

ISIS

Kratek repertorijski

ANATOMIJE

Vademecum za študente
in rigorozante

Po Breitensteinovih repertorijih

UNIV. PROF. DR. ...

SKEL ...



Recnik

V Ljubljani 1924

V Sloveniji je te dni težko biti zdravnik

Jana Wahl

Spoštovani kolegi, pri pripravi tega uvodnika me je imelo, da bi se pošalila in namesto svoje fotografije vstavila fotografijo ovce, s katero je revija Forbes ilustrirala, da Slovenija na razvrstitvi glede na t.i. »*happiness index*«, nasprotje *misery indexa*, zaseda neugledno zadnje (57.) mesto. *Happiness index* pove, koliko zaslužka po plačanih dajatvah bodo poročeni ali samski lahko obdržali glede na različne plačilne razrede. Več o tem na http://www.forbes.com/2007/05/03/forbes-misery-data-oped-cx_ja_0503data.html?boxes=custom

V Sloveniji je te dni težko biti zdravnik. Medijska vojna proti zdravnikom je samo orodje v rokah tistih, ki si želijo podrediti uporno zdravniško srenjo. Dnevno nas spravljajo v slabo voljo nanašalni naslovi v medijih in pritisk se stopnjuje. Žal v tem primeru ne velja, da pametnejši odneha, treba je neprestano in sistematično zavračati napačne in zavajajoče trditve in pripovedovati svojo plat zadeve. Komuniciranje z mediji je postalo pomembna aktivnost zbornice in prispevali smo k izboljšanju kulture sporazumevanja.

Medijsko zaščito zdravnikov ste kot eno najpomembnejših izbrali tudi v odgovorih na junijsko anketo ZZS, Kako zadovoljni ste z Zdravniško zbornico Slovenije in kaj pričakujete? (<https://intra.zdravniskazbornica.si/intra/zzs.asp?FolderId=587&ContentId=1573>). Visoko ste ocenili tudi možnost pravne zaščite in zaščite v primerih izgorevanja. Eden od sklopov vprašanj se je nanašal tudi na vodilno vlogo zbornice pri zastopanju zdravniških interesov. Prepričana sem, da bi vas danes na anketo odgovorilo še več, kajti na kratko spletno anketo, s katero smo vas v preteklih dneh povprašali o stališčih o delovanju zbornice v zvezi s sprejemanjem nove zdravstvene zakonodaje (predloga Zakona o zdravstveni dejavnosti), vas je v kratkih petih dneh odgovorilo 488. Večina se vas je strinjala s stališči Koordinacije zdravniških organizacij, ki je že drugič argumentirano zavrnila predlog Zakona o zdravstveni

dejavnosti. Še bolj ste bili enotni pri podpori predloga, naj Zdravniška zbornica Slovenija zadrži izvajanje javnih pooblastil: vodenje registra članov ter izdajanje članskih izkaznic, dajanje, podaljševanje in odvzemanje dovoljenja za samostojno opravljanje dela zdravnikov, načrtovanje, spremljanje in nadzorovanje sekundarijata, specializacije in drugih oblik strokovnega nadzora s svetovanjem. Podprli ste tudi internacionalizacijo problema, ki ga predstavlja način trenutne priprave in sprejemanja zdravstvene zakonodaje v Republiki Sloveniji.

Snovalci zdravstvene politike vedno znova pozabljajo, kako pomembno je zdravnike, ki so sicer v podrejenem položaju, pa vendar neposredno odločajo o porabljanju sredstev, kot partnerje pritegniti k reformam, če naj te uspejo. Seveda vemo za probleme in omejitve, vendar želimo pri njihovem reševanju tvorno sodelovati. Ne gre samo za značilno slovensko trmo, pač pa za klinične kulture kot širši vzorec vrednotenja, na osnovi katerih pripadniki določene poklicne skupine sprejemajo svoje okolje ter komunicirajo v svoji skupini ter navzven. Številni raziskovalci na tem področju v svojih delih ugotavljajo, da razlike med poklicnimi kulturami povzročajo težave, in poudarjajo potrebo po okolju, ki bi vzpodbujalo odprt pogovor o vprašanih in pregleden način reševanja problemov. Rezultati tovrstnih raziskav dokazujejo, da so si pripadniki istih poklicnih skupin v različnih državah podobni v svojih pogledih na pomembne vidike zdravstvene oskrbe. Zdravnike bi torej lahko označili kot klinično naravnane individualiste, ki pri svojem delu ne želijo biti omejevani in so obenem ključna skupina, ki jo je treba dodatno motivirati, če naj projekti oziroma reforme uspejo.

