročilu so začeli na široko seznanjati ljudi o škodljivosti kajenja.

Kratek zgodovinski pregled pokaže, da je bil pljučni rak skozi zgodovino medicine redka bolezen, ki se je pojavljala pri rudarjih, kjer je bil v rudnikih prisoten radioaktivni plin radon. S širjenjem kajenja je proti koncu 19. stoletja postajal vse pogostejši, z epidemijo kajenja pa je pljučni rak postal najpogostejši maligni tumor na svetu. Ni čudno torej, da je bil že leta 1974 obravnavan na Plečnikovem memorialu, in danes, ko nas skrbijo grozljivi podatki o tej vrsti raka, se ponovno strokovno posvetujemo o tem problemu.

## Epidemiološki pogled

Bronhogeni karcinom je v industrializiranih državah najpogostejša smrtna rakava bolezen. Včasih je to veljalo predvsem za moške, med katerimi je ta vrsta raka povzročila približno tretjino smrti zaradi raka, zdaj je postal vodilna tudi pri ženskah. Največja





20-letna latentca med kajenjem in razvojem raka na pljučih

incidenca pljučnega raka je med 40. in 70. letom starosti. Razmerje med moškimi in ženskami, zbolelimi za pljučnim rakom, je trenutno 2 : 1. Zaradi bronhogenega karcinoma umre desetkrat več moških kadilcev kot nekadilcev. Epidemiološki podatki dokazujejo, da je kajenje poglavitni vzrok, ki vodi do pljučnega raka. Povezavo so dokazali pri 90 odstotkih zbolelih moških in pri 75 do 80 odstotkih vseh smrti zaradi raka na pljučih.

Incidenca pljučnega raka je rasla po letu 1878, ko so ti tumorji predstavljali le en odstotek vseh tumorjev, ki so jih zasledili pri obdukcijah patološkega inštituta dresdenske univerze v Nemčiji. Do leta 1918 je njihovo število naraslo na 10 odstotkov in do leta 1927 na več kot 14 odstotkov. Bilo je očitno, da je s prehodom v novo stoletje in s prvo svetovno vojno začelo drastično naraščati število prizadetih s pljučnim rakom. Po dolgotrajnem kroničnem bronhitisu, ki so ga opazovali pri skoraj vseh primerih, je bilo življenje zbolelih po ugotovitvi raka kratko. Zbolelim je preostalo le še 6 do 24 mesecev življenja.

Pojavljati se je začelo vprašanje, komu pripisati krivdo za tako skokovito naraščanje pljučnega raka. Prva ugibanja so se naslanjala na onesnaženost zraka, ki so jo povzročili razvoj industrije, asfaltiranje cest, uporaba

avtomobilov, ter tudi na pandemijo španske gripe leta 1917/18. Kmalu so ugotovili, da se je pljučni rak začel pogosteje pojavljati tudi pri ljudeh, ki tem dejavnikom niso bili izpostavljeni. Šele leta 1929 je nemški zdravnik Fritz Lickint prvi povezal uporabo cigaret in bolnike z rakom na pljučih ter bil prvi, ki je javnost opozoril na posledice te do tedaj domnevno neškodljive razvade. Do leta 1940, ko so z raziskavami dokazali povezanost večje uporabe tobačnih izdelkov z naraščanjem pljučnega raka, je ta vrsta raka napredovala na drugo mesto pogostnosti, takoj za rakom na želodcu. Pri ljudeh je to spoznanje povzročilo veliko negodovanja in niso bili pripravljeni sprejeti dejstva, da jih kadilska odvisnost potencialno smrtno ogroža. Tobačni izdelki so takrat postali ne le najpomembnejši vzrok za razvoj pljučnega raka, pač pa tudi edini dejavnik, pri katerem bi lahko dosegli zmanjšanje ali popolno ukinitvev uporabe.

V zadnjih desetletjih zdravniki opažajo razlike pri pogostnosti pojavljanja določenih oblik pljučnega raka. V zgodnjih študijah so kot najpogostejšo obliko navajali ploščatocelični karcinom epitelijskega tipa, ki obdaja dihalne poti, sedaj postaja vse pogostejši periferni adenokarcinom. To je verjetno posledica sprememb, ki so jih proizvajalci uvedli pri izdelovanju cigaret. V želji, da bi zmanjšali vpliv škodljivih snovi tobaka, so cigaretam začeli dodajati filtre. Kadilci so se temu prilagodili z novim načinom kajenja. Da bi zadostili svoji potrebi po tobaku in dosegli enak učinek kot prej, so začeli inhalirati globlje in zadrževati dim v sebi dalj časa. S tem so se izognili policikličnim aromatskim ogljikovodikom, ki so glavni povzročitelji ploščatoceličnega karcinoma, bolj pa so se izpostavili hlapljivim karcinogenom in nitrozaminom, povzročiteljem adenokarcinoma.

Vsi dokazi o povezanosti kajenja in vdihavanja radona z nastankom pljučnega raka ostajajo le izkustveni. Eksperimentalna toksikologija je le malo prispevala k razumevanju mehanizma nastanka pljučnega raka. Doslej je bilo narejenih le nekaj študij, v katerih so s poskusi na živalih dokazali vzročno povezanost med kajenjem tobaka in nastankom pljučnega raka. Dandanes pa tudi vidimo primere pljučnega raka pri nekadilcih. Nekateri med njimi imajo tudi družinsko anamnezo, kar govori za dednost. Nekateri posamezniki pa imajo moten metabolizem in proizvajajo več prostih radikalov, kar prav tako prispeva h karcinogenezi. Bodoče molekularne raziskave bodo gotovo tekle tudi v tej smeri.

Boj proti uporabi tobačnih izdelkov se nadaljuje. Zdravstvo po vsem svetu se trudi, da bi ljudje spoznali škodljive posledice te razvade. O tem obveščajo revije, časopisi in drugi mediji, še vedno pa so po svetu milijoni ljudi, ki umirajo za posledicami kajenja. Nekatero državo, med njimi v letu 2007 tudi Slovenija, so stopile še korak naprej. Prepoved kajenja v javnih zaprtih prostorih se je razširila na vse zaprte prostore. Kajenje postaja bolj in bolj nezaželena razvada in ljudje se vedno bolj zavedajo temačne poti, po kateri lahko vodi. Vprašanje je, kdaj se bodo tudi tobačni izdelki pridružili skupini preostalih prepovedanih substanc.

Zahvala: za sodelovanje se zahvaljujem prof. dr. Tomažu Rottu in Janezu Burniku, dr. med.

Literatura je na voljo pri avtorici.

## Napoved kongresa

# Evropski sestanek klinične in raziskovalne oftalmologije letos še tretjič v Portorožu

Marko Hawlina

**Od 30. septembra do 3. oktobra 2009 bo v kongresnem centru Bernardin v Portorožu potekal 12. kongres združenja za klinično in raziskovalno oftalmologijo, European Association for Vision and Eye Research (EVER), na katerem bodo predstavljeni najpomembnejši novi dosežki v oftalmologiji.**

Letošnji program bo imel sedem plenarnih predavanj najvidnejših svetovnih strokovnjakov, preko 40 tematskih kratkih simpozijev, preko 250 vabljenih predavateljev in več kot deset tečajev. EVER bo gostil tudi predstavnike mednarodnih združenj, kot so American Association for Vision Research (ARVO), Ophthalmic Oncology Group (OOG), International Society for Clinical Electrophysiology of Vision (ISCEV), European Vision Institute (EVI) in drugih. Združenje EVER organizira kongres v sodelovanju z Združenjem oftalmologov Slovenije ob

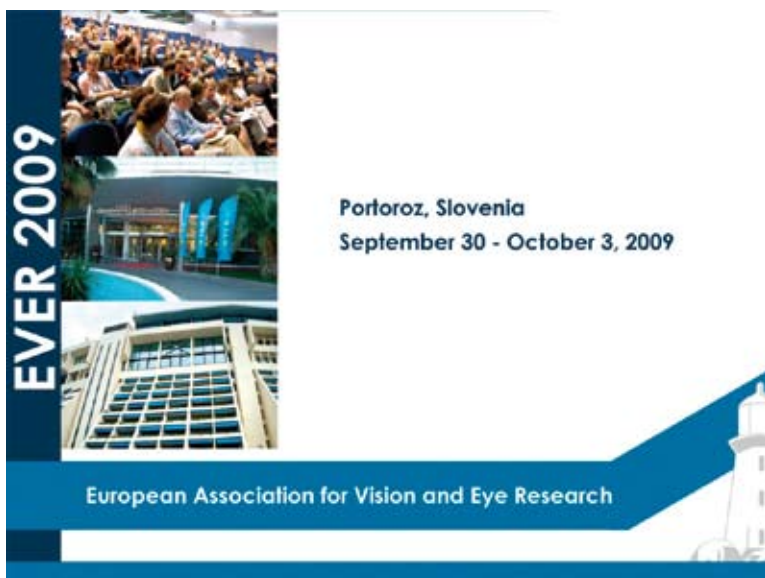
pomoči kongresne agencije Cankarjev dom. Kot vsako leto, pričakujemo preko 900 udeležencev iz vsega sveta. UEMS je kongresu podelil 21 kreditnih točk.

V okviru kongresa bosta tudi letos organizirana dva tečaja, ki ju organizira European Board of Ophthalmology (EBO) iz bolezni mrežnice in iz očesne onkologije za specializante, ki se pripravljajo na evropski specialistični izpit v Parizu v maju 2010, ter tečaj za učenje učiteljev. Uradna revija združenja EVER je Acta Ophthalmologica, revija z enim najvišjih faktorjev vpliva v oftalmologiji.

Že v lanskem letu je bila poleg kongresa organizirana delavnica za učenje učiteljev (Programme directors course) v soorganizaciji vseh mednarodnih izobraževalnih združenj, sestanek pa je s svojim obiskom počastil dr. Janez Potočnik, evropski komisar za razvoj in raziskave.

Združenje EVER, ki je imelo doslej svoje kongrese v Franciji, Španiji in na Portugalskem, se po treh letih gostovanja v Sloveniji v letu 2010 seli na Kreto. V letošnjem letu bo predsedstvo iz rok prof. dr. Charlesa Rive iz Švice prevzel prof. dr. Graham Holder iz Velike Britanije, s katerim že veliko let sodelujemo na področju vidne elektrofizilogije.

Slovenski oftalmologi se bodo tudi letos predstavili z mnogimi aktivnimi prispevki. Kar dve naši udeleženci, asist. mag. Nataša Vidovič Valentinčič in Špela Štunf, dr. med., sta bili na podlagi kakovosti izvlečka izbrani med desetimi dobitniki posebne nagrade v višini 400 EUR. Z organizacijo in aktivno udeležbo naših kolegov na kongresu EVER se je povečal pomen slovenske oftalmologije, ki postaja vse bolj prepoznavna v evropskem merilu.



Kongresni napovednik

# Kako napisati medicinski članek

Ob obisku urednika Wiener Klinische Wochenschrift, prof. Wilfreda Drumla

*Mitja Lainščak, Mitja Košnik*

**Pisanje medicinskih člankov je zahtevna naloga, za katero praktično ni rednega formalnega izobraževanja. Podobno velja za recenziranje, branje in kritično interpretacijo medicinskih člankov. Navkljub temu obseg informacij v strokovnih in znanstvenih revijah narašča iz leta v leto in postaja vedno manj obvladljiv.**

Pisanje medicinskega članka je zahteven in dolgotrajen proces, pri katerem je koristno upoštevati veljavna priporočila, izkušnje uveljavljenih avtorjev in kritično mnenje kolegov. V Bolnišnici Golnik smo 17. junija 2009 pripravili serijo predavanj o pisanju medicinskih člankov. Nekaj osnovnih navodil in opomnikov, ki veljajo tako za začetnike kot tudi izkušene avtorje, je podal Mitja Lainščak. Poudaril je pomen spremnega pisma, ki avtorju omogoča, da uredniku predstavi prednosti in pomen svojega dela za strokovno javnost. Hkrati je treba dosledno upoštevati navodila za avtorje, ki se lahko med revijami tudi pomembno razlikujejo.

Sledil je interaktivni prikaz uredniškega postopka, ki so ga v vlogi avtorja, urednika in recenzenta prikazali Peter Korošec, Mitja Lainščak in Mitja Košnik. Opozorili so na najbolj pomembne točke v postopku tehnične priprave članka in postopkov, ki sledijo, ko avtor članek pošlje v revijo. Hkrati so opisali interakcijo med recenzentom in avtorjem ter vpliv recenzentove ocene na odločitev urednika. Naš gost iz dunajske Allgemeines Krankenhaus prof. Wilfred Druml je predstavil zgodovino ter usmeritev revije Wiener Klinische Wochenschrift – The Middle European Journal of Medicine. Revija je bila ustanovljena že leta 1888 in med ustanovitelji je bil tudi znani kirurg Billroth. Revija bo tudi v prihodnosti usmerjena v klinično uporabne objave, vključno s predstavitvami primerov, ki jih veliko drugih revij opušča.

Predavanja smo pripravili ob izidu tematske številke Wiener Klinische Wochenschrift »Pulmonary disease and allergy – a comprehensive view«.



Naslovnica tematske številke Wiener Klinische Wochenschrift »Pulmonary disease and allergy – a comprehensive view«. Vsebinska je dosegljiva na naslovu [www.springerlink.com/content/112448/](http://www.springerlink.com/content/112448/)

# Kako kritično brati strokovne in znanstvene članke?

Obisk prof. Iana Tannocka

Tanja Čufer, Mitja Košnik

Konec junija je Slovenijo ponovno obiskal prof. Ian Tannock, profesor internistične onkologije iz Princess Margaret Hospital v Torontu. Prof. Tannock je eden vodilnih svetovnih onkologov, ki je svoje življenje v celoti posvetil raziskovalnemu in pedagoškemu delu na področju onkologije in preko tega neprecenljivi skrbi za boljšo oskrbo rakavih bolnikov po svetu. V več desetletjih plodnega dela je bistveno prispeval k novim znanjem na širšem področju onkologije in k njihovemu prenosu v vsakodnevno klinično delo. Neprecenljiv je njegov doprinos k razumevanju biologije raka, delovanja citostatikov, pa tudi vrednotenja kakovosti življenja rakavih bolnikov. Njegovo delo obsega več stotin člankov, objavljenih v najuglednejših svetovnih onkoloških časopisih, in vrsto bazičnih učbenikov na področju onkologije, kot je tudi njegov zadnji učbenik *The basic Science in Oncology*. Zadnja leta prof. Tannock posveča veliko svojega dragocenega časa učenju mladih onkologov po svetu. Njegova predavanja so ena najbolje obiskanih in cenjenih predavanj na najpomembnejših svetovnih srečanjih kliničnih onkologov, kot je srečanje ASCO (American Society of Clinical Oncology).

V veliko veselje in čast nam je bilo, da je prof. Tannock, potem ko se je udeležil 6. Srednjeevropskega onkološkega kongresa (Central European Oncology Congress – CEOC) v Opatiji, našel čas za kratek obisk Slovenije in Bolnišnice Golnik – Univerzitetne bolnišnice za pljučne bolezni in alergijo. Kot velik prijatelj Slovenije in gora je obisk združil s krajšim obiskom Julijskih Alp, nato pa en dan posvetil obisku naše bolnišnice. Navdušen je bil nad urejenostjo bolnišnice, predvsem pa nad zanimanjem mladih kolegov za pridobivanje novih znanj in nad njihovim samostojnim delom, ki ga je spoznal že med predstavitvijo na CEOC.

Prof. Tannock je imel zelo lepo in poučno predavanja o tem, kako kritično brati strokovne in znanstvene članke »**Reading the Literature with a Critical Eye: Recognizing and Learning from the Mistakes of Others**«. Predavanje je zelo didaktično razdelil na več vprašanj:

- Ali je vprašanje, ki ga obravnava raziskava, sploh pomembno? V *New Engl J Med* 1991; 325: 164–70 je bila objavljena raziskava, ki je pokazala, da rastni dejavnik GM-CSF pri bolnikih z drobnoceličnim rakom pljuč, ki so zdravljeni s določeno intenzivno kemoterapijo, zmanjša pogostost febrilne nevtropenije od 57 na 28 odstotkov. Zmanjšanje je bilo seveda značilno, vendar pa je znano, da je standardna neintenzivna kemoterapija približno enako učinkovita in se s febrilno nevtropenijo zaplete le v 15 odstotkih.

- Ali je zasnova raziskave primerna? Raziskave nekega zdravljenja v primerjavi s placebom praviloma dajo pozitiven rezultat. Vendar zaradi različnih zasnov in kriterijev izbire bolnikov izsledke takih raziskav težko primerjamo med sabo. Bistveno več nam povedo raziskave, ki primerjajo dve vrsti zdravljenj.
- Ali so izidi, ki jih v raziskavi preučujejo, pomembni za bolnika? V kliničnih raziskavah raka so bistveni predvsem izidi, ki kažejo, ali novo zdravljenje podaljša preživetje in/ali izboljša kakovost življenja. Ker pa raziskovalci želijo do rezultata čim hitreje, namesto preživetja velikokrat uporabijo neke nadomestne izide, npr. spremembo velikosti tumorja. V *Lancet* 2002; 359: 2131–9 so objavili študijo, ki je pokazala, da kar 89 odstotkov žensk v skupini z anastralolom živi vsaj tri leta brez ponovitve bolezni, v skupini s tamoksifonom pa le 87 odstotkov žensk ( $p = 0,013$ ). Pri bolezni, pri kateri sicer pričakujemo veliko bolnic z desetletnim preživetjem, so zaključke objavili po triletnem medianem spremljanju bolnic. V tem času je bila celotna smrtnost v obeh skupinah primerljiva, kar pomeni, da novejšo zdravilo sicer bolje deluje na tumor, povzroči pa več smrti iz drugih razlogov. Po 10 letih spremljanja je celotno preživetje v obeh skupinah še vedno povsem enako (*JCO* 2009; 27: 840–2). Podatkov o kakovosti življenja praktično ni.
- Ali so zaključki študije v skladu z njeno zasnovo in rezultati? Na primer, pozitivnih rezultatov študije zdravljenja napredovalega raka, v katero so vključili samo bolnike z zelo dobrim performance statusom, ne smemo posplošiti na vse bolnike z napredovalim rakom (tudi tiste s slabim performance statusom), katere srečujemo in zdravimo v vsakodnevni klinični praksi.

Sledile so še tri predstavitve specializantov – predstavili so svoje prispevke na kongresu CEOC. Delo je bilo opravljeno v Bolnišnici Golnik v sodelovanju s fakultetama za farmacijo in za računalništvo Univerze v Ljubljani. Tanja Ovcariček je pokazala, da je povišan CRP neugoden napovedni dejavnik poteka bolezni pri bolnikih, zdravljenih s kemoterapijo zaradi nedrobnoceličnega pljučnega raka. Mirko Lekić je predstavil retrospektivno analizo preživetij bolnikov z drobnoceličnim rakom pljuč, zdravljenih v vsakodnevni klinični praksi, glede na obseg bolezni in zasevke v CZS. Janez Toni je predstavil vzorce predpisovanja laksativov bolnikom, ki so zdravljeni z opijati. O vseh treh prispevkih smo razpravljali, upoštevaše štiri vprašanja, na katera nas je v uvodnem predavanju opozoril prof. Tannock.

# Navodila za obravnavo bolnika s Creutzfeldt-Jakobovo boleznijo

*Nuška Čakš Jager*

**Center za nalezljive bolezni Inštituta za varovanje zdravja je izdal brošuro z navodili za obravnavo bolnika s Creutzfeldt-Jakobovo boleznijo, ki je najpogostejša prionska bolezen oziroma prenosljiva spongiformna encefalopatija (TSE) pri človeku.**

Kot številne druge prenosljive bolezni, smo CJB po veljavnih zakonih v Sloveniji zavezani slediti, analizirati dejavnike tveganja in izvajati potrebne ukrepe za preprečevanje prenosa. Slovenija kot polnopravna članica Evropske unije sodeluje v projektu EUROCCJD (The European and Allied Countries Collaborative Study Group of CJD) in je Evropski uniji dolžna poročati o vsakem primeru človeške prionske bolezni. Projekt združuje evropske in druge države pri spremljanju pojavljanja prionskih bolezni pri človeku, diagnostiki in zdravstveni oskrbi.

Do konca leta 2008 je bilo v Sloveniji ugotovljenih 38 primerov sporadične oblike CJB in en primer GSS (Gerstmann-Sträussler-Scheinkerjevega sindroma). Incidenca

s CJB po letu 2001 je 1,8 primera na milijon prebivalcev na leto in je primerljiva s stanjem v razvitem svetu. Za ugotavljanje dejanske incidence CJB so ključnega pomena pravilna diagnostika, klasifikacija primerov, prijava bolezni in sledenje epidemioloških vzorcev.

Z izpostavljanjem problemov in s predlaganimi rešitvami želimo skupaj s slovenskimi zdravniki in drugimi zdravstvenimi delavci oblikovati in uvesti standardizirano celovito obravnavo bolnikov s CJB, ki naj bi omogočila prepoznavanje vseh primerov. Z ustrezno dobro prakso na področju diagnostike in epidemiološke obravnave bo mogoče tudi prepoznavanje pojava vCJB, to je nove oblike te prionske bolezni.

Zloženska, ki je dosegljiva tudi na spletnih straneh IVZ, je namenjena zdravnikom, predvsem nevrologom, psihiatrom, geriatrom, internistom in družinskim zdravnikom, in drugim zdravstvenim delavcem, ki se pri svojem delu srečujejo z bolniki s sumom na CJB.



# Stoletnica Ortopedske bolnišnice Valdoltra

*Srečko Herman*

Največja ortopedska bolnišnica v Sloveniji Valdoltra letos praznuje stoletnico. Svečani jubilej je obeležila 18. in 19. junija 2009. Prvi dan je bila slavnostna akademija z visokimi gosti iz Slovenije na čelu s predsednikom republike dr. Danilom Türkom in njegovo soprogo. Med gosti so bili tudi minister za zdravstvo gospod Borut Miklavčič, rektor Univerze na Primorskem prof. dr. Bohinc, koprski župan gospod Popovič, piranski župan gospod Gantar, koprski škof dr. Piriš ter predstavniki zdravstvenih in ortopedskih ustanov iz Slovenije in zamejstva. Kulturni in razvedrilni program je bil izredno posrečeno izbran in predstavljen.

Slavnostno akademijo smo pričeli v dvorani bolnišnice s predstavitvenim filmom »Simfonija v belem skozi čas«, ki nam je lepo predstavil bolnišnico, zaposlene in njihovo delo. Filmu je sledil pozdravni nagovor direktorja bolnišnice prim. mag. Venčeslava Pišota, nato pa je sledil slavnostni govor predsednika Republike Slovenije dr. Danila Türka, v katerem se je dotaknil tudi aktualnega dogajanja v slovenskem zdravstvu, zlasti priprave novega zakona o zdravstvu.

Po govornem delu slavnostne akademije smo se udeležili vodenega ogleda bolnišnice in sprehoda po njenih rožnih vrtovih, ki je bil popestren s kulturnim programom. V njem so

nastopali: godalni orkester iz Sežane pod taktirko g. Pegana, z balkona bolnišnice so nam peli otroci iz šole v Kopru, na obmorski verandi sta del svojega programa predstavila baletna plesalca iz Pirana, ob morju in na morju so nastopili člani plesno-akrobatske skupine Flip, otroci in mladina okoliških šol in kajakaškega kluba. Pogovorni del smo nato nadaljevali pod košatimi pinijami in borovci na vrtu bolnišnice in ga popestrili z odličnimi prehrabnenimi specialitetami Primorske in Slovenske Istre ter z vini Vina Koper. Da je bilo vzdušje na višku, je poskrbelo tudi prekrasno sončno vreme.

Drugi dan (19. junij 2009) je bil namenjen mednarodnemu ortopedskemu simpoziju, ki ga je programsko organizirala prof. dr. Ingrid Milošev, pomočnica direktorja za znanstveno-raziskovalno in pedagoško področje.

Strokovni program je bil izredno skrbno sestavljen in je v celoti predstavil današnje stanje in razvoj Ortopedske bolnišnice Valdoltra. Poleg domačih predavateljev so predavali tudi tuji gostje: iz Avstrije prof. dr. Karel Zweymüller, prof. dr. Karel Perner in prof. dr. Felix Lindtner, iz Italije prof. Francesco Benazzo ter prof. Roy Bloebaum iz Amerike. Strokovnega dela se je udeležilo preko 50 slovenskih ortopedov.



100-letno obdobje bolnišnice Valdoltra lahko razdelimo na več obdobj. Začelo se je pod Avstro-Ogrsko v letih 1909 do 1918. Društvo prijateljev otrok iz Trsta je v letu 1904 dobilo od društva za boj proti tuberkulozi del obale v Ankaranu, avstrijski Rdeči križ pa je prispeval dve montažni baraki. Ker je bilo poskusno obratovanje uspešno, je društvo prijateljev otrok po temeljnih raziskavah klimatskih in vodnih razmer odkupilo 20 hektarjev zemljišča v Valdoltri in pripravilo načrte za letoletno okrevališče. Takoj so pričeli z gradnjo vseh potrebnih objektov in do maja 1909 v glavnem dokončali gradnjo, tako da je zdravilišče oz. okrevališče delovalo še isto poletje. Imenovalo se je Ospizio marino di Valdoltra. To je bila najmodernejša zdravstvena ustanova, urejena za konzervativno in operativno zdravljenje vseh oblik kostne in sklepne tuberkuloze in drugih ortopedskih bolezni, namenjena pa je bila predvsem revnim otrokom iz Trsta in okolice ter Istre, vendar so se zdravili v njej praktično otroci iz vse avstro-ogrške mornarhije. Poudarek je bil na zdravljenju z uporabo talaso-, helio- in hidroterapije. Uspešnost zdravljenja se je kazala tudi v vedno večjem prihodu bolnikov, tako da je leta 1914 zdravilišče imelo že 300 postelj.

Po koncu I. svetovne vojne in s poveljno politično razdelitvijo se za bolnišnico Valdoltra prične obdobje kraljevine Italije, ki je trajalo od leta 1919 do 1943. Italijanska vojaška uprava je po zasedbi Primorske takoj začela obnavljati bolnišnico, tako da je že julija 1919 lahko sprejela prve bolnike. Prvi dve leti je stroške obratovanja bolnišnice kril ameriški Rdeči križ, ker pa društvo prijateljev otrok ni moglo samo vzdrževati ustanove, je 1. septembra 1920 ustanovo predalo italijanskemu Rdečemu križu. Pod okriljem Rdečega križa se je bolnišnica hitro razvijala, odprli so oddelek za vojne invalide ter pričeli s kirurškim zdravljenjem tuberkuloze. Pokroviteljstvo nad bolnišnico je prevzela kraljica mati, zato se je preimenovala v Ospizio marino duchessa Elena d'Aosta. Ob koncu 20. let pa je ime Ospizio nadomestila beseda ospedale – bolnišnica.

Bolnišnica je bila zelo dobro opremljena tako za konzervativno, operativno in fizioterapevtsko terapijo. Imela je lasten rentgenski aparat in mavčarno ter je uvajala sodobne metode zdravljenja kostne in sklepne tuberkuloze. Dodali so še aktinoterapijo (žarkovno) in za lažje bolnike tudi tako imenovano švedsko gimnastiko. Obvladali so tehniko lokalne anestezije, po rentgenskem slikanju pa uvedli

posteroanteriorno polstransko projekcijo. Bolnišnica je delovala tudi raziskovalno in je imela laboratorije za kemijske raziskave ter izvajanje poskusov na živalih.

Postopoma je uvajala tudi zdravljenje odraslih. Bolnišnica je nato delovala vse do kapitulacije Italije septembra 1943, ko jo je zasedla nemška vojska. Ob koncu 2. svetovne vojne bolnišnica preide pod vojaško upravo Jugoslovanske armade od 1945. do 1954. leta. Kljub temu, da ozemlje formalno še ni bilo vključeno v jugoslovansko državo, so bolnišnico vključili v mrežo zdravstvenih ustanov in pričeli z zdravljenjem kostne in sklepne tuberkuloze (OAT). Leta 1947 je jugoslovanska vlada imenovala bolnišnico za zvezni Inštitut za OAT. Organizirana je bila prva jugoslovanska konferenca za OAT v Valdoltri leta 1947, strokovno vodstvo Inštituta pa je prevzela Ortopedska klinika v Ljubljani.

Zaradi političnih dogajanj ter ustanovitve svobodnega tržaškega ozemlja ter cone A in B je prišlo do motenj v delovanju bolnišnice in bolnišnico so morali v letu 1947 prehodno preseliti v Rovinj. Ko so razčistili tudi lastništvo z italijanskim Rdečim križem, se je pričela ponovna obnova in v obnovljene prostore so leta 1952 naselili bolnike. 17. aprila 1954 je bila izvedena tudi prva operacija. Bolnišnica je dobila naziv »Bolnica za kostno tuberkulozo Valdoltra«. Bolnišnica še ni imela lastnih zdravnikov, ampak so prihajali v Valdoltra specialisti ortopedi in anesteziologi iz Ortopedske klinike v Ljubljani.

Sledilo je obdobje razvoja in delovanja bolnišnice v okviru Jugoslavije v letih 1955 do 1991. Po podpisu londonskega sporazuma v letu 1954 je cona B pripadla Jugoslaviji in s tem tudi bolnišnica Valdoltra. Začel se je postopen razvoj, v letu 1958 dobi bolnišnica tudi lastnega zdravnika specialista dr. Vaclava Pišota, ki nato bolnišnico vodi do svoje smrti leta 1984. Zaradi spremembe patologije in upada TBC se je struktura bolnikov spremenila, zato se bolnišnica za kostno in sklepno tuberkulozo Valdoltra v letu 1961 preimenuje v »Ortopedska bolnica Valdoltra«.

Prihajali so novi zdravniki in drugo osebje in bolnišnica se je postopoma uspešno usmerila v razvoj moderne ortopedije. Po smrti dr. Vaclava Pišota je bolnišnico dve leti vodil dr. Aleksander Špehar, v letu 1986 pa je vodstvo bolnišnice prevzel prim. mag. Venčeslav Pišot, ki jo vodi še sedaj. Bolnišnica se postopoma razvija v moderno ortopedsko



Prim. mag. Venčeslav Pišot

bolnišnico z vsemi sodobnimi diagnostičnimi in terapevtskimi oddelki. V zadnjih spremembah statuta iz 1. februarja 2007 bolnišnica kot javni zavod opravlja zdravstveno dejavnost na sekundarni in terciarni ravni. Število operacij letno strmo narašča in je v letu 2008 doseglo številko 3880. Vstavlja se vsi najmodernejši tipi cementiranih in necementiranih endoprotez kolka, kolena, ramena in skočnega sklepa. Izreden je razvoj artroskopije. Pri hrbteničnih operacijah se uporabljajo najnovejše metode. Uvedli so specializacijo za posamezna telesna področja: patologijo in poškodbe kolena, kolka, ramena in hrbtenice. V pripravi je tudi skupina za kirurgijo roke in stopala. Bolnišnica ima lastne anesteziologe in oddelek za slikovno diagnostiko z vsemi sodobnimi napravami, vključno s CT in MRI. Imajo bogato razvito fizioterapijo, lastno laboratorijsko dejavnost in lekarniško službo.

Bolnišnica ima dobro razvito tudi raziskovalno dejavnost, ima lastnega direktorja za znanstvenoraziskovalno in pedagoško področje, šest magistrov znanosti, objave v svetovnih revijah, vključeni pa so tudi v mednarodne znanstvenoraziskovalne projekte. Sodelujejo tudi z Univerzo na Primorskem. Specialisti bolnišnice Valdoltra niso omejeni samo na udeležbo na kongresih v tujini, temveč tudi sami organizirajo mednarodno odmevna strokovna srečanja. Ortopedska bolnišnica Valdoltra je odmevno predstavljena s svojim delom tako v slovenskem kot tudi mednarodnem prostoru.

Bolnišnici Valdoltra želimo, da se enako uspešno razvija še naprej!

## Obvestilo uredništva

Spoštovani avtorji prispevkov za revijo Isis, sporočamo vam, da smo se v uredništvu odločili za spremembo datuma, do katerega sprejemamo prispevke za naslednjo številko. Novi rok za oddajo prispevkov v naše uredništvo je do 5. v mesecu za naslednji mesec.

Gradivo za oktobrsko številko bomo torej sprejemali do 5. septembra.

Za spremembo roka oddaje prispevkov smo se odločili, da bi imeli na voljo nekoliko več časa za ureditev, lektoriranje prispevkov in oblikovanje revije.

Prosimo za razumevanje.

*Uredništvo*



Iz spomina

# Prof. Franc Hribar (4. 3. 1895–28. 12. 1967), pisec prvega slovenskega učbenika patologije

*Albert Juteršek*

Po pripovedi njegove sedaj že pokojne nečakinje, je bilo pri njegovi rojstni hiši v Malih Lipljah v Tuhinjski dolini dvanajst otrok. Torej se je moralo zgoditi nekaj nenavadnega, da je šel fant s kmetov tisti čas študirat, pa še celo medicino.

Pri njegovih predavanjih je bila predavalnica polna. Redko so ga med predavanjem prišli poklicat in opravičil se je, da mora iti pogledat zmrzli rez med operacijo. Med njegovo odsotnostjo je vladal nenavaden mir.

Tudi kot zdravnik začetnik na patologiji sem poslušal njegova predavanja, potem ko sem končal svoje delo v mrtvašnici. Pri predavanjih je prikazal histološke preparate in pomembne spremembe na organih z obdukcij, včasih pa je razmišljal o minulih časih. Tako je povedal o obisku nemškega oficirja v mrtvašnici med vojno. Ta ga je posvaril, da se ve o pošiljanju zdravil iz bolnišnice preko mrtvašnice v partizane, z natanko istimi besedami, kot jih je navedel koncem devetdesetih let o tem gospod G. H. v prilogi časnika.

Nekoč nam je dal v razmislek: »V času, ko sem bil otrok, smo otroci svoje starše onikali, kar je drugače, kot je v navadi danes«. Nato je nadaljeval: »Ko je moja mati pred peko kruha razgrebala žerjavico v peči, sem opazil, kako so v soju žarenja iz peči postali njeni lasje svetli, beli. Prese- nečen sem ji rekel: »Mat', oni imajo pa bele lase!« Pa me je zavrnila: »I, saj če jih ti nočeš imeti, pa prej škripni!«

Nekoč proti koncu svojih predavanj je povedal: »Rodil sem se kot dvojček, kot praviyo, identični dvojček. Bilo je veliko snega in h krstu sta naju boter in botrica peljala v kar precej oddaljeno farno cerkev z vprego s sanmi in kraguljčki. Krstili so naju za Janeza in Franceta. Po opravljenem krstu sta boter in botrica skupaj s krščencema odšla v gostilno ob cerkvi in tam sta jedla in še več popila. Postala sta dobre volje in proti večeru so se odpeljali domov. Doma na pragu jih je pričakala mati, ki je presenečena vprašala, kje je drugi otrok. Ni ga bilo na saneh. Šli so ga iskat in ga našli spečega v naoranem snegu ob cesti. Med vožnjo je, ne da bi kdo opazil, padel s sani. Potem se je zgodilo, da je čez mesec

dni umrl en dvojček. Tisti, ki je ostal na saneh. Vendar jaz še danes ne morem ugotoviti in sem vedno v dvomih, ali sem v resnici France ali pa Janez.«

Ko je opazil utrujenost pri poslušalcih, študentih tretjega letnika medicine, je nenadoma zaklical: »Viktor!« Iz temnega kota predavalnice, kjer je dremal, zaščiteno pred pogledi poslušalcev, je prišel gospod Viktor, brez katerega projekcije histoloških preparatov ne bi bilo. Precej hitro je usposobil mikroskopski projektor na obločnico z ogletnima elektrodama, ki sta s svojim cvrčanjem pri vžigu zbujali veliko pričakovanje: ali se bo prikazal svetlobni snop ali pa bo napravo s pokom razneslo.

Tudi na svojem zadnjem predavanju je poklical pred platno bližnjega študenta. Preparat je prikazoval organ, ki je bil na prvi pogled povsem podoben tkivu ščitnice. Prof. Hribar je rekel: »Kdor pa tole ugame, mora biti pa že precej »vif! To je tkivo ledvice pri kroničnem pielonefritisu!« In s tem je zaključil predavanja.



# Poročilo s potovanja v prostoru in času

*Mare Cestnik*

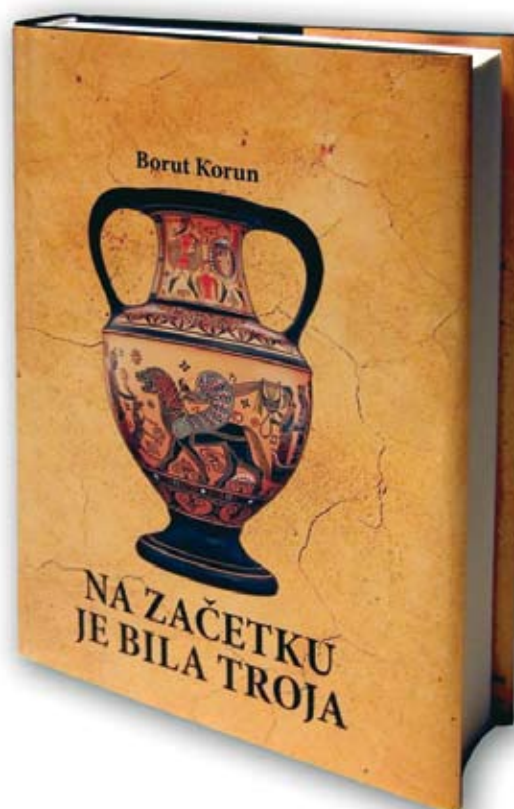
**Borut Korun: Na začetku je bila Troja – med mitom in resničnostjo stare Grčije (fotografije: Borut Korun in Majda Zupanc), samozaložba, Velenje, 2009.**

Borut Korun, po študiju in poklicu zobozdravnik, oče treh otrok, ki je med delom študiral tudi etnologijo, zdravo raziskovalen športnik (veslač na naravno tekočih vodah), predvsem pa nepopoljšljivo radoveden in odprt popotnik ter zlahten potopisec s spoštljivo in široko priznano bibliografijo. Njegov južnoameriški potopis **Kondorjev klic** je bil dolga leta gimnazijsko obvezno čtivo, in če tej knjigi priložimo še opis poti po Srednji Ameriki z naslovom **Kača in jaguar** ter veslaško poročilo o čolnarjenju po kolumbijskih in venezuelskih rekah, ki nosi naslov **V porečju Orinoka**, nismo daleč od resničnosti trditve, da nam latinoameriško stvarnost posreduje eden največjih slovenskih poznavalcev indijanskih kultur. Posebne vrste uspešnica je bila tudi zbirka športno-avanturistično prepojenih pripovedi s pomenljivim naslovom **Reke, soteske, brzice**. Naši reki Soči pa je posvetil kajakaški vodnik z opisi okolice, kulturnimi znamenitostmi in zgodovino Posočja, ki ga je za Münchensko založbo Pollner napisal v nemščini z naslovom **Die Soča Sloweniens Smaragd**. Da je Borut Korun popotnik in pisec s kontekstom in konceptom, je dokazal s potopisno obarvano študijo o izvoru in razvoju monoteizma, ki ji drži zaslonbo avtorjevo potovanje po Egiptu in Bližnjem vzhodu, smelo in izzivalno delo z naslovom **Po stopinjah boga Atona**. Kot da se vse bolj približuje kulturni domačiji in civilizacijskim izvirom, se s svojo zadnjo knjigo zadrži v Sredozemlju – zato pa se spusti globoko v minula stoletja in tisočletja, k samim še slutenim in vsaj posredno dokazljivim začetkom: govorimo o knjigi **Na začetku je bila Troja**.

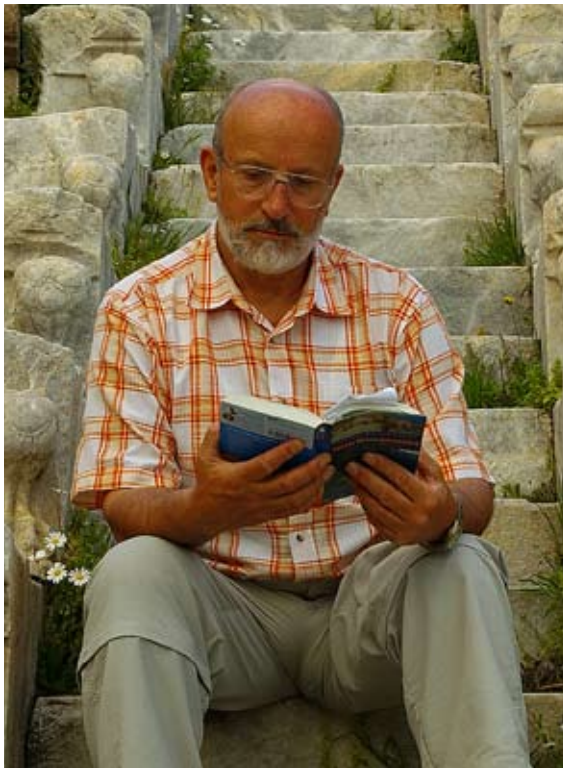
Korun pronicljivo sklepa, da so se najbolj oddaljeni predeli grške zgodovine začeli tam in takrat, kjer jih še uspeva zajeti pisava in prek nje literatura. Trojanska vojna je okrepila vpliv in razmah Grštva, kar se je po stoletjih grškega srednjega veka končno in dokončno zapisalo v **Iliadi** in **Odiseji**. Grštvo je takrat postavilo temelje vsemu, kar še dandanes pojmuje kot zahodno civilizacijo. Naslov Korunove knjige potemtakem ni ne naključen ne izsiljen.

Zato pa po drugi strani namiguje, da se v literarnoteoretskem opazovanju pisec ne podaja v nepreverljive poskuse ter ostaja pri preizkušenem tradicionalizmu. Ne samo,

da kot popotnik obiše vse kraje, ki jih presipa skozi sita zgodovinskih povezav in razmerij, tudi njegovo nizanje zgodovinopisnih tez trdno stoji na dokazih in iskateljskih dognanjih predhodnikov. Takšne vrste resnicoljubnost pa postavlja avtorju težke naloge, saj mora na zunaj morda nevnemirljive popotniške premike prikazati privlačno in brez duhamornega ponavljanja. Nikoli se dolgo ne zadrži pri sebi, temveč izmenično z zgodovinopisnimi in potopisnimi nitmi plete mrežo pripovedi, ki se razgibano, a ne razpuščeno drobi in sestavlja tako v času kot prostoru.



Knjiga **Na začetku je bila Troja** je v grobem razdeljena na tri dele. V prvem se avtorjeva potovanja po današnjih turških obalah prepletajo s pregledom dogajanj pred in med trojansko vojno ter s sočnim popisom usod in zemljepisnih izhodišč mitičnih oseb, ki so bile z njo kakorkoli povezane – tako racionalistično pregledno nam predstavi in poveže protagoniste grških razmerij med bogovi in ljudmi, da se bralec utemeljeno čudi, kako to, da nam ni še nihče tako plastično in obenem slikovito predstavil bogastva antičnih bajk. Tej nadvse uspešni strategiji ostaja zvest tudi v drugem delu knjige, kjer z dobrodušno kombinacijo simpatije in kritičnosti sledi Odiseju med njegovim



Borut Karun, avtor knjige *Na začetku je bila Troja*.

dolгим, s pustolovščinami in preizkusi nabitim vračanjem na domači otok Itako. Nekakšen uvod v to drugo tretjino knjige predstavlja obširno poglavje o Kreti, potem pa se z dobro načitanim piscem selimo na Djerbo, Malto, Sicilijo, Sardinijo, Korziko, na italijanske obale in nazaj med Jonske otoke. Tretji del knjige je nekakšna ohlapna povezava predstavitev največje grške ekonomske in vojaško-politične moči ter razvoja znanosti in umetnosti. Tu so opisane podlage pojava filozofije, matematike, medicine (gre za posebej zanimivo poglavje, kjer se v poročila o Hipokratu in asklepionih, antičnih zdraviliščih, pomešajo piščeve humorne opazke o človeški neumnosti v vseh časih), vej umetnosti, predstavljene značilnosti grške religioznosti in napovedovanja prihodnosti. Ta poglavja predstavljajo Koruna tudi kot esejista, saj ponazarjajo bogat vložek vprašujočega se intelektualca današnjega časa – in razgaljajo avtorjeve sicer strogo nadzorovane, a nemajhne literarne zmožnosti. Knjigo sklene na tleh današnje Italije, ki je z Rimom in njegovim povsem drugačnim državno-političnim konceptom dotokla usodne plodove grške neenotnosti, in v obdobju, ko je krščanstvo dokončno zatemnilo fenomen grštva in pahnilo Evropo v najmanj poldrugo tisočletje mračne absolutistične vladavine križa.

Nedvomno je tudi v slogovnem, ne le v konceptualnem in vsebinskem pogledu to doslej daleč najboljše napisana Korunova knjiga. Korun je tako rekoč porok za zanesljivost in za tiste, ki hočejo v knjigi tudi kaj najti, ne v njej zgolj neobvezno uživati, dobiti, ki mu v slovenskem knjižnem prostoru ni primerjave. Tej garanciji kakovosti pridaja svoje tudi izbor odlične, sijoče popotne fotografije, pregleden zemljevid Sredozemlja, pregledna tabela v knjigi obravnavanega zgodovinskega časa, grška veja rodbinskega drevesa mitične rodbine Tantalidov...

Knjigo **Na začetku je bila Troja** bi lahko kot uspešnico prodajala katera koli založba, zato pravzaprav začudi, čemu se je avtor odločil za samozaložbo. Tudi zato se mi zdi vredno in potrebno pripisati, kje je knjigo mogoče kupiti. In sicer poštno prek naslova: Borut Korun, Lipje 11a, 3320 Velenje, ali prek elektronske pošte z naslovom: *borut.korun@siol.net*.

# Alan Bennett: Nenavadna bralka

Marjan Kordaš

Založba Vale-Novak, Ljubljana 2008, 110 (118) str. Prevod: Miha Avanzo.

Knjiga je pa res nekaj posebnega: vsaka ima svojo pot. O slednji – o izvodu, ki sem si ga izposodil – bi pravzaprav moral napisati zgodbo. A odločil sem se drugače: še preden sem izposojeni izvod prebral, sem ga vrnil. Hkrati seveda z izvodom, ki sem ga kupil zase – in zaprosil za posvetilo. Značilno, mar ne?