Težko je delati dobro v razmerah, ko od nas pričakujejo, da bomo z udarniškiimi metodami v nedogled krpali kronične pomanjkljivosti sistema.

Ko se prižgejo kamere in mikrofoni in je v ogledalu treba preveriti, ali je ego dovolj velik in bleščeč, je bolj kot resnica pomembno dokazovanje lastne vrednosti in manipuliranje javnosti. Resnica, da v tej deželi ni dovolj sredstev za vse, kar bi lahko prebivalcem ponudili na področju zdravstvenega varstva, je nevarna in politično nepriljučna. Prav tako je za politiko neugodno enotno in usklajeno delovanje zdravnikov; lažje bi nas obvladovali, če bi bili razdrobljeni in sprti med sabo. Od tod lobiranje za prostovoljno članstvo v zbornici in drugi usklajeni napadi na zbornico in zdravnike.

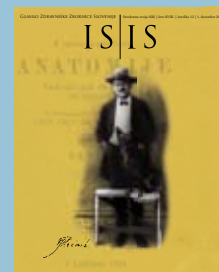
Ne preostane nam torej drugega, kot da se še naprej zavedamo svoje odgovornosti za prihodnost delovanja zdravstvenega sistema ter po svoji najboljši volji ščitimo strokovno in varno obravnavo bolnikov, ohranjamo strokovno avtonomijo in uporabljamo moč, ki izhaja iz našega znanja in dobre povezanosti.

Želim vam, da bi si nekaj moči in energije za to nabrali tudi v prihajajočih prazničnih decembrskih dneh!



Prof. dr. Janez Plečnik (1875–1940), slovenski anatom in patolog, eden od ustanoviteljev nepopolne Medicinske fakultete v Ljubljani, utemeljitelj slovenske besede v anatomiji, kot ga je upodobil leta 1979 akademik Božidar Jakac.

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



■ UVODNIK

V Sloveniji je te dni težko biti zdravnik 3
Jana Wahl

■ ZBORNICA

Cenjene članice, spoštovani člani
Zdravniške zbornice Slovenije! 8

Aktivnosti izvršilnega odbora in strokovne službe 10

■ PERSONALIA

Opravljeni specialistični izpiti 15

Zapustili so nas 15

■ IZ EVROPE

Vrhovno sodišče je potegnilo
mejo pri zdravniškem pojasnilu pacientu 16
Marjan Kordaš

Preverili bomo vsa poročila o napakah 17
Marjan Kordaš

Medicinsko dokumentacijo na Hrvaškem ureja zakon 17
Boris Klun

■ ZDRAVSTVO

Rdeči noski zaključili svojo
peto turnejo po slovenskih bolnišnicah 18

Novinarji so zadnji, ki jih lahko pokličete 20
Damjana Pondelek

■ FORUM

(Ne)varna primerjava 23
Nina Mazi

■ INTERVJU

Prof. dr. Rajko Kenda, dr. med. 26
Marjan Kordaš

■ ZANIMIVO

Prof. dr. Janez Plečnik in
memorialni sestanki v njegov spomin 29
Tomaž Rott

Imunomodulacija pri samozdravljenju 34
Alojz Ihan

O učenju v medicini pod vročim španskim soncem 37
Tamara Todorovič, Marija Ivanovič

Hišni obiski 38
Andrej Subić

Dejavnosti Slovenske filantropije na področju
varovanja duševnega zdravja otrok na severnem Kavkazu 39
Anica Mikuš Kos

Spletna prodaja in uporaba psihoaktivnih
snovi rastlinskega izvora, ki (še) niso prepovedane 42
Mercedes Lovrečič, Barbara Lovrečič

Čudežna ozdravitev parodontoze po totalni gastrektomiji 44
Albert Juteršek

■ MEDICINA

Cepljenje proti pandemski gripi v Sloveniji 45
Alenka Kraigher, Marta Grgič Vitek

Nov pristop k HIV: testiraj in zdravi 47
Janez Tomažič, Mario Poljak

Možganska kirurgija pri budnem bolniku –
pomoč pri varnejšem odstranjevanju možganskih tumorjev 50
Andrej Vranič, Jasmina Markovič Božič