*Nenavadna bralka* je opis dogajanj pri angleški kraljici, potem ko po naključju opazi, da na njenem dvorišču stoji avtobus potujoče knjižnice. Poleg voznika knjižnice je tam tudi kraljičin kuhinjski delavec Norman, da bi si izposodil kako knjigo. To je spodbuda, da si eno knjigo izposodi tudi kraljica. In začne brati... To opazijo seveda ne le tujci (evropski državniki), temveč tudi ljudje iz kraljičine neposredne bližine (njen soprog, predsednik vlade, ministri, tajniki, podtajniki, vrtnarji, kuharji itn.) in se odzivajo različno.

Čim več kraljica bere, tem več ima stikov z Normanom, ki tudi bere. Tako kraljica in Norman postaneta pogovorna partnerja o knjigah. Da bi še olajšala pogovore o knjigah, kraljica Normana povzdigne v paža. Če ne skrbi za kraljičine knjige ali če s kraljico ne razpravlja o knjigah, Norman v paževski uniformi sedi pred njenimi sobanami in – bere.

Kraljičin osebni tajnik Sir Kevin Scatchard je kraljičine bralne navade opazoval sprva z nejevoljo, nato pa z zaskrbljenostjo. Namreč, presodil je, da kraljica zaradi vse bolj poglobljenega branja zanemarja svoje državniške dolžnosti. Še več: med obiski svojih podanikov, »navadnih ljudi«, se ni več pogovarjala o nepomembnih zadevah, temveč o knjigah in njih sporočilih. V nešteti pogovorih je Sir Kevin kraljico poskusil odvrniti od branja. Sprva tako, da je pod pretvezo varčevanja odpovedal obiske potujoče knjižnice na kraljičinem dvoru. Ker to ni delovalo, se je lotil Normana, domnevnega krivca, da je kraljica začela brati. Razrešil je Normana paževske službe in ga na lastno pest, formalno pa v kraljičinem imenu poslal študirat literaturo na univerzo Norwich. Norman se je sicer

upiral, končno pa se je pokoril kraljičinemu ukazu.

Kraljica o tem seveda ni vedela ničesar. Normana je sicer pogrešala, a svojih bralnih navad ni opustila. Še več: poglobila jih je. Zdaj je to zaskrbelo celo predsednika vlade. Ki je enako kot Sir Kevin poskušal kraljico odvrniti – pravzaprav disciplinirati, da bi se vedla kot kraljica, ne pa kot strokovnjakinja za literaturo – od branja.

Zgodba se konča potem, ko kraljica protokolarno obišče univerzo Norwich. Na koncu obiska je slavnostni banket, pri katerem ne strežejo natakariji, temveč študenti. In prav Norman je tisti, ki na banketu streže kraljici. Ki ga seveda takoj spozna. In ki – tudi zaradi poznavanja literature – logično sklepa ter končno ugane mehanizem, zaradi katerega je Norman izginil iz njene okolice.

Konec zgodbe je tako zanimiv, da ga moram zamočlati. Upam, da bo moj molk dodatna spodbuda za radovednost posameznika, da bo knjigo *Nenavadna bralka* prebral. Po možnosti v enem kosu v enem dnevu.

Knjiga se mi zdi odlično prevedena. Posebnost prevoda je – vsaj zame – tudi, da nekako v ozadju slišim angleščino ter suhi angleški humor. V tem smislu je izvrsten opis zapleta s knjigo, ki jo je kraljica pozabila v kočiji (str. 31–34), preskok iz izbranega v surovo izražanje (str. 80), manipulacija, ki si jo je privoščil Sir Kevin s Sirom Claudom, ter zaključek pri kraljici (str. 82–89).

Ko iščem sporočilo knjige, ne morem mimo značilnosti pripovedi, da gre ne za bralca, temveč za bralko. Ki ni kdor koli, temveč vidna oseba (osebnost?), formalno celo šef države. Tako menim, da ima *Nenavadna bralka* vsaj tri sporočila:

- Pravilo *Človek oblikuje okolje in okolje oblikuje človeka* lahko parafraziram. Tako le: *Človek oblikuje literaturo in literatura oblikuje človeka*. Namreč, če je literatura

res literatura, jo vsak človek lahko razume po svoje, lahko celo zelo drugače, kot si je zamislil avtor. Se pravi, literatura je generator novih zamisli.

- Če človek bere, utegne o prebranem razmišljati. Čez nekaj časa je nujno *razmisleke o prebranem* sistematizirati: pregledno zapisati. Nato do zapisanega zavzeti stališče. Se strinjati ali spodbijati tisto, kar so o prebranem – pravzaprav o prebrani knjigi – zapisali drugi. Kdor hoče to početi temeljito, kot *kraljica*, pač neogibno čuti, da mora o vsaki prebrani knjigi pravzaprav napisati recenzijo. In kdor začne pisati o knjigah, prej ali slej začuti potrebo, da napiše knjigo. Da iz receptivnosti preskoči v kreativnost.
- Kraljica ima svoje svetovalce za povratno informacijo o kakovosti svojega delovanja. Vendar: kdo je tu nadzornik? In kdo nadzoruje nadzornika? Kdo (kaj) je tisti(o), ki določa, kaj je kakovost? Ker je kraljica nenavadna bralka, z napredovanjem svojega (tudi literarnega) védenja spozna, da Sir Kevin pravzaprav ni več njen osebni tajnik, temveč da hoče biti njen nadzornik. Zato takoj potegne ustrezno potezo. A ne le to. Kraljica uvidi, da jo njen kraljevski status ne osvobaja, temveč vse bolj omejuje. In potegne še eno nenavadno potezo, ki jo zmore le *nenavadna bralka*.

*Nenavadna bralka* je vsaj formalno postavljena na angleški dvor. A to je le okvir, v katerem je avtorju lažje razviti svoje misli: da je nenavadna bralka lahko kdor koli, kjer koli, kadar koli. Ki pa zato lahko naredi poslednji korak, korak k svoji popolni osvoboditvi. Ko ni več njeno poslanstvo tisto, kar določa njo. Temveč ko je ona – zdaj resnično kraljica – tista, ki določa svoje poslanstvo.

# ENOTNA PRIJAVNICA ZA UDELEŽBO NA ZDRAVNIŠKIH SREČANJIH, OBJAVLJENIH V IZIDI

(velja tudi fotokopirana prijavnica)

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

srečanje \_\_\_\_\_

ime in priimek udeleženca \_\_\_\_\_

naslov stalnega bivališča \_\_\_\_\_

Izjava – davčni zavezanec (obkroži)

da     ne

davčna številka: \_\_\_\_\_

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

Plačnik udeležbe – kotizacije \_\_\_\_\_

Naziv plačnika \_\_\_\_\_

Točen naslov sedeža plačnika \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Faks \_\_\_\_\_

E-pošta \_\_\_\_\_

Kontaktna oseba \_\_\_\_\_

Izjava – davčni zavezanec (obkroži)

da     ne

davčna številka \_\_\_\_\_

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

Kraj rojstva \_\_\_\_\_

Datum rojstva \_\_\_\_\_

Naziv delovne organizacije \_\_\_\_\_

Delovno mesto \_\_\_\_\_

Želim sodelovati:

kot predavatelj (predavanje, poster, drugo)

kot udeleženec

na praktične usposabljanju

Prosim informacije o možnostih nočitve

da

ne

Kotizacijo za srečanje bom poravnal(a)

s položnico

ob prijavi

Datum \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_

# STROKOVNA SREČANJA

AVGUST 2009

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
<b>28.–29. ob 9.00 • FUNKCIONALNA DIAGNOSTIKA IN REHABILITACIJA KRANIO-CERVIKO-MANDIBULARNIH MOTENJ</b> podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA predavalnica Stomatološke klinike	ni omejeno	podiplomsko strokovno srečanje, namenjeno zdravnikom, zobozdravnikom, specialistom vseh stomatoloških vej, fizioterapevtom	Katedra za čeljustno in zobno ortopedijo, doc. dr. Maja Ovsenik, dr. dent. med.

SEPTEMBER 2009

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
<b>5. • III. KIMAVČEV MEDICINSKI TEK</b>			
UDIN BORŠT PRI KRANJU	ni omejeno	športna prireditev za zdravnike	prof. dr. Milivoj Veličković Perat
<b>18. ob 9.00 • 2. SIMPOZIJ SLOVENSKE MEDICINSKE GENETIKE »KONTROLA KVALITETE V KLINIČNI IN LABORATORIJSKI MEDICINSKI GENETIKI«</b> podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, predavalnica (stara porodnišnica)	ni omejeno	simpozij je namenjen vsem, ki jih zanima oz. se ukvarjajo s kontrolo kakovosti na področju klinične genetike in v medicinskem laboratoriju	Združenje za medicinsko genetiko, SZD in Inštitut za medicinsko genetiko, UKC Ljubljana
<b>19. • 13. DRŽAVNO PRVENSTVO ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV V TENISU</b>			
LJUBLJANA Športni park Tivoli	***	športna prireditev za zdravnike in zobozdravnike	Slovensko zdravniško športno društvo Medicus, Teniška sekcija
<b>24. ob 9.00 • DIABETIČNA NOGA – NOVOSTI IN AKTUALNOSTI</b> podroben program na spletni strani zbornice			
BLED Hotel Golf	***	Slovenski simpozij z mednarodno udeležbo je namenjen vsem zdravnikom, ki se pri svojem delu srečujejo z bolniki s sladkorno boleznijo. Na simpozij so vabljeni tudi višje in diplomirane medicinske sestre, ki se ukvarjajo s to problematiko	Združenje endokrinologov Slovenije pri Slovenskem zdravniškem društvu – Delovna skupina za diabetično nogo, Slovensko osteološko društvo
<b>24.–26. ob 14.30 • INOVACIJE IN NOVI NAČINI ZDRAVLJENJA SRČNEGA POPUŠČANJA</b>			
PORTOROŽ Kongresni center Bernardin	ni omejeno	simpozij je namenjen vsem zdravnikom, medicinskim sestram, študentom	Program za napredovalo srčno popuščanje in transplantacije srca, KO za kardiologijo, UKC Ljubljana, Texas Heart Institute, Houston, Teksas, ZDA, prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med., prof. dr. Igor Gregorič, dr. med.
<b>25. ob 9.00 • 5. CVAHTETOVI DNEVI JAVNEGA ZDRAVJA: STRES, IZGORELOST IN MOBING KOT JAVNOZDRAVSTVENI PROBLEM (S POUČENJEM NA ZDRAVSTVENIH USTANOVAH)</b>			
LJUBLJANA Zavod za varstvo pri delu, Chengdujska 25	ni omejeno	strokovni posvet, namenjen strokovnjakom s področja javnega zdravja (zdravnikom in zobozdravnikom na področju javnega zdravja in v osnovni zdravstveni dejavnosti: specialisti javnega zdravja, socialne medicine, higijene, epidemiologije, medicine dela, prometa in športa, splošne in družinske medicine, šolske medicine...), drugim zdravstvenim delavcem ter vodilnim in vodstvenim delavcem zdravstvenih in ostalih ustanov, študentom dodiplomskih in podiplomskih študijev zdravstvenih usmeritev in drugi zainteresirani javnosti	Katedra za javno zdravje Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, prim. prof. dr. Marjan Bilban, doc. dr. Lijana Zaletel Kragelj

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave in informacije: ga. Jura Štok, Katedra za čeljustno in zobno ortopedijo, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana, T: 01 522 37 26, E: srecanja.kczo@gmail.com	250 EUR, za prijavljene po 15. 8. 2009 znaša kotizacija 300 EUR, za študente kotizacije ni	***

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
informacije: prof. dr. Milivoj Veličković Perat, T: 031 318 161, E: mvelickovicp@guest.arnes.si	***	***
prijave: E. natasa.teran@guest.arnes.si, T: 01 522 60 31	25 EUR, študenti brezplačno	v postopku
prijave: Ratko Tatalović, dr. med., T: 041 667 292, E: ratko.tatalovic@siol.net	***	***
informacije in prijave: doc. dr. Vilma Urbančič, dr. med., T/F: 01 522 27 38, E: vilma.urbancic@kclj.si ali ga. Marija Novak, T/F: 01 522 27 38	kotizacije ni	***
prijave in informacije: www.slo-heart.org, Irena Orel, T: 01 522 28 44, F: 01 522 28 28, E: irena.orel@kclj.si	150 EUR, po 31. 8. 2009 200 EUR, za študente, specializante, sekundariji in medicinske sestre kotizacije ni	16
prijave: Katedra za javno zdravje MF, Vrazov trg 2, Ljubljana, informacije: Lijana Zaletel Kragelj, Nina Dolenc, T: 01 543 75 40, E: nina.dolenc@mf.uni-lj.si	***	***

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
<b>25.–26. ob 9.00 • THE 1<sup>ST</sup> SOUTH-EASTERN EUROPEAN PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY (SEEPEG) MEETING</b>			
LJUBLJANA Medicinska fakulteta	150	mednarodni kongres je namenjen pediatrom, specialistom šolske in družinske medicine s področja jugovzhodne Evrope, ki se poglobljeno ukvarjajo s pediatrično gastroenterologijo	Služba za gastroenterologijo, Pediatrična klinika Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana in Katedra za pediatrijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, doc. dr. Rok Orel, dr. med.
<b>25.–26. ob 8.00 • 4. GORIŠKI TRAVMATOLOŠKI DNEVI</b> podroben program na spletni strani zbornice			
NOVA GORICA Kongresni center Perla	***	posvet in učna delavnica, namenjena specialistom in specializantom kirurgije, travmatologije, ortopedije in fizioterapije	Franci Koglot, dr. med., Medicinska fakulteta Ljubljana, Katedra za kirurgijo, SB Nova Gorica, Travmatološki oddelek
<b>25.–26. • 3. KONGRES INTERNISTOV SLOVENIJE</b> podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Smelt, velika dvorana, Dunajska cesta 160	***	kongres je namenjen zdravnikom internistom in zdravnikom v osnovnem zdravstvu	Združenje internistov SZD, prim. mag. Primož Vidali, dr. med.
<b>25.–26. • 7. SREČANJE ISPS SLOVENIJA »STARŠEVSTVO IN PSIHOZA«</b> podroben program na spletni strani zbornice			
BLED Hotel Lovec	***	srečanje	ISPS Slovenija, Slovensko društvo za psihoterapijo psihoz
<b>29.–3. 10. • LEARNING AND TEACHING ABOUT THE IMPACT OF MEDICALISATION IN GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE</b>			
BLED Hotel Jelovica, Cesta svobode 8, 4260 Bled	60	učna delavnica je namenjena učiteljem in mentorjem v družinski medicine	Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med.
<b>30. 9.–3. 10. • EVROPSKI KONGRES RAZISKOVALNE IN KLINIČNE OFTALMOLOGIJE (EVER)</b>			
PORTOROŽ Kongresni center, Hotel St. Bernardin	1100	mednarodno strokovno srečanje s področja raziskovalne in klinične oftalmologije za oftalmologe in raziskovalce na področju oči in vidnega sistema	European Association for Vision and Eye Research (EVER), Cankarjev dom, prof. dr. Marko Hawlina
<b>30. 9.–3. 10. ob 9.00 • SIMPOZIJ EVROPSKEGA ZDRUŽENJA ZA SOCIALNO PEDIATRIJO IN ZDRAVJE OTROK – ESSOP 2009</b>			
MARIBOR Hotel Habakuk	ni omejeno	simpozij z učnimi delavnicami je namenjen vsem pediatrom in zdravnikom družinske medicine, politikom načrtovanja zdravstvenega sistema za otroke, menedžerjem zdravstvenega sistema in zdravstvenega zavarovanja, vladnim in nevladnim organizacijam s področja otrokovih pravic	Sekcija za socialno pediatrijo in zdravje otrok – Združenje za pediatrijo Slovenskega zdravniškega društva, European Society for Social Pediatrics and Child Health, UNICEF Slovenija – Nacionalni odbor za zdravje otrok, Inštitut za varovanje zdravja, prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med., spec.



prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave: Pacient, d.o.o., Savska cesta 3, 1000 Ljubljana, informacije: Rok Lokar, dr. med., T: 01 280 30 60, F: 01 280 30 91, E: rok.lokar@pacient.si	150 EUR	7
Franci Koglot, dr. med., GSM: 041 775 705, ga. Tanja Birsa, E: tanja.birsa@gmail.com	100 EUR	v postopku
prijave: Združenje internistov SZD, Računovodstvo, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, prim. mag. Primož Vidali, dr. med., Šubljeva 33, 1234 Mengeš, T: 01 723 72 30, 031 369 711, E: pvidali@siol.net, W: www.zis-szd.si	160 EUR (DDV vključen v ceno), plačilo kotizacije do 1. 8. 2009 130 EUR, za študente, upokojene zdravnike in sekundarije kotizacije ni	14,5
prijave in dodatne informacije: T: 01 428 84 06 ali 031 753 675, ga. Lidija Rumež Bozjak, E: psih.ord.r@siol.net	120 EUR, za člane društva ISPS 50 EUR	7
prijave in informacije: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10	kotizacije ni	***
prijave: www.ever.be, za namestitev: alenka.kregar@cd-cc.si, informacije: prof. dr. Marko Hawlina, Očesna klinika UKC, Grablovičeva 46, Ljubljana, T: 01 522 19 04, F: 01 522 19 60, E: marko.hawlina@mf.uni-lj.si	glej www.ever.be	***
prijave: ESSOP 09, Zdravstveni dom Radlje ob Dravi, Mariborska cesta 37, 2360 Radlje ob Dravi, informacije: gdč. Tadeja Osrajnik, T: 02 877 08 00, F: 02 877 08 30, E: tajnistvo@zd-radlje.si	***	***

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
<b>1. • PSIHOLOŠKE OVIRE PRI UČINKOVITEM ZDRAVLJENJU DIABETESA</b> podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Gospodarsko razstavišče, dvorana Urška	ni omejeno	seminar za vse, ki se ukvarjajo z diabetesom in želijo doseči boljše rezultate pri uvajanju intenziviranega zdravljenja	Zavod za izobraževanje o diabetesu
<b>1. • GOLNIŠKI SIMPOZIJ 2009 – TIMSKI PRISTOP V OBRAVNAVI INTERSTICIJSKIH PLJUČNIH BOLEZNI</b>			
GOLNIK Bolnišnica Golnik - Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	40	delavnica je namenjena pnevmologom, internistom, radiologom in patologom ter specializantom omenjenih strok	Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo
<b>2.–3. • GOLNIŠKI SIMPOZIJ 2009 – kongresni del</b>			
BLED Hotel Astoria	100	vsebina: pljučni rak, cistična fibroza, zdravljenje s kisikom in dihalno podporo, napovedna vrednost testov alergije – simpozij je namenjen zdravnikom specialistom/specializantom pulmologije, interne medicine	Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo
<b>2.–3. ob 9.00 • DOJENJE – SMO PRIPRAVLJENI NA NOVE IZZIVE?</b> podroben program na spletni strani zbornice			
LAŠKO Kulturni center	150	6. mednarodni simpozij o laktaciji in dojenju je namenjen pediatrom, družinskim zdravnikom, porodničarjem, medicinskim sestram, babicam, patronažnim medicinskim sestram in drugemu zdravstvenemu osebju, ki dela z doječimi materami in njihovimi otroki	Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja, Društvo Unicef Slovenija, Ginekološko-porodniški oddelek SB Celje, Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije, asist. dr. Borut Bratanič, dr. med., spec. pediater.
<b>2.–3. • STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA ZA TRANSFUZIJSKO MEDICINO IN ZDRUŽENJA HEMATOLOGOV SLOVENIJE SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA</b> podroben program na spletni strani zbornice			
PODČETRTEK Terme Olimia, Hotel Sotelia	60	Sekcijski sestanek s prikazom novosti pri zdravljenju hemofilije, zdravljenju in preprečevanju okužb pri imunokompromitiranih bolnikih. Novosti pri oskrbi hemofilikov z nadomestnim zdravljenjem. Nadzor nad okužbami ob transplantacijah in priporočila za preprečevanje okužb pri darovalcih organov, celic in tkiv. Sodelujejo predavatelji iz Slovenije, Nemčije, Nizozemske, Italije in Francije.	Združenje za transfuzijsko medicino Slovenije – SZD, Združenje hematologov Slovenije – SZD, doc. dr. Uroš Mlakar, dr. med., Snežna Levičnik Stezinar, dr. med.
<b>2.–4. • 3. EVROPSKI REGIONALNI KONGRES ALA – ADRIATIC LASER ACADEMY</b> »LASER V ZOBOZDRAVSTVU« podroben program na spletni strani zbornice			
HRVAŠKA, Grand Hotel Adriatic Opatija, Maršala Tita 200, HR-51410 Opatija, Hrvaška	400	simpozij je namenjen splošnim zobozdravnikom, maksilofacialnim in oralnim kirurgom, specialistom pedontologom in specialistom za ustne, zobne bolezni in parodontologijo, vabljeni so tudi vsi preostali člani terapevtskih zdravstvenih timov	ALA – Adriatic Laser Academy
<b>7. ob 15.30 • VODENJE KRONIČNEGA BOLNIKA: SRČNO-ŽILNE BOLEZNI</b> podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58	60	učna delavnica je namenjena zdravnikom družinske medicine	Združenje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med.