Kaj so pristojnosti zdravnika medicine dela? 52
Tihomir Ratkajec

Ohrid po Ohridu 54
Ksenija Tušek Bunc

Nasilje v zdravstvu in novosti v preventivi 56
Erika Zelko

Medikalizacija: 18. mednarodni
tečaj za učitelje v družinski medicini 57
Janez Rifel

Otokirurgija v »centru sveta« 58
Nina Božanič, Saba Battelino

Poslovilno predavanje profesorjev
Vincenta G. Kokicha in Bjorna Zachrissona 60
Alja Meh

Ultrazvok v ginekologiji in porodništvu 61
Darija Strah

Evropsko srečanje
specializantov ginekologije in porodništva 63
Sonja Lepoša

Zasedanje medicinske komisije mednarodne
zveze gorsko-reševalnih organizacij ICAR MEDCOM 64
Iztok Tomazin

Goriški travmatološki dnevi	66
<i>Jordan Polanc</i>	
Dojenje – smo pripravljeni na nove izzive?	67
<i>Borut Bratanič</i>	
Novosti s področja osteologije	69
<i>Miro Čokolič, Breda Pečovnik Balon, Radko Komadina</i>	
Leto in svetovni dan boja proti kostno-mišični bolezni	71
<i>Marija Cesar Komar</i>	
Aritmije/Pacing 2009	72
<i>Luka Lipar</i>	
Tečaj za učitelje anesteziologije za Vzhodno Evropo – ISIA 2	73
<i>Iztok Potočnik, Špela Mušič, Jasmina Markovič Božič, Polona Mušič</i>	
Periodični vročinski sindromi in druge avtoinflamatorne bolezni	74
<i>Nataša Toplak</i>	
Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljanski, gorenjski in pomurski regiji	77
<i>Andreja Peternelj, Urška Lunder</i>	
Večino dogodkov v medicini je mogoče predvideti	78
<i>Matija Krkovič</i>	
STROKOVNE PUBLIKACIJE	
Urgentna nevrologija	80
<i>Boris Klun</i>	
OBLETNICA	
Devdeset let slovenske splošne bolnišnice v Mariboru	81
<i>Gregor Pivec, Elko Borko</i>	
Petdeset let od prve uporabe umetne ledvice na urološkem oddelku Kirurgične klinike v Ljubljani	83
<i>Marjan Gros</i>	
Štirideset let prvega kluba za podaljšano zdravljenje odvisnosti od alkohola	86
<i>Miloš F. Kobal</i>	
S KNJIŽNE POLICE	
99 % opica – Kako evolucija sešteva	88
<i>Jurij Kurillo</i>	
STROKOVNA SREČANJA	89
DELOVNA MESTA	101

■ ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

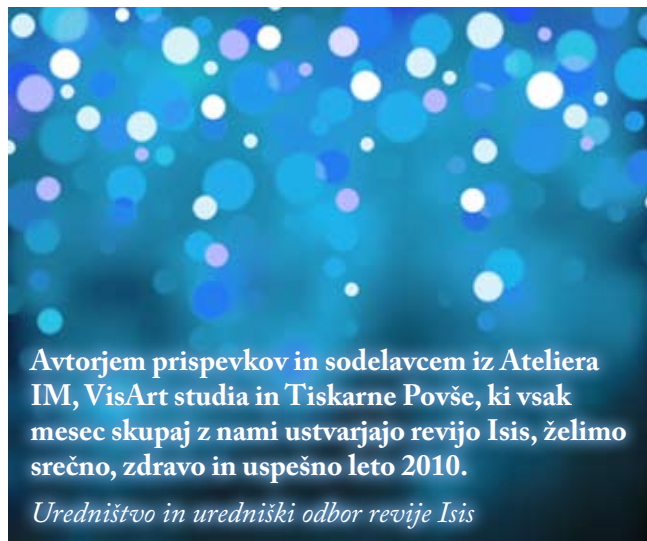
Pohod na Okrešelj 2009	110
<i>Željko Jakelič</i>	
Svečana podelitev jubilejnih diplom našim članom – 80-letnikom	111
<i>Breda Poznič</i>	
V galeriji UKC spet sijejo barve	113
<i>Tatjana Praprotnik</i>	
Srečanje	115
<i>Zlata Remškar</i>	
Politaforizmi	116
<i>Dušan Sket</i>	
Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom	116
<i>Janez Tomažič</i>	
Sočasnosti	117
<i>Majda Kurinčič Tomšič</i>	

■ SISI

Peklenska ura pod Naduho	118
<i>Che in Zverjasec</i>	

■ ZAVODNIK - TAKO MISLIMO

Male »marnje« o tem in onem ali razmišljanje ostarelega kirurga ob koncu leta	120
<i>Eldar M. Gadžijev</i>	



Avtorjem prispevkov in sodelavcem iz Ateliera IM, VisArt studia in Tiskarne Povše, ki vsak mesec skupaj z nami ustvarjajo revijo Isis, želimo srečno, zdravo in uspešno leto 2010.

Uredništvo in uredniški odbor revije Isis

Impressum

LETO XVIII., ŠT. 12, 1. december 2009
natisnjeno 8500 izvodov
datum tiska: dan pred izidom
UDK 61(497.12) (060.55)
UDK 06.05:61(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
Transakcijski račun: 02014-0014268276

PREDSEDNICA / 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

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

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

TEHNIČNA UREDNICA, LEKTORICA / EDITOR, REVI- SION

Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.
E: 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 Eržen, 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.
prim. 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 Kovarčič,
Simon Trampus, Primož Kalan
VisArt studio
Kvants-VisArt d.o.o.
Koprska ulica 94, 1000 Ljubljana
T: 01/257 67 41

TRŽENJE / MARKETING

Atelier IM d. o. o., Breg 22, Ljubljana
T: 01/ 24 11 930, F: 01/ 24 11 939
E: 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 ure-
dništvu) za naslednji mesec. Članke lahko
pošljete po pošti na naslov uredništva,
po faksu ali po elektronski pošti. Članke
oddajate v elektronski obliki (zgoščena,
e-pošta). Dolžina člankov je omejena
na največ 30.000 znakov - šteje brez
presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave
times new roman). Lahko priložite foto-
grafije, diapozitive ali digitalne fotografije.

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

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

Prispevke za naslovi, mednaslovi in
poudarki (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 všteva 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). Prispe-
vek 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
dopolnitev.

Navodila o navajanju pokroviteljev

Na koncu prispevka so lahko navedena
imena farmacevtskih podjetij, delovnih
organizacij, matičnih delovnih organizacij,
kjer ste zaposleni, društev, združenj in
ostalih pravnih ter fizičnih oseb, ki so
po vašem mnenju kakorkoli prispevala
k nastanku prispevka. Uredništvo si
pridržuje pravico, da bo imena objavljalo
v enotni obliki.

Izjava uredništva

Članki izražajo stališča avtorjev in ne naj-
no 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 sta-
ne 4,10 EUR. Davek na dodano vrednost
je vračunan v ceni ter se ga obračunava in
plačuje po 8,5-odstotni stopnji. Poštarna
plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

ISIS

Sporočilo bralcem

Literatura je na voljo pri avtorjih.