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave in informacije: Zavod za izobraževanje o diabetesu, Bezenškova 18, Ljubljana, tajništvo, T: 01 542 50 04, F: 521 10 05, E: diabetes.institute@siol.net	110 EUR (+ DDV) vključuje strokovno gradivo in potrdilo o udeležbi	***
informacije in prijave: ga. Irena Dolhar, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 74, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	100 EUR, vključuje zbornik, potrdilo o udeležbi in prehrano	v postopku
informacije in prijave: ga. Irena Dolhar, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 74, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si, W: www.klinika-golnik.si, podroben program in prijavnica sta na spletni strani www.klinika-golnik.si	150 EUR	v postopku
prijave in informacije: Vesna Savnik, Društvo Unicef Slovenija, Pavšičeva 1, 1000 Ljubljana, T: 01 583 80 78, F: 01 583 80 81, E: vesna.savnik@unicef.si	170 EUR (DDV je vključen v ceno), za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	***
prijava ob registraciji, informacije doc. dr. Uroš Mlakar, dr. med., T: 01 522 31 34, F: 01 522 27 22	kotizacije ni	***
prijave: originalne registracijske liste nam pošljite po F: +386 1 500 71 10 ali po pošti na naslov: ALA – ADRIATIC LASER ACADEMY, Plemljeva 8, 1000 Ljubljana, Slovenija, Peter Goljuf. Prijave tudi preko spleta na www.ala.si, zavihek SIMPOZIJ, informacije: ALA – ADRIATIC LASER ACADEMY, Plemljeva 8, 1000 Ljubljana, Slovenija, g. Peter Goljuf, T: + 386 1 500 71 09, GSM: + 386 51 631 675, F: + 386 1 500 71 10, E: info@ala.si	300 EUR pred 30. 6. 2009, do 15. 9. 2009 350 EUR, po 15. 9. 2009 400 EUR, za študente in upokojenke 100 EUR (DDV ni vključen)	20
prijave in informacije: gospa Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10	kotizacije ni	v postopku

# STROKOVNA SREČANJA

OKTOBER 2009

kraj št. kandidatov vsebina organizator

## 7. ob 11.00 • DELAVNICA O MULTIPLI SKLEROZI podroben program na spletni strani zbornice

LJUBLJANA Nevrološka klinika	40	učna delavnica je namenjena zdravnikom splošne medicine	Center za multiplo sklerozo, Nevrološka klinika Ljubljana, asist. mag. Alenka Horvat Ledinek, dr. med.
---------------------------------	----	---	--

## 9. • DUŠEVNO ZDRAVJE IN NOSEČNOST, POROD TER ZGODNJE STARŠEVSTVO podroben program in prijavnica bosta na spletni strani IVZ [www.ivz.si](http://www.ivz.si)

LJUBLJANA Grand hotel Union, Miklošičeva 1, Steklena dvorana	ni omejeno	Strokovno srečanje ob svetovnem dnevu duševnega zdravja 2009. Na srečanju bodo sodelovali številni strokovnjaki z različnih področij, ki se bodo posvetili temam, povezanim z duševnim zdravjem v času nosečnosti, poroda, poporodnega obdobja in zgodnjega starševstva ter osvetlili vidike predzanositvenega svetovanja, predporodnega zdravstvenega varstva, postopkov zdravljenja, načina porodne pomoči, dojenja, poporodnega zdravstvenega varstva matere in otroka, vloge patronažne službe itd.	Inštitut za varovanje zdravja RS
--	------------	---	----------------------------------

## 9.–10. • DELAVNICE IZ DIAGNOSTIČNE IN TERAPEVTSKE BRONHOSKOPIJE GOLNIK

Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	30	mednarodna učna delavnica je namenjena predvsem pnevmologom, anesteziologom in torakalnim kirurgom ter specialistom omenjenih strok (jezik: angleški)	Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo
--	----	---	--

## 9.–10. • 18. PROTETIČNI SIMPOZIJ: ZDRAVLJENJE IN PROTETIČNA OSKRBA PACIENTOV S TEMPOROMANDIBULARNIMI MOTNJAMI podroben program na spletni strani zbornice

BLED Festivalna dvorana	500	strokovni seminar s področja stomatološke protetike (implantološko-protetično reševanje kliničnih primerov brez zobe in zobe čeljusti, CAD/CAM tehnologije ter diagnostika in reševanje temporomandibularnih motenj) je namenjen zobozdravnikom in zobnim tehnikom	Sekcija za stomatološko protetiko pri SZD, doc. dr. Igor Kopač
----------------------------	-----	--	--

## 9.–10. • 1. KONGRES SLOVENSKEGA ZDRUŽENJA ZA ZDRAVLJENJE BOLEČINE Z MEDNARODNO UDELEŽBO s pridruženim SIMPOZIJEM O KLINIČNI NEVROFIZIOLOGIJI BOLEČINE

BLED, Hotel Golf	***	kongres	Slovensko združenje za zdravljenje bolečine – SZZB, Sekcija za klinično nevrofiziologijo Slovenskega zdravniškega društva, Inštitut za nevrofiziologijo Nevrološke klinike UKC Ljubljana
---------------------	-----	---------	--

## 9.–10. • V. KONGRES ŠOLSKE IN VISOKOŠOLSKE MEDICINE SLOVENIJE – 100 LET ŠOLSKE MEDICINE NA SLOVENSKEM 1909–2009 podroben program na spletni strani zbornice

LJUBLJANA Hotel City, konferenčna dvorana	ni omejeno	strokovno srečanje za pediatrie, šolske zdravnike in ostale zdravnike v osnovnem zdravstvu	Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino pri SZD
--	------------	--	--

## 10. ob 9.00 • II. ŠOLA O ATOPIJSKEM DERMATITISU

LJUBLJANA Dermatovenerološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana	30	storkovno srečanje je namenjeno zdravnikom	Združenje slovenskih dermatovenerologov in Dermatovenerološka klinika, Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med.
---	----	--	--

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
informacije in prijave: Higiea, d.o.o., Blatnica 10, Trzin, Duška Knez, mag. farm., T: +386 1 589 72 23, F: +386 1 589 72 26, E: alenka.horvat@kclj.si	kotizacije ni	v postopku
***	kotizacije ni	v postopku
informacije in prijave: ga. Irena Dolhar, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 74, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	300 EUR, vključuje: zbornik, potrdilo o udeležbi in prehrano	v postopku
informacije: dr. Dušan Šušterčič, E: dusan.sustercic@mf.uni-lj.si, dr. Rok Zupančič, E: rok.zupancic@mf.uni-lj.si, T: 01 522 42 42	***	***
informacije in prijave: <a href="http://www.kclj.si/ikn/">http://www.kclj.si/ikn/</a> in Karin Keber, Auditoria, d.o.o., Tržaška 286 d, 1000 Ljubljana, T: 01 277 56 76, F: 01 244 56 75, E: karin.keber@auditora.si	za člane SZZB in člane Sekcije za klinično nefrofiziologijo: do 30. 6. 2009 – 200 EUR, po 30. 6. 2009 – 250 EUR, za nečlane: do 30. 6. 2009 – 250 EUR, po 30. 6. 2009 – 300 EUR, za specializante: do 30. 6. 2009 – 120 EUR, po 30. 6. 2009 – 150 EUR	***
prijave: E: zdljutomer.tatjana@siol.net (navedite ime, priimek, inštitucijo, naslov plačnika in davčno številko za izstavev računa), informacije: E: mojca.juricic@mf.uni-lj.si	200 EUR do 1. julija, zatem 250 EUR (DDV ni vključen), za študente 50 EUR (DDV je vključen), za specializante 100 EUR (DDV je vključen). Kotizacijo nakažite na: SZD – Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino, Dalmatinova10, Ljubljana, TRR: NLB d.d.: 02222-00195 18588, sklic 23100	***
informacije in prijave: Verica Petrovič, tajnica Dermatovenerološke klinike UKC, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, T: +386 1 522 42 80, F: 522 43 33, E: verica.petrovic@kclj.si	150 EUR + DDV	***

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
<b>10. ob 8.00 • ARITMIJE/PACING 2009 – 2. simpozij o aritmijah in elektrostimulaciji srca z mednarodno udeležbo</b>			
BRDO PRI KRANJU dvorana Grandis	ni omejeno	simpozij je namenjen vsem zdravnikom	Klinični oddelek za kardiologijo, UKC Ljubljana, prof. dr. Igor Zupan, dr. med.
<b>15.–17. ob 12.00 • AKUTNA STANJA: ZNAMENJA, SIMPTOMI, SINDROMI, DIFERENCIALNA DIAGNOZA IN UKREPANJE podroben program na spletni strani zbornice</b>			
MARIBOR Kongresni center Habakuk, Pohorska ulica 59	300, delavnice 80	strokovni seminar z mednarodno udeležbo je namenjen zdravnikom družinske medicine, urgentne medicine, specializantom internističnih, kirurških in drugih strok ter medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom v NMP, intenzivnih enotah in družinski medicini	Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Center za nujno medicinsko pomoč in reševalne prevoze Maribor, Katedra za medicinsko prvo pomoč Medicinske fakultete v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor
<b>15.–18. • 4. PRAKTIČNA PODIPLomsKA ŠOLA EPILEPSIJE podroben program na spletni strani zbornice</b>			
RADOVLJICA Sindikalno-izobraževalni center Radovljica	30	podiplomsko izobraževanje je namenjeno specialistom in specializantom nevrologije	Društvo Liga proti epilepsiji Slovenije, Igor Mihael Ravnik
<b>16. ob 9.00 • INTERDISCIPLINARNA OBRAVNAVA OTROK Z DUŠEVNIMI IN VEDENJSKIMI MOTNJAMI V OKVIRU DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENEGA DOMA</b>			
LJUBLJANA dvorana ZZS, Miklošičeva 24	120	strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom, psihologom, logopedom, spec. pedagog., soc. delavcem	Zdravstveni dom Ljubljana, mag. Polona Brcar, dr. med.
<b>16. in 17. ob 10.00 • HUMOR, SMEH... SKUPINSKA ANALITIČNA EKSPLOKACIJA V MALIH IN VELIKI SKUPINI podroben program na spletni strani zbornice</b>			
RIBNO Hotel Ribno, Izletniška 44, 4260 Bled	50	delavnica je namenjena vsem, ki jih zanima psihoterapija in delo s pacienti v skupinah	Slovensko društvo za skupinsko analizo in Psihiatrična klinika Ljubljana, dr. Vlasta Meden Klavora, dr. med.
<b>16.–17. • 4. TEČAJ POTOVALNE MEDICINE</b>			
LJUBLJANA Univerzitetni klinični center Ljubljana	60–80	tečaj je namenjen specialistom in specializantom družinske medicine, infektologije, interne medicine, epidemiologije	Sekcija za tropsko medicino, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo, asist. mag. Tadeja Kotar, dr. med.
<b>16.–18. ob 13.30 • TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA</b>			
BLED	28	tečaj je namenjen vsem zdravnikom	Slovensko združenje za urgentno medicino, dr. Dušan Vlahovič
<b>16.–17. ob 8.30 • 3. MEDNARODNI SEMINAR O OSKRBI BOLNIKOV PO MOŽGANSKI KAPI Z ORTOZAMI podroben program na spletni strani zbornice</b>			
LJUBLJANA Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Linhartova 51, predavalnica v 4. nadstropju	70	seminar je namenjen vsem zdravnikom (specialistom in specializantom fizikalne in rehabilitacijske medicine, nevrologije, družinske medicine), zdravstvenim delavcem, članom rehabilitacijskih timov, ki se srečujejo z osebami po preboleli možganski kapi	ISPO Slovenija, Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Mednarodni ISPO, prof. dr. Helena Burger, dr. med., dr. Nika Goljar, dr. med., Elisabeth Condie, PT

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave: Irena Orel, KO za kardiologijo, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, informacije: gospa Irena Orel, gospa Vesna Andročec, T: +386 1 522 28 44, F: +386 1 522 28 28, E: irena.orel@kclj.si	kotizacije ni	***
prijave: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Organizacijski odbor srečanja Akutna stanja, Ulica talcev 9, 2000 Maribor, informacije: sekretarka mednarodnega seminarja »Akutna stanja« ga. Petra Herzmansky, T: 02 333 18 05, E: tajnistvo.nmp@zd-mb.si, W: http://www.nmp-mb.org	za zdravnike specialiste in specializante 300 EUR, za zdravnike sekundarije 220 EUR, za diplomirane medicinske sestre/diplomirane zdravstvenike in medicinske sestre/zdravstvene tehnike 200 EUR	20
informacije in prijave: E: epilepsija@epilepsija.org, Svetlana Simić, T: 01 432 93 93	330 EUR specialisti, 300 EUR specializanti	***
prijave: Damjana Kralj, Metelkova 9, 1000 Ljubljana, informacije: Bernarda Dobnik Renko, E: bernarda.renko@zd-lj.si, T: 01 584 42 45 ali damjana.kralj@zd-lj.si, T: 01 300 39 57, F: 01 300 39 11	***	***
prijave: SDSA, Njegoševa 4, 1000 Ljubljana, informacije: dr. Vlasta Meden Klavora, dr. med., E: vlastameden@gmail.si	175 za nečlane in 150 za člane s plačano članarino	v postopku
prijave: Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva ulica 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, E: simona.rojs@kclj.si, T: 01 522 42 20, F: 01 522 24 56	100 EUR (zdravniki) (prijave po 5. 10. 2009 – kotizacija 120 EUR), 50 EUR (specializanti, medicinske sestre) (prijave po 5. 10. 2009 – kotizacija 70 EUR)	15
prijave: www.szum.si ali www.erc.edu, informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402, F: 05 904 50 54	490 EUR	***
***	kotizacija plačana ob pričetku srečanja 170 EUR, kotizacija plačana do 5. 10. 2009 za udeležence, ki niso člani ISPO, 150 EUR, za člane ISPO 80 EUR, za pridružene člane ISPO 100 EUR	***

# STROKOVNA SREČANJA

OKTOBER 2009

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
<b>17. ob 8.30 • 5. SPOMINSKI SESTANEK AKADEMIKINJE PROF. DR. LIDIJE ANDOLŠEK JERAS, DR. MED.</b>			
LJUBLJANA Grand hotel Union	60	cilj sestanka je obvestiti zdravnike o napredkih in novostih pri zdravljenju moške neplodnosti, sestanek je namenjen ginekologom, endokrinologom, urologom in biologom	Slovensko društvo za reproduktivno medicino, doc. dr. Branko Zorn, dr. med.
<b>17. ob 9.00 • III. MODUL FLEBOLOŠKE ŠOLE: KOMPRESIJA</b>			
LJUBLJANA Dermatovenerološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana	30	flebološka šola	Dermatovenerološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med.
<b>22. ob 9.30 • XVII. SEMINAR »IN MEMORIAM DR. DUŠANA REJE«: OKUŽBE IN RAK</b>			
LJUBLJANA Lek, d.d., Verovškova ul. 57, 1000 Ljubljana	130	seminar je namenjen vsem zdravnikom, medicinskim sestram in drugim zdravstvenim delavcem ter profesorjem zdravstvene vzgoje	Zveza slovenskih društev za boj proti raku, prof. dr. Borut Štabuc, dr. med.
<b>23.–24. ob 12.00 • DOSEŽKI IN PRIZADEVANJA V STOMATOLOGIJI</b>			
PODČETRTEK Kongresni center Olimje	120–200	strokovno izpopolnjevanje za zobozdravnike	Stomatološka sekcija SZD, Aleksander Velkov, dr. dent. med.
<b>23.–24. • ADRIATIC VASCULAR SUMMIT 2009</b>			
LJUBLJANA, Cankarjev dom	ni omejeno	kongres je namenjen vsem zdravnikom	Texas Heart Institute, PO Box 20345, Houston TX 77225-0345, Igor D. Gregorič
<b>23.–24. • XI. FAJDIGOVI DNEVI podroben program na spletni strani zbornice</b>			
KRANJSKA GORA Hotel Kompas, Borovška 100	omejeno	strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom v osnovnem zdravstvu ter študentom pri predmetu družinska medicina, sekundarijem, specializantom družinske medicine in upokojenim zdravnikom	Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Osnovno zdravstvo Gorenjske, Katedra za družinsko medicino MF Ljubljana, Katedra za družinsko medicino MF Maribor, Zavod za razvoj družinske medicine, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske
<b>24. ob 8.30 • TRADICIONALNO SREČANJE MLADIH ZDRAVNIKOV podroben program na spletni strani zbornice</b>			
LJUBLJANA predavalnica Krke, d.d., Dunajska 65	***	srečanje je namenjeno mladim zdravnikom, sekundarijem in specializantom	Sekcija mladih zdravnikov – SZD v sodelovanju s Krko, d.d.

NOVEMBER 2009

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
<b>5. ob 10.00 • PRESADITEV PLJUČ IN MOŽNOSTI KIRURŠKEGA ZDRAVLJENJA PLJUČNE HIPERTENZIJE</b>			
LJUBLJANA Univerzitetni klinični Center, predavalnica I	ni omejeno	strokovno-raziskovalno-klinično srečanje je namenjeno vsem zdravnikom	Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergije, UKC Ljubljana, Društvo za razvoj pulmologije, Matjaž Turel, Barbara Salobir



prijave, informacije	kotizacija	k. točke
informacije in prijave: ga. Nataša Petkovšek, T: 522 60 13, E: natasa.petkovsek@mf.uni-lj.si	specialisti: 100 EUR, specializanti: 50 EUR, za študente in upokojene zdravnike kotizacije ni	***
informacije in prijave: Verica Petrovič, tajnica Dermatovenerološke klinike UKC, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, T: +386 1 522 42 80, F: 01 522 43 33, E: verica.petrovic@kclj.si	150 EUR + DDV	v postopku
prijave: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, informacije: ga. Mira Klemenčič, T: 01 430 97 80, F: 01 430 97 85, E: zdbpr@onko-i.si	50 EUR	***
prijave: Stomatološka sekcija SZD, Ljubljana, Dalmatinova 10, informacije: Aleksander Velkov, Katarina Jovanovič, T: 01 434 25 82, F: 01 434 25 84, E: stomatološka-sekcija-szd@ordinacija.net	***	***
prijave in informacije: E: epongratz@heart.thi.tmc.edu, igregoric@heart.thi.tmc.edu, Alenka Kregar, Cankarjev dom, T: 01 241 71 33, F: 01 241 72 96, E: alenka.kregar@cd-cc.si	200 EUR	***
prijave: najkasneje do 16. 10. 2009 na naslov: ga. Jožica Krevh, Uprava Osnovnega zdravstva Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, F: 04 202 67 18, T: 04 208 25 23, E: jozica.krevh@ozg-kranj.si, informacije: Aleksander Stepanovič, Gosposvetska cesta 10, 4000 Kranj, T: 04 208 22 60, E: aleksander.stepanovic1@guest.arnes.si in Janko Kersnik, Koroška 2, 4280 Kranjska Gora, T: 04 588 46 01, F: 04 588 46 10 E: janko.kersnik@ozg-kranj.si, W: http://www.drmed.org	180 EUR, vključuje udeležbo na srečanju, torbo s kongresnim gradivom, zbornik, osvežitve med predvidenimi odmori srečanja, prigrizek v petkovem opoldanskem odmoru in svečano večerjo s plesom v petek. Kotizacija ne vključuje drugih obrokov in prenočišča. Nakazilo na TR pri Novi ljubljanski banki, d.d., številka: 02045-0253583120, s pripisom 10. Fajdigovi dnevi, ali po izstavitvi računa po končanem srečanju. Enodnevna kotizacija znaša 120 EUR za petek in 80 EUR za soboto. Omejeno število študentov pri predmetu družinska medicina, sekundarijev, specializantov družinske medicine in upokojenih zdravnikov bo oproščenih kotizacije	v postopku
prijave: ga. Alenka Seliškar, T: 01 475 12 28, E: alenka.seliskar@krka.biz	kotizacije ni	***

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave: W: http://www.presaditev-pljuc.si, E: bernarda.bregar@kclj.si, E: matjaz.turel@kclj.si, E: barbara.salobir.pulmo@kclj.si, T: 01 522 28 26, informacije: tajništvo Kliničnega oddelka za pljučne bolezni in alergije, Bernarda Bregar, Matjaz Turel, Barbara Salobir, T: 00 386 1 522 28 26, F: 00 386 1 522 23 47, E: matjaz.turel@kclj.si	kotizacije ni	***

# STROKOVNA SREČANJA

NOVEMBER 2009

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
<b>5.–7. ob 16.00 • XXIII. REPUBLIŠKI STROKOVNI SEMINAR DRUŠTVA ZOBOZDRAVSTVENIH DELAVCEV SLOVENIJE</b> podroben program na spletni strani zbornice			
ROGAŠKA SLATINA Kulturni dom Rogaška	350	strokovni seminar je namenjen vsem zobozdravstvenim delavcem	Društvo zobozdravstvenih delavcev Slovenije, akad. prof. dr. Uroš Skalarič, dr. stom., višji svetnik
<b>6.–7. ob 9.00 • ŠOLA NEVROSONOLOGIJE 2009 – 4. tečaj od skupno štirih</b>			
LJUBLJANA, Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, Mala ulica 8, in UKC Ljubljana, Nevrološka klinika, Zaloška 7	do 20	šola je namenjena nevrologom, radiologom, internistom in zdravnikom drugih specialnosti, ki v diagnostiki uporabljajo ultrazvočne preiskave vratnih in možganskih žil	Klinični oddelek za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo v okviru Nevrološke klinike UKC Ljubljana, Sekcija za možgansko-žilne bolezni pri Slovenskem zdravniškem društvu, Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, doc. dr. Bojana Žvan
<b>6.–7. • REDNO LETNO SREČANJE SEKCIJE ZA PREVENTIVNO MEDICINO</b>			
PORTOROŽ Hotel Metropol	150	na srečanju bodo obravnavane aktualne teme s področja javnega zdravja, namenjeno je vsem zdravnikom in medicinskim sestram	Sekcija za preventivno medicino, prim. doc. dr. Alenka Kraigher
<b>11.–13. ob 15.00 • 4. KONGRES GINEKOLOGOV IN PORODNIČARJEV SLOVENIJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO</b> podroben program na spletni strani zbornice			
PORTOROŽ Grand hotel Bernardin	neomejeno	kongres je namenjen specialistom in specializantom ginekologije in porodništva	doc. dr. Adolf Lukanovič, dr. med., svetnik, Združenje ginekologov in porodničarjev Slovenije
<b>11.–13. ob 13.30 • 26. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: MEDIKALIZACIJA</b> podroben program na spletni strani zbornice			
RADENCI Terme Radenci	60	učna delavnica, namenjena mentorjem v družinski medicini	Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., prim. asist. dr. Mateja Bulc, dr. med.
<b>12. • PALIATIVNA OSKRBA V OSNOVNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU</b> podroben program na spletni strani zbornice			
BLED Grand hotel Toplice, C. svobode 12	omejeno	posvet in delavnica	Svetovna zdravstvena organizacija, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Združenje zdravnikov družinske medicine, Zavod za razvoj družinske medicine, Katedra za družinsko medicino MF v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino MF v Mariboru, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, ZD Maribor
<b>12. ob 9.30 • 90. OBLETNICA ODELKA ZA OČESNE, UŠESNE, NOSNE IN VRATNE BOLEZNI</b>			
MARIBOR Univerzitetni klinični center Maribor, velika predavalnica, 16. nadstropje kirurške stolpnice	ni omejeno	simpozij je namenjen oftalmologom, otorinolaringologom in ostalim	Oddelek za očne bolezni, Oddelek za ORL UKC Maribor, Katedra za oftalmologijo, Katedra za otorinolaringologijo, prof. dr. Dušica Pahor, dr. med., doc. dr. Bogdan Čizmarevič, dr. med.

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave: Stomatološka klinika Ljubljana, Hrvatski trg 6, informacije: Martina Kajzer, T: 01 300 21 10	zobozdravniki 200 EUR, ostali zobozdravstveni delavci 150 EUR	***
prijave: Društvo MŽB, Mala ulica 8, 1000 Ljubljana, informacije: Andreja Merčun, E: andreja@mozganska-kap.info, T: 05 901 12 34, F: 01 430 23 14	390 EUR + DDV	***
prijave: Inštitut za varovanje zdravja RS, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, informacije: Valerija Marenče, T: 01 244 14 10	***	***
informacije: ga. Martina Pečlin, T: 01 439 75 90, E: martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si, prijave: UKC, Ginekološka klinika, Enota za raziskovalno delo, Šljajmerjeva 3, 1000 Ljubljana	***	v postopku
prijave in informacije: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	kotizacije ni	v postopku
rok za prijavo je 1. oktober 2009 oz. do zapolnitve razpoložljivih mest. V primeru večjega števila prijav si organizatorji pridržujejo pravico do dokončnega izbora udeležencev. Prednost bodo imeli tisti udeleženci, ki se bodo udeležili delavnice kot obstoječi ali nastajajoči paliativni tim (skupinska prijava), ter tisti, ki se bodo prijavi prej. Informacije: Svetovna zdravstvena organizacija, Pisarna v Sloveniji, Trubarjeva c. 2, 1000 Ljubljana, F: 01 244 15 84, E: whosvn@euro.who.int	kotizacije ni	***
prijave: E: info.ofta@ukc-mb.si, E: orl.odd@ukc-mb.si, informacije: M. Jurkovič, Oddelek za očne bolezni, T: 02 321 16 30, F: 02 331 23 93, V. Jankovič, Oddelek za ORL, T: 02 321 15 92, F: 02 321 16 38	kotizacije ni	***

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
<b>12.–14. • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME. POUK BOLNIKA Z ASTMO</b>			
KRANJSKA GORA Hotel Lek	25	delavnica je namenjena predvsem zdravnikom splošne prakse, vabljeni tudi specialisti drugih strok, specializanti, sekundarji	Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo
<b>13.–14. • XIII. IZOBRAŽEVALNI SEMINAR ZA ZDRAVNIKE »KRITIČNO BOLAN IN POŠKODOVAN OTROK – RAZPOZNAVA, ZDRAVLJENJE IN PREVOZ« S TEČAJEM PEDIATRIČNE REANIMACIJE PO NAČELIH EVROPSKEGA SVETA ZA REANIMACIJO</b> podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA UKC Ljubljana, predavalnica 1	***	izobraževalni seminar za zdravnike s tečajem pediatrične reanimacije	Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Kirurška klinika, UKC Ljubljana
<b>20.–21. ob 10.00 • NEONATALNA FARMAKOLOGIJA</b> podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Medicinska fakulteta, Korytkova 2	ni omejeno	podiplomski seminar je namenjen specialistom in specializantom pediatrije in družinske medicine	Pediatrična klinika, KO za neonatologijo, in Medicinska fakulteta, Inštitut za farmakologijo in eksperimentalno toksikologijo, doc. dr. Darja Paro Panjan, dr. med., izr. prof. dr. Mojca Kržan, dr. med.
<b>20.–22. ob 13.30 • TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA</b>			
NOVO MESTO Hotel Krka	28	tečaj je namenjen vsem zdravnikom	Slovensko združenje za urgentno medicino, dr. Dušan Vlahovič
<b>21. ob 9.00 • 21. OBČNI ZBOR STROKOVNEGA ZDRUŽENJA ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV SLOVENIJE</b>			
LJUBLJANA dvorana Krke, d.d., Dunajska cesta 54–56	100 do 120	volilni občni zbor je namenjen vsem članicam in članom Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije	predsednik Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, asist. Dean Klančič, dr. med.
<b>27. ob 8.00 • 2. MARIBORSKI ONKOLOŠKI DAN – RAK ŽELODCA: STANDARDI IN NOVOSTI</b>			
MARIBOR Kongresni center Habakuk, Kristalna dvorana, Pohorska ulica 59	100	mednarodno strokovno srečanje, namenjeno specializantom in specialistom družinske medicine, onkologije, splošne kirurgije, specializantom in specialistom internistom gastroenterologom, študentom medicine, študentom fakultete za zdravstvene vede	prim. doc. dr. Stojan Potrč, dr. med., Kirurška klinika, Oddelek za abdominalno in splošno kirurgijo, UKC Maribor, Kirurška katedra Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, Oddelek za internistično onkologijo in Oddelek za radioterapijo, Onkološki inštitut Ljubljana, HPB-sekcija pri Slovenskem združenju za gastroenterologijo in hepatologijo
<b>27.–28. ob 11.00 • PSIHOTERAPEVTSKI UKREPI ZA VSAKDANJO RABO</b> podroben program na spletni strani zbornice			
BEGUNJE Psihiatrična bolnišnica	100	strokovno srečanje je namenjeno psihiatrom, splošnim in družinskim zdravnikom	Psihiatrična bolnišnica Begunje, prim. Andrej Žmitek, dr. med.

### Popravek

Spoštovani bralci Izide,

v koledarju strokovnih srečanj v prejšnji številki Izide (Isis št. 7, julij 2009, str. 102–103) je zaradi napake pri računalniški postavitvi ostal dogodek, ki je odpovedan. Sporočamo vam torej, da strokovnega srečanja **Na poti novih dognanj: ženska – otrok – moški**, ki je bilo napovedano za 24. september 2009, **ne bo!**

Se opravičujemo in prosimo za razumevanje.

Uredništvo

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
informacije in prijave: Irena Dolhar, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	250 EUR, vključuje hotelske storitve, zbornik, potrdilo o udeležbi, opravljanje zaključnega izpita	20
prijave in informacije: doc. dr. Janez Primožič, dr. med., ga. Karmen Boh, Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Kirurška klinika, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 81 97, 522 33 49, 522 48 29, F: 01 430 17 14, E: karmen.boh@kclj.si	350 EUR, nakažite na: UKC Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, podračun EZR št.: 01100-6030277894, sklic 299 30 32, z oznako Kritično bolan otrok	***
prijave: Mojca Kržan, Medicinska fakulteta, Inštitut za farmakologijo in eksperimentalno toksikologijo, Korytkova 2, Ljubljana, informacije: Darja Paro Panjan, Mojca Kržan, T: 01 522 92 74, 01 543 73 30, F: 01 543 73 31, E: darja.paro@kclj.si	150 EUR, na TRR Univerzitetnega kliničnega centra št.: 01100-6030277894, sklic na št.: 00 2993038-4413999, s pripisom »Neonatalna farmakologija«. Kotizacija vključuje zbornik predavanj in potrdilo o udeležbi.	10
prijave: www.szum.si ali www.erc.edu, informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402, F: 05 904 50 54	490 EUR	***
predhodne prijave niso potrebne, informacije: pisarna Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Vojkova 4, 1000 Ljubljana, T: 01 433 85 35, F: 01 439 76 00	kotizacije ni	***
prijave: ga. Silva Škrlec, viš. uprav. del., tajništvo Oddelka za abdominalno kirurgijo, Kirurška klinika, UKC Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, E: abdom.kir@ukc-mb.si, T: 02 321 13 01, F: 02 321 12 57, informacije: Silva Škrlec, E: abdom.kir@ukc-mb.si, T: 02 321 13 01, F: 02 321 12 57, Stojan Potrč, E: stojan.potrc@ukc-mb.si, T: 02 321 12 44, Arpad Ivanecz, E: arpad.ivanecz@ukc-mb.si, T: 041 962 402	50 EUR, za študente obeh medicinskih fakultet v Sloveniji kotizacije ni	***
prijave: Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje 55, 4275 Begunje, informacije: prim. Andrej Žmitek, dr. med., T: 04 533 52 48, F: 04 530 72 21, E: andrej.zmitek@pb-begunje.si	120 EUR	***



Uredništvu revije Isis  
Dalmatinova 10  
p.p. 1630  
1001 Ljubljana

faks: 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 na spletni strani zbornice.**

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 Slovenskega zdravniškega društva...) \_\_\_\_\_

Predstavniki 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 in študente \_\_\_\_\_

## Javni zavod Zdravstveni dom Velenje

objavlja prosta delovna mesta

### treh zdravnikov specialistov splošne oz. družinske medicine (m/ž)

Pogoji:

- končan študij na medicinski fakulteti – smer medicina, in opravljen specialistični izpit iz splošne oz. družinske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B-kategorije.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Prijave s kratkim življenjepisom in z dokazili o izpolnjevanju pogojev sprejemamo 8 dni po objavi na naslov: Zdravstveni dom Velenje, Vodnika 1, 3320 Velenje.

Prijavljeni kandidati bodo o izbiri obveščeni v 30 dneh po objavi razpisa.

## Osnovno zdravstvo Gorenjske OE Zobna poliklinika Kranj

objavlja prosto delovno mesto

### zobozdravnika (m/ž)

za delo v ambulanti za odrasle v zdravstveni postaji Stražišče (Kranj)

Delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas od 1. 11. 2009 (eno leto, nadomeščanje porodniškega dopusta) s polnim delovnim časom.

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete – smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške

zbornice Slovenije,

- aktivno znanje slovenskega jezika,
- zaželene delovne izkušnje.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite na naslov: OE Zobna poliklinika, Gosposvetska ulica 8, 4000 Kranj

O izbiri bomo kandidate obvestili v zakonskem roku.

## Zdravstveni dom dr. Janeza Oražma Ribnica

objavlja prosto delovno mesto

### zdravnika specialista splošne/ družinske medicine (zdravnik specialist IV PPD 2) (m/ž)

za delo v ambulanti v socialnovarstvenem zavodu in splošni ambulanti v Ribnici in Loškem Potoku.

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljena specializacija iz splošne/ družinske medicine,
- veljavna licenca za delo,
- znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B-kategorije,
- osnovno znanje za delo z računalnikom,
- zaželene so delovne izkušnje.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom in štirimesečnim poskusnim delom.

Kandidati naj prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v tajništvo Zdravstvenega doma dr. Janeza Oražma Ribnica, Majnikova ulica 1, 1310 Ribnica.

## Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik

objavlja eno prosto delovno mesto

### zdravnika specialista pediatra (m/ž)

### oz. zdravnika šolske medicine (m/ž)

### oz. zdravnika s podiplomskim tečajem zdravstvenega varstva žena, otrok in mladine (m/ž)

### ali zdravnika po končanem sekundarijatu (m/ž)

Pogoji:

- opravljena specializacija ustreznosti smeri oz. podiplomski tečaj oz. opravljen sekundarijat s preizkusom usposobljenosti z veljavno licenco,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Z izbranim kandidatom bomo sklenili delovno razmerje za nedoločen čas s polnim delovnim časom in štirimesečno poskusno dobo.

Kandidati naj vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik, »za razpis«, Novi trg 26, 1241 Kamnik.

## Zdravstveni dom Novo mesto

objavlja prosto delovno mesto:

### zdravnika splošne medicine (m/ž) ali zdravnika specialista splošne medicine oz. družinske medicine (m/ž)

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta in opravljen strokovni izpit,
- opravljen specialistični izpit s področja splošne oz. družinske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške

zbornice Slovenije,

- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji,
- poskusno delo štiri mesece,
- vozniški izpit B-kategorije.

Delovno mesto je prosto za potrebe PHE-službe.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Kandidatom lahko omogočimo tudi rešitev stanovanjskega problema.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis v 30 dneh po objavi tega razpisa na naslov: Zdravstveni dom Novo mesto, Kandijška c. 4, 8000 Novo mesto ali E: info@zd-nm.si.

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

## Zdravstveni dom Koper

objavlja eno prosto delovno mesto

### **zdravnika specialista ginekologije in porodništva v Dispanzerju za ženske (m/ž)**

za nedoločen čas.

Pogoji:

- specializacija iz ginekologije in porodništva,
- zaželeno so delovne izkušnje,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

Nudimo pomoč pri rešitvi stanovanjskega problema.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju razpisnih pogojev v roku 15 dni po objavi razpisa na naslov: Zdravstveni dom Koper, Dellavallejeva 3, 6000 Koper.

Prijavljeni kandidati bodo o izbiri obveščeni v 30 dneh po objavi razpisa.

- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B-kategorije.

Ponujamo zanimivo in razgibano delo v prijetnem kolektivu, delo v ambulanti splošne/družinske medicine s stalno populacijo in občasno v ambulanti nujne medicinske pomoči, dobre možnosti za strokovno izpopolnjevanje.

Z izbranim kandidatom bomo sklenili delovno razmerje za nedoločen čas.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev naj kandidati pošljejo na naslov: OZG OE Zdravstveni dom Tržič, Blejska cesta 10, 4290 Tržič, ali E: tajnistvo@zd-trzic.si.

## Zdravstveni dom Koper

objavlja dve prosti delovni mesti

### **zdravnika v službi nujne medicinske pomoči (m/ž)**

za nedoločen čas.

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete,
- opravljen strokovni izpit,
- zaželeno so delovne izkušnje,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

Zagotavljamo rešitev stanovanjskega problema.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju razpisnih pogojev v roku 15 dni po objavi razpisa na naslov: Zdravstveni dom Koper, Dellavallejeva 3, 6000 Koper.

Prijavljeni kandidati bodo o izbiri obveščeni v 30 dneh po objavi razpisa.

## Osnovno zdravstvo Gorenjske OE Zdravstveni dom Tržič

Sporočamo vam, da je v okviru Osnovnega zdravstva Gorenjske, OE Zdravstveni dom Tržič,

prosto delovno mesto

### **zdravnika specialista splošne ali družinske medicine (m/ž) ali**

### **zdravnika z opravljenim sekundarijatom in licenčnim izpitom (m/ž).**

Prijavijo se lahko tudi kandidati, ki so v fazi zaključevanja sekundarijata. Razpis je v veljavi do zasedbe delovnega mesta.

Pogoji:

- zdravnik specialist splošne/družinske medicine ali zdravnik po opravljenem sekundarijatu ali v fazi zaključevanja sekundarijata,

## Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj

zaposli:

### **1. enega zdravnika specialista s področja splošne kirurgije (m/ž)**

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljena specializacija in specialistični izpit iz splošne kirurgije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- zaželeno so delovne izkušnje.

### **2. enega zdravnika specialista s področja interne medicine (m/ž)**

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljena specializacija in specialistični izpit iz interne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- zaželeno so delovne izkušnje.

ali



## 2.a. specializanta s področja interne medicine (m/ž)

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- končan sekundarijat,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Za delovno mesto pod točko 1. in 2. bo delovno razmerje sklenjeno za nedoločen čas s štirimesečnim poskusnim delom.

Za delovno mesto pod točko 2.a. bo delovno razmerje sklenjeno za določen čas do dokončane specializacije, kasneje zaposlitev za nedoločen čas.

Plačnik specializacije bo Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj.

Omogočeno bo nadaljnje izobraževanje.

Kandidate, ki bi se želeli priključiti našemu zdravniškemu kolektivu, vabimo, naj se glede ostalih možnosti in pogojev dela oglasijo na razgovor.

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 cesta 23, 2250 Ptuj.

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

## Meršol dentalni studio, d.o.o.

Mlademu kolegu/kolegici nudim sodelovanje ali v prevzem celotno ambulanto in koncesijo za odrasle in mladino.

V primeru sodelovanja iščem svež in inovativen marketinški pristop ter sposobnost v kratkem času v celoti prevzeti delovanje ambulante.

Vse ostalo po dogovoru.

Prijavo s kratkim življenjepisom in potrebnimi dokazili o izobrazbi pošljite

na naslov: Meršol dentalni studio, d.o.o., Trg 27, 8216 Mirna Peč, E: mersol.dentalnistudio@siol.net.

## Zdravstveni dom dr. Božidarja Lavriča Cerknica

zaposli

### 1. zdravnika specialista družinske/šolske medicine (m/ž)

Pogoji:

- VII. stopnja strokovne izobrazbe,
- specializacija iz družinske/šolske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- štiri leta ustreznih delovnih izkušenj,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniško dovoljenje B-kategorije,
- osnovno računalniško znanje.

Zdravnik specialist bo opravljalo delo nedoločen čas s polnim delovnim časom.

### 2. zdravnika po končanem sekundarijatu (m/ž)

Pogoji:

- VII. stopnja strokovne izobrazbe,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniško dovoljenje B-kategorije,
- osnovno računalniško znanje.

Zdravnik bo opravljalo delo nedoločen čas s polnim delovnim časom.

### 3. zdravnika specialista internista pulmologa (m/ž)

- VII. stopnja strokovne izobrazbe,
- specializacija iz pulmologije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- štiri leta ustreznih delovnih izkušenj,

- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniško dovoljenje B-kategorije,
- osnovno računalniško znanje.

Zdravnik specialist bo opravljalo delo nedoločen čas s krajšim delovnim časom od polnega, v obsegu 15 ur na teden. Obstaja možnost zaposlitve od polnega delovnega časa pri drugem delodajalcu.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju razpisanih pogojev naj kandidati pošljejo v roku 15 dni po tej objavi na naslov: ZD Cerknica, Cesta 4. maja 17, 1380 Cerknica. O izbiri bodo kandidati obveščeni v osmih dneh po opravljenem izboru.

Interesente vljudno vabimo na razgovor. Za dodatne informacije pokličite T: 051 601 313.

## Ambulanta Košir, d.o.o.

zaposli

### zdravnika (m/ž)

za delo na področju družinske/splošne medicine na področju Občine Zelezniki.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije ali specializant družinske medicine (možna je tudi zaposlitev specializanta družinske medicine),
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit,
- uporaba osnovnih orodij na računalniku,
- veselje do dela z odraslimi in otroki,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji.

Nudimo:

- stalno zaposlitev po opravljenem poskusnem delu,
- odlično stimulacijo in nagajevanje

po uspešnosti dela,

- možnost prehoda v zasebnostvo,
- stanovanje.

Nastop službe možen takoj.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili in kratek življenjepis na:

Ambulanta Košir, d.o.o., Podlubnik 307, 4220 Škofja Loka, ali na E: branko.kosir@siol.net .

Dodatne informacije na T: 041 444 972 med 20. in 22. uro.

## Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje

objavlja prosta delovna mesta

### 1. zdravnika specialista ginekologije in porodništva (m/ž)

### 2. zdravnika specialista interne medicine (m/ž)

### 3. zdravnika specialista radiologije (m/ž)

### 4. zdravnika specialista pediatrije (m/ž)

### 5. zdravnika specialista anesteziologije in reanimatologije (m/ž)

### 6. zdravnika specializanta ginekologije in porodništva (m/ž)

### 7. zdravnika specializanta interne medicine (m/ž)

### 8. zdravnika specializanta radiologije (m/ž)

### 9. zdravnika specializanta pediatrije (m/ž)

### 10. zdravnika specializanta anesteziologije in reanimatologije (m/ž)

Splošna bolnišnica Trbovlje ponuja financiranje omenjenih specializacij.

Pogoji pod:

1.
  - zdravnik specialist ginekologije in

porodništva,

- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,

2.

- zdravnik specialist interne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,

3.

- zdravnik specialist radiologije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,

4.

- zdravnik specialist pediatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,

5.

- zdravnik specialist anesteziologije in reanimatologije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,

6., 7., 8., 9. in 10.

- strokovni izpit.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom in štirimesečnim poskusnim delom.

Nudimo stanovanje v Trbovljah.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh po objavi na naslov: Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje.

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

## Zdravstveni dom Ptuj

zaposli

### 1. zdravnika splošne medicine ali zdravnika specialista splošne medicine oz. družinske medicine (m/ž)

### 2. zobozdravnika specialista parodontologije (m/ž)

### 3. zobozdravnika specialista protetike (m/ž)

### 4. zdravnika specialista družinske/šolske medicine ali specialista pediatrije (m/ž)

Pogoji pod točko 1:

- končana medicinska fakulteta – oddelek splošna medicina,
- opravljen strokovni izpit ali sekundarijat oz. opravljen specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji.

Pogoji pod točko 2:

- končana medicinska fakulteta – stomatološka smer,
- opravljen specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji.

Pogoji pod točko 3:

- končana medicinska fakulteta – stomatološka smer,
- opravljen specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji.

Pogoji pod točko 4:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji.

Ponujamo sklenitev pogodbe za nedoločen čas in dobre delovne pogoje.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 30 dneh po objavi na naslov JZ Zdravstveni dom Ptuj, Potrčeva 19 a, 2250 Ptuj.

## Psihiatrična bolnišnica Ormož

objavlja prosti delovni mesti:

### 1. zdravnika specialista psihiatra (zdravnik specialist V/VI PPD 3) (m/ž)

za nedoločen čas.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljen specialistični izpit iz psihiatrije,
- zdravniška licenca za področje psihiatrije.

Na razpolago je stanovanje.

Nastop dela takoj ali po dogovoru.

### 2. zdravnika specializanta psihiatrije (zdravnik brez specializacije z licenco PPD 3)

za nedoločen čas.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- odobrena specializacija iz psihiatrije,
- zdravniška licenca.

Na razpolago je stanovanje.

Nastop dela takoj ali po dogovoru.

Prijave na naslov: Psihiatrična bolnišnica Ormož, Ptujška c. 33, 2270 Ormož

## Občina Železniki

### Razpis koncesije za splošno medicino

Občina Železniki ponovno objavlja javni razpis za podelitev koncesije za opravljanje javne zdravstvene službe na področju splošne medicine v občini Železniki.

Vse informacije v zvezi s prijavo in prijavnim rokom najdete v razpisni dokumentaciji, ki se nahaja na spletni strani Občine Železniki: [www.zelezniki.si](http://www.zelezniki.si), pod »razpisi«, in v sprejemni pisarni Občine Železniki.

## Občina Piran

### Javni razpis koncesije za zdravnika splošne medicine

Občina Piran ponovno objavlja javni razpis za podelitev koncesije za izvajanje javne službe osnovne zdravstvene dejavnosti zdravnika splošne medicine v občini Piran.

Razpisna dokumentacija, ki zajema vse podatke o prijavi in prijavnem roku, je na dan objave tega obvestila dosegljiva na spletni strani Občine Piran: <http://www.piran.si>, pod rubriko Razpisi. Pojasnila v zvezi s prijavo na razpis lahko pridobite v Uradu za družbene dejavnosti Občine Piran, T: 05 671 03 17.

## Zdravstveni dom Sevnica

objavlja prosto delovno mesto

### a) zdravnika specialista družinske medicine (m/ž) ali

### b) zdravnika specializanta družinske medicine z opravljenim licenčnim izpitom (m/ž)

Pogodba o zaposlitvi bo sklenjena za nedoločen čas. Poskusno delo v skladu z določili Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike.

Pogoji za zasedbo:

a)

- končana medicinska fakulteta,
- specializacija iz splošne oz. družinske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- zaželeno delovno izkušnje – eno leto,
- vozniško dovoljenje B-kategorije,
- poskusno delo štiri mesece;

b)

- končana medicinska fakulteta,
- specializant družinske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- zaželeno delovno izkušnje – eno leto,
- vozniško dovoljenje B-kategorije,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratak življenjepis pošljejo na naslov: Zdravstveni dom Sevnica, Trg svobode 14, 8290 Sevnica.

Za vse informacije, prosimo, pokličite T: 07 816 15 00, Zdravstveni dom Sevnica, direktorica Vladimira Tomšič.

## Zdravstveni dom Celje

vabi k sodelovanju

### zdravnika specialista splošne/ družinske medicine za delo v ambulanti splošne/ družinske medicine v Zdravstvenem domu Celje

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta,
- specializacija iz splošne/ družinske medicine,

- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje splošne/družinske medicine,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- zaželeno so delovne izkušnje,
- sodelovanje v službi nujne medicinske pomoči,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidatu bomo omogočali ustvarjalno in dinamično delo v urejenem delovnem okolju, osebni in strokovni razvoj ter stimulatívno nagrajevanje.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratkim življenjepisom pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Celje, Uprava, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, s pripisom: Za razpis.

Za dodatne informacije pokličite prim. Andreja Žmavca, dr. med., T: 03 543 42 20.

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

## Zdravstveni dom Celje

vabi k sodelovanju

### **zdravnika specializanta splošne/družinske/urgentne medicine (m/ž)**

za delo v ambulanti za nujno medicinsko pomoč

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta,
- strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- zaželeno so delovne izkušnje,
- delo v službi nujne medicinske pomoči,
- poskusno delo štiri mesec.

Kandidatu bomo omogočali ustvarjalno in dinamično delo v urejenem delovnem okolju, osebni in strokovni razvoj ter stimulatívno nagrajevanje.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratkim življenjepisom pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Celje, Uprava, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, s pripisom: Za razpis.

Za dodatne informacije pokličite prim. Andreja Žmavca, dr. med., T: 03 543 42 20.