Sodelovali

Asist. mag. Saba Battelino, dr.
med., Klinični center, Klinika za
otorinolaringologijo in cervikofacialno
kirurgijo • **Prim. prof. dr. Elko Borko**,
dr. med., Maribor • **Nina Božanič**,
dr. med., SB Izola • **Asist. dr. Borut
Branavič**, dr. med., Univerzitetni klinični
center Ljubljana, SPS Pediatrična
klinika • **Mag. Marija Cesar Komar**, dr.
med., SB Slovenj Gradec • **Prim. asist.
Miro Čokolič**, dr. med., Univerzitetni
klinični center Maribor • **Prof.
dr. Eldar M. Gadžijev**, dr. med.,
Zdravniška zbornica Slovenije • **Mag.
Marta Grgič Vitek**, dr. med., Inštitut za
varovanje zdravja RS • **Doc. dr.
Marjan Gros**, Ljubljana • **Prof. dr.
Alojz Ihan**, dr. med., Medicinska
fakulteta Univerze v Ljubljani • **Marija
Ivanović** • **Mag. Željko B. Jakelič**, dr.
dent. med., Zasebna ordinacija Jakelič,
Jesenice • **Prof. dr. Albert Juteršek**, dr.
med., Kamnik • **Prof. dr. Boris Klun**,
dr. med., Ljubljana • **Prof. dr. Miloš
F. Kobal**, dr. med., Ljubljana • **Izr.
prof. dr. Radko Komadina**, dr. med.,
SB Celje • **Akad. prof. dr. Marjan
Kordaš**, dr. med., Ljubljana • **Doc.
dr. Alenka Kraigher**, dr. med., Inštitut
za varovanje zdravja RS • **Matija
Krkovič**, M.D., Ph.D., University
Hospitals Coventry and Warwickshire,
Anglija • **Jurij Kurillo**, dr. med.,
Kranj • **Prim. Majda Kurinčič
Tomšič**, dr. med., Radomlje • **Sonja
Lepoša**, dr. med., Univerzitetni klinični
center Ljubljana • **Luka Lipar**, dr.
med., Univerzitetni klinični center
Ljubljana • **Mag. Barbara Lovrečič**,
dr. med., Inštitut za varovanje zdravja
RS • **Asist. mag. Mercedes Lovrečič**,
dr. med., Inštitut za varovanje zdravja
RS • **Asist. Urška Lunder**, dr. med.,
Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika
za pljučne bolezni in alergijo • **Asist.
mag. Jasmina Markovič Božič**, dr.
med., Univerzitetni klinični center
Ljubljana, SPS Kirurška klinika, KO za
anesteziologijo in intenzivno terapijo
operativnih strok • **Mag. Nina Mazi**,
dr. med., Ljubljana • **Alja Meh**, dr.
dent. med., Univerzitetni klinični center
Ljubljana • **Prim. Anica Mikuš Kos**,
dr. med., Slovenska filantropija • **Špela
Mušič**, dr. med., Univerzitetni klinični
center Ljubljana, SPS Kirurška klinika,
KO za anesteziologijo in intenzivno

terapijo operativnih strok • **Polona
Mušič**, dr. med., Univerzitetni klinični
center Ljubljana, SPS Kirurška klinika,
KO za anesteziologijo in intenzivno
terapijo operativnih strok • **Prim.
izr. prof. dr. Breda Pečovnik Balon**,
dipl. m. s., Bolnišnica Golnik,
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni
in alergijo • **Prim. asist. Gregor
Pivec**, dr. med., Univerzitetni klinični
center Maribor • **Jordan Polanc**, dr.
med., SB dr. Franca Derganca, Nova
Gorica • **Prof. dr. Mario Poljak**, dr.
med., Medicinska fakulteta Univerze
v Ljubljani, Inštitut za mikrobiologijo
in imunologijo • **Damjana Pondelek**,
Urednica, odnosi z javnostmi,
d.o.o. • **Asist. mag. Iztok Potočnik**,
dr. med., Univerzitetni klinični center
Ljubljana, SPS Kirurška klinika,
KO za anesteziologijo in intenzivno
terapijo operativnih strok • **Breda
Poznič**, dr. med., Ljubljana • **Tatjana
Praprotnik** • **Mag. Tihomir Ratkajec**,
dr. med., Medicina dela Rogaska,
d.o.o. • **Dr. Zlata Remškar**, dr. med.,
Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika
za pljučne bolezni in alergijo • **Janez
Rifel**, dr. med., ZD Ljubljana • **Prof.
dr. Tomaž Rott**, dr. med., Medicinska
fakulteta Univerze v Ljubljani • **Asist.
Aleš Rozman**, dr. med., Bolnišnica
Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne
bolezni in alergijo • **Prof. dr. Dušan
Sket**, dr. med., Ljubljana • **Darija
Strah**, dr. med., ZD Domžale • **Andrej
Šubic**, dr. med., Ambulanta Šubic,
d.o.o. • **Tamara Todorovič** • **Prim.
mag. Iztok Tomazin**, dr. med., ZD
Tržič • **Prof. dr. Janez Tomazič**, dr.
med., Univerzitetni klinični center
Ljubljana, Klinika za infekcijske
bolezni in vročinska stanja • **Nataša
Toplak**, dr. med., Pediatrična klinika
Ljubljana, Služba za alergologijo in
revmatologijo • **Prim. asist. Ksenija
Tušek Bunc**, dr. med., ZD dr. Adolfa
Drolca Maribor • **Asist. mag. Andrej
Vranič**, dr. med., Univerzitetni klinični
center Ljubljana, SPS Kirurška klinika,
KO za nevrokirurgijo • **Mag. Jana
Wahl**, dr. med., Zdravniška zbornica
Slovenije • **Asist. mag. Erika Zelko**, dr.
med., ZD Murska Sobota •

Cenjene članice, spoštovani člani Zdravniške zbornice Slovenije!