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

## Zdravstveni dom Celje

vabi k sodelovanju

### **zdravnika specializanta splošne/družinske medicine z opravljenim licenčnim izpitom ali zdravnika z opravljenim licenčnim izpitom (m/ž)**

za delo v ambulanti splošne/družinske medicine v Zdravstveni postaji Vojnik.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje splošne/družinske medicine,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- zaželeno so delovne izkušnje,
- sodelovanje v službi nujne medicinske pomoči,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidatu bomo omogočali ustvarjalno in dinamično delo v urejenem delovnem okolju, osebni in strokovni razvoj ter stimulatívno nagrajevanje.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratkim življenjepisom pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom

Celje, Uprava, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, s pripisom: Za razpis.

Za dodatne informacije pokličite prim. Andreja Žmavca, dr. med., T: 03 543 42 20.

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

## Zdravstveni dom Radeče

objavlja prosta delovna mesta:

### **a) zobozdravnik (doktor dentalne medicine) za delo v otroškem in mladinskem zobozdravstvu (m/ž)**

Pogodba o zaposlitvi bo sklenjena za določen čas, za nadomeščanje delavke v času dopusta za nego in varstvo otroka, do vključno oktobra 2009. Poskusno delo v skladu z določili Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike. Sklenitev delovnega razmerja je možna takoj.

### **b) zobozdravnik (doktor dentalne medicine) – odraslo zobozdravstvo (m/ž)**

Pogodba o zaposlitvi bo sklenjena za nedoločen čas. Poskusno delo v skladu z določili Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike.

### **c) zobozdravnik (doktor dentalne medicine) – odraslo zobozdravstvo (m/ž)**

Pogodba o zaposlitvi bo sklenjena za določen čas, za nadomeščanje delavke v času dopusta za nego in varstvo otroka. Delovno mesto bo prosto od julija 2009 dalje. Poskusno delo v skladu z določili Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike.

**Pogoji za zasedbo pod a, b in c:**

- končana medicinska fakulteta, smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,

- zaželene delovne izkušnje,
- poskusno delo v skladu s kolektivno pogodbo.

Zdravstveni dom Radeče nudi zainteresiranim kandidatom tudi službeno stanovanje.

Rok za oddajo vlog je 15 dni.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis pošljejo na naslov: Zdravstveni dom Radeče, Ulica OF 8, 1433 Radeče.

Za vse informacije, prosimo, pokličite T: 03 568 02 00 – direktorica Ingrid Kus Sotošek, dr. med.

Za dodatne informacije pokličite na T: 03 543 42 70 (Mojca Jereb Kosi, dr. med.).

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

## Zdravstveni dom Celje

vabi k sodelovanju

### zobozdravnika (m/ž)

za delo v ambulanti za odrasle.

Delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas – dve leti in pol, z možnostjo podaljšanja (nadomeščanje delavke med specializacijo).

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta – smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- zaželene so delovne izkušnje,
- poskusno delo štiri mesece.

Rok za oddajo vlog je 15 dni.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratkim življenjepisom pošljejo na naslov: Zdravstveni dom Celje, Uprava, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, s pripisom: za razpis.

Za dodatne informacije pokličite na T: 03 543 43 39 (prim. Marta Škapin, dr. dent. med.).

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

## Zdravstveni dom Celje

vabi k sodelovanju

### zdravnika specialista pediatrije (m/ž)

za delo v dispanzerju za predšolske otroke v ZD Celje.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta,
- specializacija iz pediatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje pediatrije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- zaželene so delovne izkušnje,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidatu bomo omogočali ustvarjalno in dinamično delo v urejenem delovnem okolju, osebni in strokovni razvoj ter stimulatивно nagrajevanje.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratkim življenjepisom v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Celje, Uprava, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, s pripisom: za razpis.

## Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj OE Zdravstveni dom Škofja Loka

objavlja prosto delovno mesto

### zdravnika specialista pediatrije (m/ž) ali

### zdravnika specialista šolske medicine (m/ž)

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete in opravljen strokovni izpit,
- opravljen specialistični izpit iz pediatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje pediatrije,
- vozniški izpit B-kategorije,
- poskusno delo tri mesece,
- znanje slovenskega jezika,
- znanje dela z računalnikom.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Rok prijave: do zasedbe delovnega mesta.

Kandidati naj svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo na naslov: Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Škofja Loka, Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka.

O izbiri bomo kandidate obvestili v 30 dneh po zaključku zbiranja prijav.

## Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj OE Zdravstveni dom Škofja Loka

objavlja prosto delovno mesto

### zobozdravnika v šolski zobni ambulantni v ZD Škofja Loka (m/ž)

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete – smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- poskusno delo tri mesece,
- vozniški izpit B-kategorije,
- znanje dela z računalnikom.

Delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas s polnim delovnim časom – nadomeščanje med porodniškim dopustom.

Rok prijave: do zasedbe delovnega mesta.

Kandidati naj svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo na naslov: Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Škofja Loka, Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka.

O izbiri bomo kandidate obvestili v 30 dneh po zaključku zbiranja prijav.

## Zdravstveni dom Logatec

objavlja prosta delovna mesta:

### **zobozdravnika (m/ž)**

v ambulanti za odrasle za nedoločen čas s polovičnim delovnim časom.

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete – smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo RS ali delovno dovoljenje,
- aktivno znanje slovenskega jezika;

ter

### **zdravnika specialista splošne ali družinske medicine oziroma zdravnika po končanem sekundarijatu (m/ž)**

za delo v ambulanti splošne medicine in ambulanti za nujno medicinsko pomoč za nedoločen čas s polnim

delovnim časom.

Pogoji:

- opravljena specializacija ustrezne smeri oz. podiplomski tečaj oz. opravljen sekundarijat s preizkusom usposobljenosti,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije ali delovno dovoljenje,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Kandidati naj vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v osmih dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Logatec, Notranjska cesta 2, 1370 Logatec.

## Zdravstveni dom Logatec

zaposli

### **zdravnika specialista pediatrije (m/ž)**

Pogoji:

- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- potrdilo o specializaciji,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji,
- osnovno računalniško znanje,
- vozniški izpit B-kategorije.

Delovno razmerje bomo sklenili za določen čas 12 mesecev za polni delovni čas z možnostjo podaljšanja. Nastop dela po dogovoru.

Pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev, kratkim življenjepisom in opisom delovnih izkušenj pošljite v petnajstih dneh na naslov: Zdravstveni dom Logatec, Notranjska 2, 1370 Logatec.

## Zdravstveni dom Ljubljana

razpisuje prosta delovna mesta

### **1. zdravnik oziroma zdravnik specialist splošne ali družinske medicine (m/ž)**

- doktor medicine oziroma specialist družinske medicine,
- veljavna licenca.

### **2. zdravnik brez specializacije po opravljanem sekundarijatu (m/ž)**

- doktor medicine,
- strokovni izpit.

### **3. zobozdravnik specialist otroškega in preventivnega zobozdravstva (m/ž)**

- doktor dentalne medicine specialist otroškega in preventivnega zobozdravstva,
- veljavna licenca.

### **4. zobozdravnik brez specializacije z licenco (m/ž)**

- doktor dentalne medicine,
- veljavna licenca.

Pogodba o zaposlitvi bo sklenjena za nedoločen oziroma določen (točka 4) poln delovni čas.

Kandidati naj pošljejo prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev v 15 dneh po objavi razpisa na naslov: Zdravstveni dom Ljubljana, Metelkova 9, Ljubljana.

## Cenik malih oglasov

- razpisi za delovna mesta v javni zdravstveni mreži - brezplačno
- razpisi za delovna mesta 98 EUR, za člane ZZS 50 odstotkov popusta
- oddaja poslovnih prostorov - ordinacij: 98 EUR, za člane ZZS 50 odstotkov popusta
- ostali mali oglasi (prodaja inštrumentov, avtomobilov) 135 EUR, za člane ZZS 50 odstotkov popusta
- novoletne in druge osebne čestitke: v okvirčku 1/6 strani 195 EUR, za člane ZZS 50 odstotkov popusta.

20-odstotni DDV ni vračunan v ceno

Koncert zdravniške komorne skupine Pro medico v znamenju jubilejev: 30-letnice Kulturno-umetniškega društva KC in MF dr. Lojz Kraigher in 85-letnice pediatra prof. Pavla Kornhauserja

# Nastop nepogrešljivega pianista in organizatorja glasbenega življenja med zdravniki

*Rok Korošec*

Tudi to leto je zdravniški koncert, kot prva izmed prireditev festivala »Poletje v Stari Ljubljani«, ki ga organizira Društvo za oživiljanje kulturne podobe starega mestnega jedra, napolnil cerkev sv. Jakoba. V torek, 16. junija 2009, ko je dan prehajal v noč, so pričakovanja in razpoloženje občinstva po vrhunski glasbi napovedovali buren in vznemirljiv večer. Želje so bile toliko večje kot sicer, saj je koncert obeleževal dva jubileja: 30-letnico KUD-a KC in MF ter 85-letnico prof. Pavla Kornhauserja.

Skoraj štirideset let je tega, kar so zdravniki in študenti medicine v Ljubljani prvič organizirano muzicirali. Pobudnik je bil dr. Ivan Lenart, profesor na Medicinski fakulteti, patolog in patohistolog ter izvrstni čelist. V Univerzitetnem kliničnem centru so se kmalu potem začeli pojavljati pevski zbori in manjše instrumentalne skupine. Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč, Vox medicorum, katerega »oče« je dr. Matjaž Vrtovec, in pred petnajstimi leti ustanovljen študentski pevski zbor Cor nosijo težo vokalnega poustvarjanja zborovskih pesmi. Godalce je zbral in ustanovil orkester Camerata medica pediater prim. Igor Ravnik. Najrazličnejše sekcije, ki uživajo v čaščenju umetnosti, združuje Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete v Ljubljani dr. Lojz Kraigher, katerega predsednica je že nekaj let prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec.



Pogled »od zgoraj« na zdravniški klavirski sekstet Pro medico v sestavi: Pavle Kornhauser, klavir, Marko Zupan, 1. violina, Andrej Gubenšek, 2. violina, Vilim Demšar, viola, Jan Štangelj, violončelo, in Sara Souidi, kontrabas.



Jubilant na odru.

## ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

Posebno omembo zasluži Zravnška glasbena komorna skupina Pro medico, ki ima že skoraj štiridesetletno tradicijo, v njenem udejstvovanju pa izstopajo zlasti vsakoletni poletni zdravniški koncerti. Vodja komorne skupine, prof. Pavle Kornhauser, je letos, pri 85 letih, nastopil kot najbrž najstarejši pianist solist na Slovenskem, ki se še vedno pojavlja na odru. Muzicirajo v različnih komornih sestavah. Tokrat so se predstavili kot klavirski sekstet.

Sem študent 3. letnika Medicinske fakultete v Ljubljani in se tudi sam ljubiteljsko ukvarjam z glasbo in pisanjem, zato se mi je zdelo prav, da prevzamem »glasbeno kritiko« tega nastopa v reviji Isis. Ko sem dobrih petnajst minut pred pričetkom koncerta stal na takrat še s soncem obsijanem Levstikovem trgu, sem začutil ustaljeno tradicijo in pomen te prireditve. Vsem obrazom mimoidočih, namenjenih v cerkev sv. Jakoba, je bilo skupno težko opisljivo veselje; neprisiljeni, skoraj prvinski nasmehi, ki so terjali slo po glasbenem doživljanju. Nežen cerkveni hlad in prijetna toplota navzočih sta polnila vzdušje in plemenitila plesen v kamnitih kotih. Kot je bilo pričakovati, je bila cerkev polna do zadnjega kotička. Zvedel sem, da si je organizator sposodil sto dodatnih sedežev pri Festivalu; žal je kljub temu več poslušalcev moralo glasbo poslušati stoje. S spremljevalko sva imela srečo in prišla do sedišč v sedmi vrsti.

Uvodoma se je s kora razlegel mogočen glas orgel. Prireditve se je začela s Koncertom za orgle in orkester številka 2 Josepha Haydna, dunajskega

klasika. Odlična spremljiva komornega *ad hoc* sestavljenega orkestra Pro medico, ki mu je dirigiral prof. Vilim Demšar, je plemenitila že sicer dobro tehnično izvedbo izjemno sposobnega organista, sicer nevrokirurga v UKC, dr. Domagoja Jugovića.

Sledil je Veliki sekstet v Es-duru Mihaela Glinke v izvedbi ansambla Pro medico v sestavi Pavle Kornhauser, pediater, klavir, Marko Zupan, nevrolog, prva violina, Andrej Gubenšek, študent, druga violina, Vilim Demšar, edini nezdravnik, znani goslar, viola, Jan Štangelj, študent, violončelo, in Sara Souidi, študentka 1. letnika MF, kontrabas. Izvedbo je krasila bogata dinamična razgibanost, dovolj izrazit refren, ki ga je sicer težko jasno izražati med izvajanjem v cerkvah. Dominantno vlogo v sekstetu ima klavir, tehnično je skladba zelo zahtevna.

Sledil je odmor: prijetni pogovori, kava, tudi osvežitev s sadnimi sokovi so gledalce prebudili iz harmoničnih sanj, glasbenikom pa ohladili prste.

Koncertni list je s Chopinovimi Plesi obljubljal vrhunec večera. Prof. Kornhauser je ob življenjskem jubileju nastopil kot pianist solist. Kot je sam napisal, je združil tri Chopinove plesne kot svoj solistični prispevek h koncertu. To so bili: Poloneza v A-duru op. 26 šte. 1, Mazurke (gis-mol op. 33 šte. 1, e-mol op. 41 šte. 2, a-mol op. 17 šte. 4) in Valček v cis-molu op. 64 šte. 2. Izvedba poloneze je dobro povzela vso vehemenco »moških« plesov poljske aristokracije. Prsti prof. Kornhauserja so bili mehki, utečeni, kot glasba, ki so jo pletli. Ples je zaključil z za Chopina značilnim valčkom v molu, ki ni

»Na odru« v cerkvi sv. Jakoba sta mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč, okrepljen s pevkami in pevci zbora študentov medicine Cor, in »simfonični« *ad hoc* oblikovani orkester Pro medico, ki ju vodi Venčeslav Zadravec, sicer zborovodja zbora dr. Bogdan Derč.





izpeljava zabavne glasbe, kot so Straussovi, temveč ima zaradi mola »melanholičen« prizzvok in je samostojna koncertna skladba. Za dodatek je prispeval večno lepo in pianistično briljantno Fantaisie Impromptu v cis-molu, ki je bila zanj – kot je sam pravil – najbolj omiljena skladba. Pianist je zaslužil in tudi prejel bučen aplavz.

Sklepna točka koncerta je združevala Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč, okrepljen s pevci Pevskega zbora študentov medicine Cor, z zborovodjo Venčeslavom Zadravcem in *ad hoc* sestavljen orkester Pro medico. Izvedli so 1. prizor iz 3. dejanja opere Gorenjski slavček Antona Försterja. V orkestru sta tokrat igrala pionirja v godalnem ansamblu Pro medico: violinist, nefrolog Miha Benedik in violončelist, onkolog Zvonimir Rudolf. Še preden je izzvenel zadnji ton, korona, ki jo je vodil Venčeslav Zdravec, je publika silovito ploskala in s tem pospremila na oder prof. Kornhauserja, ki je prevzel mikrofona. Besede je niral tako spretno kot takte v prej zaigranih Chopinovih plesih. Marsikoga se je govor dotaknil, vsi pa smo bili ganjeni in obenem razočarani, ko je napovedal slovo od vodenja tako velikega projekta, kot so koncerti, kjer je na odru z orkestrom in zborom vred tudi po sto izvajalcev. Ob tem je poudaril, da to še ne pomeni prenehanja skupnega muziciranja.

Koncert so s svojo prisotnostjo počastili dekan MF prof. dr. Dušan Šuput s svojimi najožjimi sodelavci iz tajništva fakultete, medicinska direktorica UKC prof. dr. Brigita Drnovšek Olup, ki je s prisrčnimi besedami v imenu UKC in MF pozdravila udeležence koncerta in slavljenca, prof. Kornhauserja, izročila velik šopek rož; uradno je bil prisoten tudi predstavnik Republiškega sklada za ljubiteljsko umetnost Andrej Studen in seveda tudi župnik cerkve sv. Jakoba, ki že desetletja omogoča, da je cerkev prizorišče koncertov. V cerkvi smo spoznali tudi dekana ljubljanske Akademije za glasbo, prof. Pavla Mihelčiča.

Predsednica Mešanega pevskega zbora dr. Bogdan Derč, Ana Marija Vrbič, je poudarila pomen sodelovanja zdravstvenih delavcev – ljubiteljskih glasbenikov v Ljubljani in se posebej zahvalila prof. Kornhauserju za več desetletij trajajočo uspešno dejavnost ne področju glasbe. V svoji sklepni besedi je prof. Pavle Kornhauser poudaril, da ne pozna medicinskega središča, ne le v Evropi, temveč tudi v svetu, ki bi imelo tako uspešno in pestro zgodovino pri negovanju ljubiteljske umetnosti. Obenem se je zahvalil svojim najožjim sodelavcem in seveda vsem v orkestru Pro medico (med njimi so bili tudi študenti ljubljanske Akademije za glasbo), pevskega zboroma Derč in Cor vsem, ki so doslej omogočali uspešno izvedbo koncertov Pro medico, zlasti številnim sponzorjem, ki nikoli niso odklonili pomoči.

Vreme nam je bilo naklonjeno, nehalo je deževati, tako da je bil kulinarično uspešen tudi sprejem »ob siju bakel« na kamnitih stopnicah cerkve sv. Jakoba, kjer smo se lahko družili pozno v noč. In še to: prvič se je zgodilo, da je župan Ljubljane, Zoran Jankovič, ustregel želji organizatorja in dovolil starejšim in fizično prizadetim pristop do cerkve z osebnimi vozili.

Foto: Tina Šolar



Organist Domagoj Jugović s komornim orkestrom Pro medico ob vodstvu prof. Vilima Demšarja.



Zahvala velja tudi predsednici mešanega pevskega zbora dr. Bogdan Derč, Ani Mariji Vrbič, kot tudi predsednici zbora študentov ljubljanske medicinske fakultete Cor, Moniki Vombergar.

Iz spomina

## Predzgodovina kulture MF

Jasna Čuk Rupnik

Kulturna udejstvovanja našega zdravništva človeka očarajo. Tako me je tudi obletnica, ki smo jo kronali s čudovitim, zdaj že 30. koncertom glasbenih umetnikov iz pretežno zdravniških vrst. Odlična paša tudi za zahtevno glasbeno občinstvo, ob še posebnem občudovanju do prof. Kornhauserja in njegovih – saj ne bi verjeli – 85 let...

Doma pa so čez nekaj dni moje sive celice začele povezovati nekatere zgodovinske in kulturno-umetniške dogodke. Velele so mi odpreti redko uporabljen predal, v katerem je nagneteno vse moje dosedanje življenje v slikah. Dolgo sem brskala, preden sem našla. Med zbirko polstoletnih podob sem končno izbrskala prav tisti zanimivi spomin: »Koncert študentov medicine«. Kako velikopotezno smo ga imenovali. In glej si jo no, letnico! 1978. Spomin na to pa... ja, spomina vreden.

Na glasbeni šoli Franca Šturma v Ljubljani nas je takrat muziciralo kar nekaj študentk in študentov ljubljanske MF. Tudi v šolskem letu 1977/78. In na zaključnem koncertu celotne glasbene šole v Plečnikovi cervi za Bežigradom je med nami vzknila ideja, da bi »majhen« koncert – zgolj s tistimi učenci glasbene šole, ki so tisti čas študirali tudi medicino – lahko organizirali še za kolegice in kolege MF. In smo ga res. Vseh nastopajočih se danes ne spomnim več. Za osvežitev spomina skušam priti v stik s temi kolegicami in kolegi, pa so nedosegljivi ali pa meni zmanjkuje časa za iskanje stikov. A nečesa se zagotovo spominjam zelo dobro. Tega, da smo v Pajzel in menda tudi v klinični center nalepili vabila. Kar na bele liste A5-formata smo s flomastrom napisali,

kaj pripravljamo. Posebno vabilo smo poslali tudi učiteljskemu zboru MF. In spomnim se tudi (rahle?) zadrege, ki se nas je pollaščala, ko na koncert poleg nastopajočih in enega samega poslušalca ni bilo nikogar drugega. Res, nikogar drugega.

Pa smo jo rešili, tisto zadrego namreč. Preprosto, kakor veleva ljubezen do glasbe. Zaigrali smo si tistih nekaj pripravljenih komadov kar med seboj. In bilo je lepo. Ne zmorem se spomniti vseh nastopajočih, a Marge Kocmur in Marka Kolška se. Igrala sta klavir. Njun repertoar že dolgo ni več predmet mojega spomina. Pa tudi, kateri Chopinov valček in kateri Lisztov nokturno so po klavirju lovili moji prsti, ne več.

In kdo je bil ta *edini poslušalec*? Ginekolog Darko Gregorač, v srednji šoli tudi moj odlični soigralec v »dramskem krožku bežigradske«. Za pričujoči posnetek s »koncerta« je nekemu posodil svoj fotoaparater in mi tole fotografijo – z napisom na zadnji strani – nekaj mesecev zatem tudi poslal.



Spomin na koncert študentov MF leta 1978 v Plečnikovi cerkvi za Bežigradom

Napoved koncerta

## Zbor in orkester evropskih študentov medicine v Ljubljani

Ana Dovč

Od 31. julija do 9. avgusta 2009 bo Ljubljani pripadla čast gostiti mednarodno srečanje študentov medicine in mladih zdravnikov, združenih v okviru Zbora in orkestra evropskih študentov medicine (European Medical Students' Choir – EMSC in European Medical Students' Orchestra – EMSO). Obe združenji imata dolgoletno tradicijo, njihov cilj pa je povezovanje študentov in mladih zdravnikov tudi izven okvirov rednega študija. Udeležencem srečanj dajeta priložnost za uživanje v prvovrstnem glasbenem poustvarjanju in vzpostavitev prijateljskih vezi s kolegi iz vse Evrope, te vezi pa se bodo v prihodnosti lahko razvile tudi v mednarodno sodelovanje na strokovnem področju. Srečanje bodo zaključili z dvema koncertoma, z njima zbrana sredstva pa bodo namenili v dobrodelne namene.

Glasba povezuje študente iz vse Evrope že več kot desetletje. Orkester EMSO je skupina študentov medicine ustanovila leta 1993 v Würzburgu v Nemčiji. Prvotna godalna zasedba je v nekaj letih zaradi velikega zanimanja zrastle v simfonični orkester, ki večinoma šteje okoli 50 članov. Zbor EMSC je bil ustanovljen leta 1996 v Londonu. Obe zasedbi vsako leto gostujeta v drugem evropskem mestu, srečanja pa prostovoljno organizirajo lokalni študenti medicine. Orkester je kulturno

ponudbo do sedaj popestril že v Oxfordu, Barceloni, Stockholmu, Aberdeenu, Baslu, Portu, Budimpešti, Pragi, Dresdnu, Gdansku, Oslu, Bristolu in Rimu, leta 1996 pa tudi v Ljubljani. Zbor je v preteklosti nastopal v Londonu, Berlinu, Budimpešti, Stockholmu, Valladolidu, Varšavi, Rigi, Edinburgu, Portu in Heidelbergu. Tudi zbor je že gostoval v Ljubljani, in sicer leta 1998.