Z veseljem vas obveščava, da gradnja osrednje slovenske zdravniške hiše Domus Medica poteka po načrtih.

Zdravniške organizacije, ki smo pristopile k temu projektu, ga vidimo kot naložbo za prihodnost v duhu evropske tradicije. Slovensko zdravništvo bo pridobilo infrastrukturo, ki bo na eni strani omogočala še boljše delovanje in lažjo dostopnost za vse člane in članice, na drugi strani pa bo izkazovala tudi našo povezanost in enotnost. Ti sta v sedanjem času, ko se na zdravnike in zobozdravnike vrstijo številni neupravičeni napadi in pritiski, ko smo skorajda priča sovražnemu govoru, še posebej pomembni.

Ob tej priložnosti bi se rada iskreno zahvalila vsem tistim slovenskim zdravnicam in zdravnikom, ki so že donirali sredstva za Domus Medica – na računu se je zbralo že blizu 10.000 EUR. Še naprej bomo veseli vsakršnega prispevka, s katerim boste po svojih močeh dodatno in prostovoljno pomagali pri uresničitvi tega zgodovinskega projekta. Donatorska sredstva bodo namenjena izključno za

uspešno dokončanje izgradnje in opremo osrednje slovenske zdravniške hiše Domus Medica.

Zbiramo jih na računu Zdravniške zbornice Slovenije, št.: **SI56 9067 2000 0581 576** (*namen plačila: donacija DM, referenca: 00, pod sklic pa vpišite rojstni datum donatorja (DDMMLLL)*). Vsi, ki ste in tudi še boste donirali sredstva za Domus Medica, boste tudi poimensko navedeni na posebni plošči donatorjev, ki bo umeščena v novo avlo naše skupne hiše.

Dokazati želimo, da slovenski zdravniki in zobozdravniki ne bomo klonili pod bremenom sedanjih težav, saj smo usmerjeni v prihodnost, za katero smo tudi danes pripravljeni kaj potrpeti, se čemu odreči in dokazati svojo razumnost. Zadržane cilje bomo dosegli z vztrajnostjo, odločnostjo, modrostjo in medsebojnim zaupanjem. Domus Medica – slovenska zdravniška hiša bo tako vsekakor mejnik v zgodovini slovenskega zdravništva in zobozdravništva. To bo naš skupni dom, za katerega si prizadevamo že dolga leta.

prim. Marko Demšar, dr. med.
skrbnik donatorskega računa

prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med.
predsednica Zdravniške zbornice Slovenije

Aktivnosti izvršilnega odbora in strokovne službe

Koordinacija zdravniških organizacij ponovno zavrnila predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti

Koordinacija zdravniških organizacij (Zdravniška zbornica Slovenije, Fides sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Slovensko zdravniško društvo ter Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije) je ponovno zavrnila predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki ga je pripravilo Ministrstvo za zdravje. Zdravniške organizacije Slovenije namreč pri pripravi zakona nismo sodelovale. K podajanju pripomb smo bile pozvane šele ob objavi osnutka zakona na svetovnem spletu, enako kot katerakoli druga zainteresirana javnost ali državljani.

»Zdravniške organizacije od Ministrstva za zdravje pričakujemo politično modrost in odgovornost, da bo predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti umaknilo iz postopka. Še posebej, ker je v pripravi, praktično v ilegali, tudi Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, brez katerega tudi Zakona o zdravstveni dejavnosti ni mogoče sprejeti, saj niso poznani finančni okviri. Pričakujemo, da bo prevladal razum. Tudi politiki se namreč lahko osvestijo in začnejo razmišljati v interesu državljanov in tistih, ki so jih izvolili in jim dali mandat, da vodijo to državo,« je ob tej priložnosti dejala predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med.