Letošnje srečanje mladih glasbenikov bo zagotovo nekaj posebnega, saj šele drugič v zgodovini zbor in orkester gostujeta skupaj. Ljubljana je prvo mesto po Stockholmu, v katerem se bo naenkrat zbralo toliko glasbeno nadarjenih študentov medicine in mladih zdravnikov. Pričakujemo približno 45-članski orkester in 55-članski zbor. Udeleženci letošnjega gostovanja prihajajo iz kar enajstih držav: Finske, Francije, Madžarske, Nemčije, Poljske, Portugalske, Romunije, Slovenije, Srbije, Švedske in Velike Britanije. Koncertni program bo obsegal dela F. Schuberta, J. Masseneta, M. Grdadolnika, M. Josia in J. Haydna ter premierno predstavljeno skladbo G. Jereba. Da koncert ne bo utonil v pozabo, ga bo RTV Slovenija posnela na zgoščenko.

Obe zasedbi bosta vodila mednarodno priznana profesionalna glasbenika, dirigent Marjan Grdadolnik in zborovodkinja Martina Batič. Grdadolnik je na Akademiji za glasbo v Ljubljani diplomiral iz klarineta in dirigiranja. Deluje kot pedagog, skladatelj, organist, dirigent in zborovodja. Večkrat je dirigiral pihalnemu, januarja 2008 pa tudi Simfoničnemu orkestru Akademije za glasbo. Je dirigent Pihalnega orkestra Logatec, s katerim se s tekmovanj redno vrača z zlatimi plaketami. Je tudi dolgoletni zborovodja MePZ Adoramus Logatec, s katerim je leta 2000 v Pragi na tekmovanju dosegel absolutno prvo mesto in bil izbran za najboljšega zborovodjo tekmovanja. V avgustu 2008 je v Bukarešti dirigiral orkestru National Radio Orchestra Romania in z njim izvedel Beethovno 7. simfonijo v A-duru. Za to izvedbo je prejel Prešernovo nagrado na Akademiji za glasbo v letu 2008, hkrati pa še za izvedbo Requiem Bojana Adamiča s Pihalnim orkestrom Akademije za glasbo.

Martina Batič je po diplomi iz glasbene pedagogike na Akademiji za glasbo odšla na študij zborovskega dirigiranja na Visoko šolo za glasbo v Münchnu, kjer je leta 2005 z odliko zaključila podiplomski študij. Trenutno je zborovodkinja opernega zbora SNG Opera in balet v Ljubljani. V prostem času projektno dirigira in na klavirju spremlja različne pevске sestave in

soliste. Sodeluje v žirijah različnih zborovskih tekmovanj doma in v tujini ter pripravlja in vodi seminarje o zborovskem dirigiranju. Med njene najodmevnejše dosežke sodi prva nagrada na tekmovanju za mlade zborovske dirigente »Eric Ericson Award« na Švedskem leta 2006.

Še tako dobro vodstvo pa ne pomaga, če glasbeniki niso pripravljeni. Udeleženci bodo zato koncertni program vadili v povprečju okoli sedem ur na dan. Vaje bodo v prvih dneh potekale ločeno po posameznih orkestrskih sekcijah oziroma zborovskih glasovih, sledile bodo ločene vaje orkestra in zbora ter v zadnjih dneh skupne vaje orkestra z zborom. Vseeno bodo imeli študenti in zdravniki tudi čas za sprostitve, zabavo in sklepanje prijateljskih vezi, saj so večeri namenjeni predvsem druženju. Obenem bodo spoznavali naravne in kulturne znamenitosti Slovenije, ogledali si bodo Ljubljano, Bled in Piran ter poskusili tradicionalne slovenske jedi. S tem bo gostovanje EMSC in EMSO pripomoglo k prepoznavnosti Slovenije v evropskem prostoru, saj bodo udeleženci zagotovo domov ponesli dobro besedo o lepotah naše države ter gostoljubnih ljudeh.

Zbor in orkester bosta za javnima koncertoma pripomogla tudi k raznovrstnosti kulturne ponudbe v Sloveniji v poletnih mesecih. Svoje delo bosta predstavila na dveh koncertih – 8. avgusta v cerkvi sv. Jurija v Piranu in 9. avgusta v veliki dvorani Slovenske filharmonije. Denar, zbran na koncertih, bo namenjen za novo CTG-napravo za sprejemno ambulanto perinatološkega oddelka ljubljanske porodnišnice. S tem se nadaljuje tradicija dobrotelnosti, ki jo je začel zbor na gostovanju v Ljubljani leta 1998, ko so zbrana sredstva podarili za izgradnjo nove pediatrične klinike.

Prisrčno vas vabimo, da se udeležite katerega izmed dobrotelnih koncertov. Z udeležbo boste prispevali k nakupu močno potrebne CTG-naprave za ljubljansko porodnišnico. Poleg tega imata zbor in orkester evropskih študentov medicine dolgoletno tradicijo odličnosti. Sestavljajo ju sami prizadevni ter nadarjeni mladi, ki bodo pod profesionalnim vodstvom izvajali pester repertoar tujih in domačih avtorjev ter celo premierno predstavili novo delo Gašperja Jereba. Zagotovo nas torej čaka prvovrstno glasbeno doživetje. Če ste glasbeni sladokusci ali preprosto iščete popestritev poletnega večera, se udeležite koncerta EMSO in EMSC; ne bo vam žal. Vidimo se 8. avgusta v Piranu ali 9. avgusta v Ljubljani!

Marjan Grdadolnik



Martina Batič



# Otočje Svalbardi – arktični biser

Tomaz Marš

Svalbarde bi brez dvoma lahko šteli med najbolj zanimive in odročne kraje sveta ter eno izmed zadnjih divjih in nedotaknjenih področij Evrope, ki postajajo priljubljen cilj nekoliko bolj avanturističnih popotnikov. Predvsem zaradi relativno lahke dostopnosti v primerjavi z drugimi arktičnimi področji jih iz leta v leto obišče vse več turistov. Skandinavski letalski prevoznik, v poletnih mesecih pa se mu pridruži še norveški nizkocenovni letalski prevoznik, skozi vse leto vzdržuje letalsko povezavo med norveško prestolnico Oslo in edinim letališčem, ki omogoča pristanek večjih potniških letal na otočju, Longyearbyenom. Vse to in bogastvo naravnih lepote je verjetno botrovalo temu, da je založba Lonely Planet Svalbarde uvrstila v seznam desetih najlepših koncev sveta za leto 2009.

## Otočje, oddaljeno le 1300 kilometrov od severnega tečaja

Arhipelag Svalbardi leži med 76° in 81° severne širine, 1600 kilometrov severno od Tromsa, najsevernejšega večjega mesta Norveške, ki ga Norvežani in drugi imenujejo kar »vrata v polarni arktični sever«, in le dobrih 1300 kilometrov od severnega tečaja. Otočje s površino 61.000 kvadratnih kilometrov sestavljajo štiri večji otoki, med katerimi je največji Spitsbergi, sledijo Nordaustlandet, Baretsoya (Medvedji otok) in Engeøya ter številni manjši otoki. Svalbardi so posebni še zaradi drugega dejstva: nikjer drugje na Zemlji namreč ljudje ne živijo stalno tako daleč na severu, kot je to ravno na Svalbardih. Na otočju stalno živi 2500 prebivalcev, največ v Longyearbyenu, administrativnem središču arhipelaga z okoli 2000 prebivalci, sledi mu Barentsburg, rusko rudarsko naselje s

400 prebivalci, in norveško rudarsko naselje Sveagrube ter daleč na severu otoka Spitsbergi Ny-Ålesund, mednarodna znanstvena postaja s 40 do 100 prebivalci, v bližini katere se nahaja še manjša raziskovalna postaja z 10 do 20 znanstveniki, ki jo upravlja Poljska. Raziskave, ki jih opravljajo znanstveniki, imajo svetovni pomen za razumevanje vplivov globalnega segrevanja in onesnaženja na arktično klimo in živalstvo. Poleg teh naselij je na otoku še nekaj zapuščenih in nenaseljenih rudarskih in lovskih postojank, ki so le še neme priče nekdanje človekove dejavnosti na otočju.

## Zgodovino Svalbardov je zaznamovalo premogovništvo

Svalbardi imajo kljub svoji odmaknjenosti bogato zgodovino. Prve omembe Svalbardov v starih zapisih prebivalcev Islandije segajo v leto

1194, kjer jih omenjajo kot »deželo hladne obale«. Mnogo kasneje je Svalbarde odkril nizozemski pomorščak Willem Barents, in sicer bolj po naključju, pri iskanju t.i. severnega prehoda na daljni vzhod in Pacifik. Na Barentsa so naredile močan vtis gore koničastega videza, zato je otok poimenoval Spitsbergi. Od Barentsovega odkritja so Svalbardi vseskozi privlačili norveške, ruske, švedske in druge kitolovce, ribiče in lovce na divjad ter polarne ekspedicije. Lov na kite in morske leve je bil v 18. in 19. stoletju tako intenziven, da so bile populacije teh sesalcev konec 19. stoletja zdesetkane. V začetku 20. stoletja so na Spitsbergih odkrili bogate zaloge premoga in nekaterih mineralov. Še zlasti bogate zaloge premoga so bile na področju Adventdalen v Istfjordu, kjer je leta 1906 Američan John M. Longyear odprl prvi rudnik črnega premoga in ustanovil naselje, ki mu



je dal ime Longyearbyen. Nekaj let kasneje so norveške in ruske premogovniške družbe prevzele monopol nad izkopom premoga. Premogovniška dejavnost je zadnja leta v upadanju in premog danes kopljejo le še v norveški Sveagruvi in ruskem Barentsburgu. Prelomnico v zgodovini Svalbardov predstavlja podpis Svalbardskega sporazuma leta 1920. Do tedaj so bili Svalbardi neke vrste mednarodno ozemlje, »nikogaršnja zemlja«, katere naravna bogastva so izkoriščale različne države, za kar pa niso veljali nobeni zakoni in pravila. Po podpisu sporazuma je suverenost nad otočjem leta 1925 dokončno prevzela kraljevina Norveška, ostalih štirideset držav podpisnic sporazuma pa ima v skladu s sporazumom pravico v omejenem obsegu izkoriščati naravna bogastva otočja in opravljati znanstvene raziskave. Ostanke kitolovske in premogovniške dejavnosti so še danes prisotni vsepovsod po otočju in ker imajo pomembno zgodovinsko vrednost, je norveška vlada z zakonom zaščitila vse ostanke, ki so nastali pred letom 1946. Bogata 400-letna zgodovina, flora, favna in geologija otočja je nazorno prikazana v povsem novem leta 2006 odprtem muzeju Svalbardov, ki je prejel Unescovo muzejsko nagrado.



## Longyearbyen

Majhno naselje na obali fjorda Is in v ustju ledeniške doline obdajajo z vseh strani zasnežene gore, visoke preko 1000 metrov. Na prvi pogled spominja Longyearbyen na majhno norveško vasico z značilnimi barvitimi hišami, vendar z vso infrastrukturo, potrebno za dokaj ugodno življenje njegovih prebivalcev. Glavna ulica v mestu ima nekaj trgovin in restavracij, pošto, športno dvorano s plavalnim bazenom in celo manjše nakupovalno središče. Že samo bežen pogled na okoliške hribe pa daje vpogled v bližnjo in daljno preteklost Svalbardov in Longyearbyena. V mestu in bližnji okolici je polno ostankov rudarske in lovske dejavnosti. Premogovništvo je še vedno najpomembnejša gospodarska panoga. Nove hitro razvijajoče se druge dejavnosti, kot so turizem in raziskovanje Arktike, so privlačne tudi za druge in tako je število prebivalcev v zadnjih letih naraslo za 30 odstotkov. Posebej pomembna za razvoj Longyearbyena je bila ustanovitev Univerzitetnega centra Svalbardov (UNIS) in Polarnega inštituta. Na najsevernejše delujoči univerzi na svetu lahko 250 študentov iz vseh koncev sveta v najbolj pristnem okolju študira arktično biologijo, geologijo, geofiziko in tehnologijo. Pa tudi sicer v Longyearbyenu, predvsem zaradi odprtosti norveških oblasti, živi kar 40 različnih narodnosti. K tej pestrosti največ prispevajo študenti in znanstveniki, nekaj priseljencev pa je sem nanesa tudi želja po zaslužku, ki ga prinaša predvsem hitro razvijajoči se turizem. Kljub odročnosti ima Longyearbyen svetovni pomen. Leta 2007 sta namreč FAO (Organizacija za prehrano in kmetijstvo pri OZN) in norveška vlada v opuščnem rudniku št. 3 uredila »Frøhvelv« – hranilnico semen 3500 najpomembnejših poljščin in kmetijskih rastlin sveta, nekakšno »arktično Noetovo barko rastlin«, ki so tukaj hranjena pri stalni temperaturi  $-18^{\circ}\text{C}$ . Tako shranjena semena utegnejo biti ključna za preživetje človeštva v primeru večje katastrofe, ki bi prizadela planet, in v primeru izumrtja ključnih kmetijskih rastlin npr. zaradi rastlinskih boleznih. V Frøhvelvu ima človeštvo tako varno shranjen izvorni genski material teh rastlin.

## Veličastna arktična narava

Že okolica Longyearbyena ponuja neposreden stik z arktičnim svetom. Podoba narave je na Svalbardih močno odvisna od letnih časov in vsak prinaša obiskovalcu svojevrstno doživetje. Najlepši čas za obisk Svalbardov sta vsaj po mnenju domačinov pozna jesen in zgodnja pomlad. Takrat so zasnežene gore in ledeniki otočja zaradi sonca, ki je skozi ves dan nizko na obzorju, osvetljeni s prelepimi nežnimi oranžnimi in vijoličnimi barvnimi odtenki. Da je arhipelag v bližini severnega tečaja, kažejo tudi temperature, ki se pozimi tudi več tednov ne dvignejo nad  $-20$  ali celo  $-30^{\circ}\text{C}$ , ob tem pa je treba upoštevati še močne vetrove in snežne viharje. V kratkem poletju julija in avgusta povprečne temperature lahko dosežejo tudi  $+6^{\circ}\text{C}$ . Takšne ekstremne podnebne razmere in dolge polarne noči brez dnevne svetlobe, ki povzročajo pri ljudeh depresivno razpoloženje, vsekakor predstavljajo izziv za preživetje prebivalcev otočja,

vendar se zdi, da vse nekako kompenzira prelepo naravno okolje, v katerem živijo. Vzhodna obala otočja ima bistveno ostrejšo klimo kot zahodna obala, kjer nanjo vpliva topli atlantski morski tok. Do nedavnega je bilo morje na vzhodni obali vse leto zamrznjeno, v zadnji letih pa v poletnih mesecih, verjetno zaradi vpliva globalnega segrevanja, delno odmrzne. Ekstremne klimatske razmere, sneg in ledeniki so močno vplivali in izoblikovali površje in obalo otokov. Na otočju so številne ledeniške doline, v notranjost otokov pa se zajedajo fjordi. Gore imajo značilno strma pobočja, ki sta jih izoblikovala erozija in drsenje gnot ledu. V ravninskih predelih je površje zemlje – permafrost trajno zamrznjeno do globine 150 do 300 metrov. V poletnih mesecih zgornji sloj permafrosta za kratek čas odmrzne. Znanstveniki opažajo, da je ta čas v zadnjih letih vedno daljši, kar je še ena posledica globalnega segrevanja. Odmrznjena plast zemlje posledično vpija več toplote, kar seveda povzroči, da se težje znova zamrzne.

Obsežni ledeniki, ki pokrivajo kar 60 odstotkov vsega ozemlja in zaradi bližine severnega tečaja ter nizkih temperatur segajo iz gora in ledeniških dolin vse do morja, so vsekakor najlepši in najznačilnejši za polarne Svalbarde. Vendar na žalost, tako kot arktični ledeniki drugod, tudi svalbardski niso imuni na vplive globalnega segrevanja, zato v zadnjih letih hitro izginjajo. Ob ogledu ledenikov se narava razkrije v vsej svoji veličastnosti, hkrati pa ravno ledeniki odražajo ranljivost in nemoč narave v boju s človekom.

Kljub ostrim polarnim razmeram je živalstvo in rastlinstvo Svalbardov izredno pestro. Severni medved je tukaj nesporen vladar narave, na kar opozarjajo celo prometni znaki, ki jih verjetno ne boste srečali nikjer drugje na svetu. Te nekaj sto kilogramov težke živali so številčnejše od stalnih prebivalcev Svalbardov in so z zakonom popolnoma zaščitene. Ker v divjini obstaja verjetnost srečanja z njimi in ker je verjetnost, da bo obiskovalec njegovega kraljestva »potegnil ta kratko«,

zelo velika, je nošenje orožja izven naselij obvezno. Aktivnost v divji naravi izven naselij zahteva kar nekaj priprav, ki so nujno potrebne za preživetje v ekstremnih razmerah. Od sesalcev poleg severnega medveda na Svalbardih živijo še polarne lisice, posebna podvrsta severnih jelenov, od morskih sesalcev pa so tukaj večje populacije tjunjev, mrožev in pet vrst kitov, katerih populacije so po obsežnem kitolovu v preteklosti še vedno zdesetkane. Kratko polarno poletje prinese na otočje neverjetno veliko število ptic selivk, ki gnezdijo večinoma na pečinah zahodne obale. Opaženih je bilo kar 160 ptičjih vrst, ki bodisi otočje le preletijo, se zadržujejo, 30 vrst ptic pa na otočju gnezdi. Najštevilnejše gnezdeče ptice so nJORKE, triprsti galebi, ledeni viharniki, lumne, polarne čigre in polarne gosi, vendar le svalbardska snežna jerebica na Svalbardih živi stalno. Pozno jeseni je narava Svalbardov že odeta v zimsko podobo. Zgornji sloj permafrosta, ki čez kratko poletje odmrzne in se spremeni v cvetoče planjave, znova zamrzne, na poletno bogastvo cvetic pa kažejo le še njihovi ostanki.

### Polarni sij

Svalbardi so vsekakor eden izmed polarnih krajev, kjer je najlepše opazovati polarni sij ali Auroro borealis, za kar pa mora biti izpolnjenih več pogojev. Ta poseben in čudovit svetlobni pojav nastane ob trku nabitih delcev sončeve aktivnosti ob zemljino magnetno polje. Polarni sij je namreč viden le v popolnoma jasnih nočeh, ob odsotnosti naravne svetlobe polarnega polnočnega sonca in umetne svetlobe. To pomeni, da je polarni sij verjetneje viden v jasnih zimskih nočeh, predvsem pa se je treba znajti ob pravem času na pravem mestu. Ko imaš enkrat takšno srečo, to verjetno v vsakomur spodbudi veliko spoštovanje do narave. Svalbardi so majhen čisto poseben košček našega planeta, na katerem najdemo nekaj najlepših naravnih pojavov in na katerem se zrcalijo nekatere najbolj drastične posledice globalnega segrevanja, hkrati pa utegnejo imeti v prihodnosti odločilno vlogo za celotno človeštvo.



## Trening za preživetje

## Danes pa grem

Andrej Šubic

Danes pa zanesljivo grem. Migat. Na tek.

Služba, še dva pacienta pričakujem. Prvi je bolnik po infarktu, razširili so mu dve žili, vstavili opornico v koronarko. Mojih let je. Priden je bil, dneve je preživel v avtu, na poslovnih sestankih, kosilih in večerjah. Vedel je za stres. Doma je imel vsa najnovjša športna oblačila in opremo. Super kolo, navadne in tekaške smuči, sobno kolo, kup tekaških čevljev, srf, celo mini fitness naprave. Veliko površin za nabiranje prahu, ki jih je slednji tudi dobro zapolnil. Amortizacija vse te silne opreme je bila slaba, nekajkrat letno je uporabil katero izmed njih. Vseeno se mu je zdelo, da veliko naredi zase.

Urediti morava terapijo, prejemal bo šest vrst zdravil, pregledala bova izvide. Vsak dejavnik tveganja za srčno-žilne bolezni bo deležen njegove pozornosti, naredila bova strategijo novega življenjskega sloga... danes bo željan informacij. Vsak dan pol ure gibanja do zadihanosti ali potenja, določila bova zgornjo mejo frekvence pulza, datume kontrol, dobil bo napotke o prehrani... Bil je blizu oni strani, spomin in občutenje je sveže. V takih trenutkih je pogovor ploden, res si je vredno vzeti čas. Strah kmalu mine in življenja tok hitro spet steče po stari, utečeni strugi. Možnosti za kvalitetno spremembo življenja po takem dogodku so velike in treba jih je izkoristiti. Za vse življenje.

Drugemu bolniku bomo previli prst po poškodbi z motorno žago. Rana se lepo celi, potrebuje čas in potrpljenje. Čez nekaj mesecev bo prst spet prijemal, se pregibal in polno izpolnjeval svoje naloge. Čez nekaj mesecev bo poškodba pozabljena.

Potem grem. Domov. In v Gorajte na tek.

Sestra prinese še pošto. Zavarovalnica zahteva nove podatke o številu pregledanih pacientov za zadnje trimesečje. Samo pol ure potrebujeva in bo vse urejeno. Računalnik melje svojo pesem, ob njem se čas ustavi. Podatki se počasi zbirajo, po eni uri sva le končala, zahtevano je poslano.

Še preoblečem se. Najbolje bi bilo, da bi skočil kar v tekaške čevlje. Sedem v avto, nekaj semaforjev, pa bom pred hišo. Vreme je danes idealno, nekaj oblakov nad Lubnikom bo morda zakrilo sonce, tek bo prijeten.

Zavijem še na banko, to moram opraviti, se nenadoma spomnim. Kratka vrsta, pogovor o vremenu. »Pozdravljeni, moram se oglasiti pri vas, imam nekaj novih težav«. Sosed v vrsti bi jih najrajši rešil kar na licu mesta, a ne gre, ker sva že pri pultu.

Sonce se že spušča, v gozdu bo prijeten hlad. Popoldanske sence bodo risale prečudovito risbo narave. Kar po sredini bom tekkel, čez korenine, po mehkih iglicah, po ozkih stezah, nad vijugastim potokom... Še vedno ne poznam vseh stezic, potk in poti, ki se brez števila križajo po tej loški telovadnici v naravi. Na njih srečujem nabiralce gob, sprehajalce hišnih ljubljencev, tekače vseh hitrosti, nasmejjane, zariple, prepotene, premočene, zadihane, napete, sproščene, tekače kar tako in navadne sprehajalce. Vedno več jih je in to me vsakič razveseljuje. Pozdravljamo se, včasih kdo zmore samo pokimati, nekdo ima čas vprašati, če treniram za tekmo. Moj odgovor je vedno enak, **treniram za preživetje**.

Ker grem mimo trgovine, bom kupil še za današnje sprotno porabo našega gospodinjstva. Odprti kljunčki naših otrok morda že čakajo, da oče ali mama prineseta hrano in jo spustita v lačne odprtine. Dneva je še nekaj, ko bo sonce niže bodo odsevi v gozdu še lepši.

Doma ni nikogar. Po pultih in mizah, kot star indijanski stezosledec, zlahka odkrijem, da so še pred nekaj trenutki tu bivali ljudje in se prehranjevali. Le pospraviti bo treba za njimi. Očitno niso imeli nobenega interesa zabrisati sledi za sabo in so pustili ostanke kar na mizi in pultih. Počasi, z nezadovoljstvom, ki zdravju prej škodi kot koristi, začnem pospravljati.

Tudi zame je pripravljeno pozno kosilo. V pospravljenem okolju je pravi užitek napolniti svoj prazen želodeček. Če bi še v časopisu pisalo kaj lepega, ne pa same nesreče, vojne in prepiri politikov na lokalni, državni in globalni ravni, bi se počutil že skoraj v raju.

Sit ne morem na tek, počakam kakšno uro.

Branje časopisa se mi raztegne, nato preverim še nekaj informacij na internetu. Zapeljem se v medmrežni tok, ki me poseda v svoj labirint. Izhoda ni, ves in z vsem sem posrkan v njegove turbulence. Noče me izpljuniti, pozabim na čas, tudi na čas, ki je bil še pred nekaj urami namenjen ohranitvenemu nagonu za moje telo. Sključen in sklonjen ugotovim, da je sence dreves v gozdu izbrisala tema, potke, korenine in listje so se odpravili k nočnemu počitku, ni več mogoča uporaba mehke tekaške preproge.

Skratka, odšel je dan. Še eden z dobrim sklepom in slabim rezultatom.

Kar hočem storiti dobrega zase, pa naj je to prenehanje kajenja, izgubljanje odvečnih kilogramov, zmanjšanje pitja alkohola, gibanje, je najbolje, da bi to storil včeraj, dobro je tudi še danes, jutri je lahko prepozno. Na misel mi pride napis v koči na Lubniku: »Pijača jutri zastoj«. Vedno jutri, izvršitev se odmika kot horizont iztegnjenim otroškim ročicam. Dobri sklepi vsak dan čakajo na jutri, danes bo vse po starem.

Spremeniti moram jutri v danes, da mi ne bo nekdo že pojutrišnjem razlagal o potrebi po spremembi mojega življenjskega sloga, ko bom v žili na srcu že imel vstavljen kovinsko opornico...

Če bom imel srečo...

*Senectus ipsa morbus est*  
Terentius

*Kje pa*  
Klun

# Lepo je v naši domovini biti star

*Boris Klun*

Grožnja starostnikov državi? Bo že držalo, saj piše v časopisu. Vsekakor odvisno od tega, kako na stvari gledaš. Z očmi politike, dialektike ali evolucije.

Eden mojih prijateljev je napisal imeniten članek o evoluciji (vemo, Darwin, 200 let itd.) in me je prosil za mnenje. V marsikateri točki se nisva ujela in sva si izmenjala številne elektronske pošte. Na koncu sem mu poslal svojo razlago evolucije, čeprav nekoliko poenostavljeno.

Moja babica – Bog ji daj dobro – je imela tri strahove: prepih, mokre noge in komuniste. Ko sem bil v zelo mladih letih, sem razumel prva dva, ne pa tretjega, v zrelih sem razumel tretjega, ne pa prvih dveh, danes razumem vse tri. Temu se reče evolucija.

Tako smo nekoč, z visoko dvignjeno zastavo, mi mladi korakali lepši bodočnosti naproti, prepevajoč »*lepo je v naši domovini biti mlad*«. Z leti pa je vrsta za zastavo postajala vse krajša, tisti pa, ki smo se preselili pred zastavo, pa povzročamo skrb politikom, zavarovalnicam, zdravstvu in celo Evropska unija nas že gleda postrani, tako da si je komisar Almunia s poukom, ki nam ga naklanja, že izboljšal svojo angleščino.

Toda mi se ne damo.

Prvo pravilo. Nikoli ne recite starček ali še bolj grozno, starka. Pravilen izraz je samo starostnik, še lepše senior, imenitna beseda z mladostnim pridihom in unisex pomenom.

Če si dobil mesto v tej kategoriji, je prednosti toliko, da jih je treba izkoristiti, dokler je to še mogoče.

Vse vstopnine za muzeje, galerije in podobne ustanove, kjer ni pretirane gneče, so globoko znižane, žal pa ni povstov za rockovske koncerte, valjanje po blatu in svetovno prvenstvo v hoji po vrvi. Pravzaprav čudno.

Povsod so na voljo izobraževalni tečaji za tretje življenjsko obdobje, kot se odmaknjenim letom (oksimoron) danes reče.

Ponekod dobiš prvega v mesecu, žal pa samo prvega, zastoj kavo ali pa celo desetodstotni popust (na večino

blaga!), popust pa traja dalj, nekaj dni celo, saj nekateri preživijo. Četrtek je še posebno dober dan za nekatere nakupe.

Nekoč ni nihče kupoval nove obleke, če je dosegel petdeset let, danes ti pa konfekcija ponuja vseh vrst kroje, v katerih izgledaš bistveno mlajši. Obstojta celo pomanjkanje servisov, ki krajšajo hlače in krila, saj peza let pritiska telo k tlom.

Nekoč so smučišča ponujala zastoj smučanje vsem, ki so bili starejši kot sedemdeset let, pa je množica seniorjev tako navalila, da jim je skoraj pokvarila biznis, tako da se dandanašnji to nikjer več ne omenja.

Celo pri registraciji avtomobila dobiš nekakšen popust, verjetno na osnovi statističnih računov, ki dokazujejo, da nekateri ne doživijo naslednje registracije. Popusta pri dohodnini pa sploh ne omenjam.

In še bi lahko naštevali, kot pravijo naši novinarji, ko jim res zmanjka besed.

Svarilo. Ne ostanite predolgo živi, da ne postanete živa legenda. To prinaša samo intervjuje, nagrade za minulo delo in podobne težave.

Toda vrnimo se na realna tla. Nekatere manjše težave žal kvarijo bukolično idilo.

Nekoč je veljalo, da so bili ljudje v starosti spoštovani zaradi svoje modrosti. Danes je to še bolj dodelano. Govoriš lahko, kar te je volja in kar ti prinese slina na jezik, saj te nihče ne posluša, ali pa vsaj ne jemlje resno.

Ampak, medicina si je tu zakuhala lepo godljo. Leta in leta smo se hvalili, da umrljivost pada, da se povprečna starost povečuje, da je kvaliteta življenja vse boljša, zdaj pa pogledajte, kar smo skuhalo.

Ne le, da se narodova piramida počasi obrača na glavo in ji postajajo nožice vse šibkejše, starostniki zahtevajo vse več. In postajajo dragi.

Imaš povečano prostato. Kdo je le nima? Morda tu in tam kakšna ženska. In ker nimaš dovolj težav, pravi urolog, »bomo počakali«. Mineva leto za letom, še vedno čakamo,



medtem ima verjetno moj urolog tudi sam že težave s prostato. In ko se pozanimaš, kako bo naprej, saj že dolgo čakam in sem še živ in trajni kateter se mi ne zdi privlačna alternativa, me vpraša, »ha, ali ste prebrali članek avtorjev Smith&Smith v zadnji številki Prostatic News«. Priznam, da ga nisem. »Škoda,« pravi, »če bi prebrali, bi videli, da se po tem in tem letu ne operira več«. »Kakšna terapija pa se takrat uporablja?« »Ja, trajni kateter, saj menda veste.«

Ali. Prideš k zobozdravniku.

Povsem jasno je, da sta v zobozdravstvu samo dve dobri rešitvi. Ali imaš vse zobe ali nobenega. Vse vmes je zanič in zahteva mnogo vrtanja in potrpljenja.

Škoda, da ni mogoče napisati »s tresočimi zobmi odprem usta«. Zobozdravnik pravi »hm, stanje je kar stabilno«. Zelo sem srečen, vsaka takšna izjava ti polepša dan. Na poti domov pa me le začne razjedati črv dvoma, ali pomeni to stabilno dobro ali stabilno slabo. In ali se ni pojavil kakšen

članek, ki sta ga spet napisala Smith&Smith in ga spet nisem prebral.

Če smučaš, tudi padeš, vsaj večina. Nekoč je padelec pomenil velik hec, danes pa po vsakem padcu skrbno prešteješ vse kosti (veliko jih je) in včasih se zgodi, da kakšna ni več na mestu. Nadaljnji postopek je znan. Urgenca, rentgen, mavec. Vsi so zelo prijazni, tako da je človeku žal, da se ne oglašajo pogosteje. Vsaj s kakšnim majhnim zlomom. Kirurg te pogleda in vpraša, »koliko ste pa stari?« Toliko in toliko. In že imaš mavec dva tedna več kot mladina.

Moj minister mi zadnje čase kar prepogosto sporoča, da bo potrebno dobro pretehtati bodoče investicije. »V toplice bi radi. Koliko ste pa stari? Ali nimate doma nobenega lavorja? Sploh pa. Ali ste že pojedli vsa zdravila ob zadnji gripi?«

Lavor seveda imam. Pa še dva dobra prijatelja. Alzheimerja in svetega Antona. Eden skriva, drugi pa za njim išče. Odlično se ujemata in vse več dela imata.

## Vprašanja za Radio Erevan

*Dušan Sket*

- Ali imate pri vas demokracijo? Načelno da, več pa po oddaji.
- Ali se pri vas veliko krade? Načelno ne, ker je vse zakonito.
- Ali imate pri vas ustavo? Seveda, imamo jih celo kakih devet.
- Ali ste dobili novo upravo? Načelno da, vendar deluje po starem.
- Ali bo človeštvo preživelo? Načelno ne, razen ilegalno.
- Ali vam je žal za komunizmom? Načelno ne, razen komparativno.
- Ali je težko pisati aforizme? Načelno ne, težko jih je brati.

## Igriva narava

*Aleksander Brunčko*



Izrastek, podoben penisu, ima stara lipa na dvorišču kmečkega turizma »Pri Vanču Kramplu na Sv. Urbanu pri Mariboru.

V objektivu

# S cveta na cvet

*Majda Kurinčič Tomšič*

Vsi z veseljem pričakujemo pomlad in uživamo ob pogledu na prvo pomladno cvetje. Številne žuželke nabirajo na njem medicino, cvetni prah ali oboje. Nekatere skrbijo le za sprotno prehrano, čebele nabirajo tudi za zimsko zalogo in nekaj pridelka jim odvzame celo človek. Od dela nekaterih, predvsem čebel (opraševanje), je odvisna pridelava kar tretjine človekove hrane.





# Rastoče težave Zdravka Drena

*Che in Zverjasec*

Topel poletni dan se je obetal na Kwartarni kliniki Potrpina pod goro Naduho. Trava po parku je bila še rosna in delavci na zadnjem dvorišču so počasi zaganjali mešalce za beton in podmazovali samokolnice. To pa je bil tudi glavni razlog, da je bil direktor Zdravko Dren iz dneva v dan bolj mrkega obraza. Niso ga motili ne hrup in prah, ne gradbeni odri po hiši, še celo pritožbe bolnikov mu niso prišle preveč do živega. Sedel je v pisarni ter pregledoval dolge račune za stvari, ki jih niti na gradbišču niti v prizidku klinike ni mogel najti. Še bolj ga je jezilo to, da bi morala biti gradbena dela zaključena že pred dvema tednoma. Najbolj pa ga je jezil nov ultrazvočni aparat, ki je stal pod napuščem pred kliniko, pokrit s polivinilom in z verigo priklenjen za žleb.

Ultrazvočni aparat je kliniki kupilo ministrstvo z javnim razpisom. Najugodnejši ponudnik je zanj zahteval 15 €, potem pa so na kliniki ugotovili, da aparat nima sonde in da bodo zanj odšteli še nadaljnjih 150.000 €. Podobno pa je bilo tudi z ostalo opremo: monitorji brez kablov po 7 €, merilci tlaka brez manšet po 0,50 € itd.

Direktor Dren se je zavedel neprijetne resnice: s pomočjo manjšega prizidka in novega ultrazvočnega aparata so finance klinike potonile globoko v rdeče številke.

Potem pa so bile tu še čudne govorice o epidemiji. Po hiši se je že nekaj dni šušljalo, da se na intenzivnem oddelku dogaja nekaj čudnega. Zdravniki so z resnimi obrazi švigali od enega računalnika do drugega, od enega izvida do drugega, pregledovali medicinske revije in se sumljivo izogibali bolniških sob. Nekateri so si nataknili maske, drugi rokavice.

Zdravko Dren se je odločil, da se bo o situaciji pozanimal kar na intenzivnem oddelku. Ravno je pospravil šop računov v predal, ko je na vratih pisarne potrkalo.

»Naprej!« je bil nejevoljen.

»Br dan.«

»??? Dokror Štor, doktor Čuden, doktor Kozoderc, kaj vas je prineslo? Zakaj imate maske?«

»Direktor, na kliniki imamo epidemijo!«

»Kaj ... spet vam je MRSA ušla izpod nadzora?«

»Ne. Gre za popolnoma novo in nepoznano bolezen.«

»???«

»Imenovali smo jo cerebrozurija.«

Zdravko Dren je prebledel in okamnel z odprtimi usti.

»Kaže, da gre za mutiran veвериčji

virus, ki se je začel prenašati tudi med ljudmi. Bolniki prešerno in igrivo skakljajo, požene jim košat rep in močni zgornji sekalci.«

»Ampak zakaj cerebrozurija?«

»V urinu bolnikov je vse polno nevrotov. To je patognomonično.«

»Ali je bolezen smrtna?«

»Od bolnikov nam ni še nihče umrl, pač pa smo v parku našli vse polno mrtvih veveric s hudo cerebralno atrofijo. Kaže, da ljudje nekoliko bolje shajamo brez ...«

»Pri Hipokratu! Takoj morate zaježiti epidemijo, obvestiti vlado, vojsko, Obama, Združene narode...«

»Direktor, vse smo že obvestili. Pravzaprav smo prišli zaradi letalskih kart in zaradi rezervacije hotela, ker bi šli na svetovni kongres o cerebrozuriji. Smo jo pravzaprav mi odkrili!«

»Kdaj bi šli?«

»Jutri.«

»Kam?«

»Sun City, Južna Afrika.«

»Vsi trije?«

»Jasno.«

»MARŠ VEN!!!!«

Medtem na intenzivnem oddelku poteka intenzivna debata o tem, kako

Zaradi manjšega prizidka se je Kwartarna klinika Potrpina znašla v hudih finančnih škripčih.



Za nameček pa imamo še epidemijo neke nove veveričje gripe, zaradi katere hočejo zdravniki z intenzivnega oddelka na kongres v sun city!



bi kljub vsemu šli v Sun City.

Kozoderc: »Si videl starega, kakšen je njegov odnos do znanosti?«

Čuden: »Pravo gledališko intervencijo v javnem prostoru je uprizoril!«

Štor: »Po svoje ima prav; kdo bo pa delal, medtem ko nas ne bo?«

Kozoderc, Čuden: »Specializant Brenclj vendar.«

Štor: »Denar je torej problem!«

Čuden: »Pokličimo zastopnika, ki nam je prodal tisto ultrazvočno sondo, da nas sponzorira. Sedaj je poln denarja.«

Kozoderc, Štor: »Lucidna misel! In to v času epidemije.«

(Pokličejo, oglasi se telefonski odzivnik.)

Odzivnik (ženski glas): »Spoštovani, do nadaljnjega sem na dopustu. Pokličite znova po novem letu. Lep pozdrav.«

Čuden: »Lahko bi si mislili.«

Kozoderc: »Kaj pa tako ropota pri vhodnih vratih?«

(Vstanejo in gredo pogledat. Stojijo in se čudijo, ne morejo verjeti.)

Kozoderc: »Zazidal nas je na oddelek!!!«

## E-mail

Takle E-mail je tisti dan razposlal Zdravko Dren po Potrpini:

»Kot ste verjetno že bili obveščeni, na intenzivnem oddelku klinike Potrpina obravnavajo več primerov nove nalezljive bolezni, ki so jo naši zdravniki poimenovali cerebrozuriya. V izogib širjenju in nastanku pandemije smo na intenzivnem oddelku do nadaljnjega organizirali začasno karanteno, ki bo bolezen zajezila na kraju nastanka. Naprošamo vse, naj se ne igrajo z mrtvimi vervicami v parku, tiste pa, ki bi imeli znake bolezni, naj nemudoma odskakljajo proti karanteni.«

## SONET

Bolnika cerebrozuriya trešne,  
ko toplo se poletno sonce smeje,  
da pljuva sputum bronhialne veje,  
naenkrat vse zgubi moči poprešne.

Al' vendar zanjga ni pomoči rešne;  
ker potkam kliničnim pri nas ni meje,  
bolnik ki not' ne paše nič ne šteje,  
veni kot kup neskladnosti pregrešne.

Le Brenclja Mirka misel še učeča,  
ki v ambulanti mu sprejemni hasne,  
bolezen nova smrtna je, grozeča.

Pa misli klinične je bolj počasne,  
ugaša revežu življenja sveča,  
dokler mu volje zmanjka in ugasne.



# Bogovi v belem?

Boris Klun

Nikogar, ki bi trdil, da so zdravniki nezmotljivi, ne bi vzeli resno, kaj šele, da bi se merili z božanstvi. Gre preprosto za ljudi, ki se ukvarjajo z najbolj zapletenim sistemom v našem kozmičnem prostoru, s človeškim telesom in psiho.

Zato se lahko tega loti le tisti, ki ima za seboj enega najdaljših študijev, ob nenehnem izpopolnjevanju in stalnem nadzoru. (Nenavaden curriculum za državnega uradnika.) Kako potem lahko pride kljub temu do napak?

Vedeti je treba, da vsak poseg zdravnika, ampak res vsak, lahko pomeni napako. Od previsokega odmerka na receptu, do tega, da kirurg v tumorskem tkivu opazi glavni žolčni vod šele, ko ga je prerezal. V trenutku, ko operater na začetku operacije vzame v roke skalpel, je v posesti smrtonosnega orožja, ki ga skuša sicer uporabiti v korist bolniku, vendar se ves čas zaveda, da lahko naredi tudi kaj napačnega.

Za zdravnika, ki dela v travmatološki ambulanti, kjer se zvrsti v

štiriindvajsetih urah dvesto bolnikov, nekateri pijani, nekateri morda napačni, je samo vprašanje časa, kdaj bo spregledal drobno poko v kosti na rentgenski sliki. Malomarno zdravljenje kajpak, in prav nič mu ne bo pomagalo, da se je zvrstilo nekaj sto poškodovancev pred njim brez napak.

Sam sem bil vrsto let član razsodišč prve in druge stopnje na Zdravniški zbornici Slovenije. Nobenih domačih izkušenj nismo imeli, veliko smo razmišljali in skušali najti pravično rešitev, neredko je šlo tudi za hude pritiske od zunaj. Pogosto se je končalo tako, da z odločitvijo ni bila zadovoljna nobena stran.

Pred časom je bil zdravnik obsojen na Razsodišču zdravniške zbornice na časovno omejen odvzem licence zaradi napačne presoje. Slednje je naletelo v tisku na vrsto zajedljivih pripomb.

Pri nas je malo znano, da na zahodu malokdaj obsodijo zdravnika zaradi malomarnosti. Napačna presoja pa je ustaljen pojem, ki navadno konča na sodišču z odškodninsko tožbo.

Če v času epidemije gripe pride nekdo k zdravniku z znaki, ki kažejo na to bolezen, mu bo zdravnik priporočil počitek, vroč čaj ter predpisal lekadol in kakšen vitamin. Povsem možno pa bi bilo, da ima bolnik meningitis, ki daje na začetku podobne znake. V tem primeru gre za napačno presojo, saj imamo opravka z epidemijo gripe, meningitis pa je redkejša bolezen. Medicina je pač in tudi empirična znanost, ki črpa svoje znanje iz grbe Gaussove krivulje, presenečenja pa doživljamo na robnih repkih.

Kdor dela, greši. Lepo se sliši, vendar licenco za »grešenje« uvažajo le nekateri poklici, največkrat tisti, ki se jim ne more zgoditi nobena napaka, če so le malo poslušni. Javna občila imajo tu velikansko moč, odgovornost pa je prepuščena volji posameznika. Lahko o dogodku poročas, lahko

pa se odločiš za senzacijo. Da se je pokvarila operacijska miza v eni od slovenskih bolnišnic, je bila pred časom prva in najpomembnejša novica na televiziji. Težko bi si predstavljal kdorkoli, ne le v nemški televizijski mreži, temveč tudi v javnosti, da bi bila novica o okvari operacijske mize v Knappschaftskrankenhausu in Bochumu lahko glavni hit dneva.

Od poročevalca je odvisno, ali se bo odločil za poročilo, senzacijo ali linč. V arzenalu ima na razpolago cel kup ustaljenih in udarnih fraz (*vrana vrani... ,cehovska solidarnost... , pometanje pod preprogo... , in še bi lahko naštevali... ,*) ki v publiko naletijo na pričakovani odmev, podoben pogojnim refleksom Pavlova. Revno opravičevanje v posameznih odgovorih zdravnikov izzveni prej kot dokaz krivde, kot pa pojasnilo.

V bolnišnicah se neredko dogodi, da kdo tudi umre. Normalen odziv sorodnikov je, da iščejo krivca. Morda imajo kdaj svojci slabo vest, ker so betežnega očeta pospravili v dom. Ali ni šlo tu za smrt v sumljivih okoliščinah? Preplašena uprava takoj odredi posebni strokovni nadzor. Objektivni novinar bo zapisal samo »gola dejstva«. Sumljiva smrt, nadzor, osumljeni trije zdravniki. Sedaj manjka samo še dober naslov »Spet zagonetna smrt v«. Poskoči zdravniška zbornica, za katero vsi vemo, da bo zavlačevala, in morda se bo pojavil še odvetnik, ki bo potarnal »o neznosni aroganci zdravnikov«.

Po pravilu bo negativni izvid preiskave komaj kdaj objavljen.

Eden mojih prijateljev, kirurg, sedaj že pokojni, neskončno natančen, vesten in pošten, mi je nekoč rekel: »Veš, napake, ki sem jih naredil pred 20 ali več leti, me še vedno preganjajo.«

Ne trdim, da tako čuti vsak zdravnik, vendar pa večina nosi s seboj breme svojih napačnih odločitev vse življenje.



## The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 49,20 EUR. A single issue costs 4,10 EUR. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 8500 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

Prim. **Gordana Kalan Živčec**, M. D.

*gordana.kalan-zivcece@zzs-mcs.si*

### The vice-presidents of the Medical Chamber

Prof. **Mitja Košnik**, M. D., Ph. D.

**Sabina Markoli**, S. D.

### The President of the Assembly

**Uršula Salobir Gajšek**, M. D.

### The vice-president of the Assembly

**Diana Terlevič Dabič**, 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. **Radovan Hojs**, M. D., Ph. D.

### The president of the Primary health care committee

Assist. **Antonija Poplas Susič**, M. D., Ph. D.

### The president of the Hospital health care committee

Prof. **Mitja Košnik**, M. D., Ph. D.

### The president of the Dentistry health care committee

**Sabina Markoli**, S. D.

### The president of the Legal-ethical committee

Assist. **Danica Rotar Pavlič**, M. D., Ph. D.

### The president of the Social-economic committee

**Jana Wahl**, M. D., M. Sc.

### The president of the Private practice committee

Assist. **Dean Klančič**, M. D.

### The Secretary General

**Brane Dobnikar**, L. L. B.

### Public Relations Department

**Valentin Hajdinjak**, B. Sc.

### Legal and General Affairs Department

**Vesna Habe Pranjič**, 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.



## Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code. Maintaining a register of members and issuing membership cards.

Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work. Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.

Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.

Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.

The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia. Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.

Determining doctors' fees and

## The Medical Chamber Of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

participating in agreeing the prices of health care services.

Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.

Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional salaries.

Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.

Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.

Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.

Assisting members to find suitable locums during their absence.

Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.

Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.

Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.

Monitoring alternative methods of treatment.

Deterring prohibited and unacceptable medical practices.

Providing a free permanent consulting service to members.

Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.