Osnovne pripombe na predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti:

Zakon ni po meri družbe, temveč po meri države, je zavajajoč, ker ne bo omogočil uresničevanja zapisanih pravic in ne temelji na nobeni pravi analizi stanja. Finančne posledice sprememb, ki bi jih zakon sistemsko prinesel, niso znane, za bolnike v sistemu ne prinaša izboljšav, zdravniki in drugi zdravstveni delavci pa ga ne bodo mogli izvajati. Povzročil bo preobremenjenost javnega sistema,

kar napeljuje na zasebna zdravstvena zavarovanja, ki ne bodo dostopna vsem državljanom. Zakon je neuravnotežen, preobsežen in na določenih področjih celo pomanjkljiv. Ukinja veliko pristojnosti in vsebin, za katere ne zagotavlja rešitev oz. ustreznih nadomestil. Ocenjujemo, da bo potrebno med 60 in 70 dodatnih pravilnikov in drugih podzakonskih aktov, kar predstavlja povečanje administrativnega odločanja in dodatno nepreglednost v sistemu. Pripravljalci želijo vse urediti samovoljno, v celoti podrediti zdravnike in ostale izvajalce zdravstvene dejavnosti. Celo pravna stroka je nasprotovala preoblikovanju zbornic na način, da bi bilo članstvo v Zdravniški zbornici Slovenije neobvezno.

Posledično se bo ponovil položaj iz preteklosti: veliko pravic na papirju, v praksi pa vedno daljše čakalne dobe v javnih ustanovah.

Iz nam neznanih razlogov zakon močno zmanjšuje pristojnosti avtonomnih zdravniških organizacij in jih prenaša na državo. To je povsem drugačna ureditev kot v sodobnih državah EU. Zakon omejuje svobodo dela ter svobodno gospodarsko pobudo in neodvisnost poklica.

S predlogom zakona se zelo povečuje birokracija, povečuje se število zaposlitev v državni upravi, podvajajo se pristojnosti, kar pomeni dodatno nepreglednost v sistemu.

Zdravniške organizacije smo opozorile na nepravilnosti v javno dostopnih predlogih in ugotovile, da predloga zakona ni mogoče dopolniti z amandmaji.

Na nedavnem sestanku Stalnega odbora zdravnikov Evropske unije so slovenski predstavniki seznanili odbor o nerazumljivem in nedemokracičnem sprejemanju zakonodaje na področju zdravstva v Republiki Sloveniji in s predlaganimi vsebinami. Odzivi kolegov so bili enotni in so izražali zaskrbljenost nad takim postopkom sprejemanja tako pomembne zakonodaje in izločitvijo legitimnih

predstavnikov zdravniške stroke pri pripravi predlogov zakonov.

Posebej izpostavljamo nekatere usmeritve in rešitve iz predloga zakona, ki so povsem nesprejemljive in jih v celoti zavračamo:

1. Popolno **podrejanje ureditve zdravstvenega sistema vsakokratni politični opciji**. Ministrstvo namreč pod svojo pristojnost prevzema številne naloge, ki so v sodobnih sistemih porazdeljene med različne poklicne inštitucije, ki so neodvisne od države in njene trenutne politike.
2. Pripravljalcev zakona ne sledi razvoju **družbe. Predlogi ne temeljijo na analizi**, ki bi podkrepile predlagane rešitve. Zakon uvaja **nepotrebne dodatne administrativne naloge**, ki bodo izčrpavale izvajalce zdravstvene dejavnosti, ne bodo pa prispevale h kakovosti.
3. **Zakon ukinja strokovno neodvisnost**. Razširjene strokovne kolegije (RSK) definira kot posvetovalno telo ministrstva, njihove predloge mora potrditi še zdravstveno-ekonomski svet. Njihove odločitve so zavezujoče za izvajalce. Ob tem ministrstvo določa vrste RSK, njihovo sestavo in delovanje. S tem se ukinja strokovna neodvisnost in samoregulacija zdravniškega poklica kot svobodnega poklica. Ta se kaže tudi v odvzemu javnih pooblastil zdravniški zbornici, kar kaže na močno centralizacijo. Predlog zakona v prehodnih določbah vsebinsko odpravlja Zakon o zdravniški službi.
4. Zakon koncesionarje obravnava diskriminatorno in jih omejuje, praktično pa celo ukinja z birokratskimi in ekonomskimi ovirami in prisilami. Predlog zakona uvaja **neenakost koncesionarjev z ostalimi izvajalci** zdravstvene dejavnosti v javni zdravstveni mreži. S tem onemogoča bolnikom izbiro osebnega izbranega zdravnika med različnimi ponudniki zdravstvenih storitev.

Z ukinjanjem koncesionarstva se neposredno zmanjšuje dostopnost do zdravnikov in celo omejuje dostopnost do osebnega izbranega zdravnika. Zdravništvo ne nasprotuje urejenemu in primerno nadzorovanemu sistemu.

5. Sistem poslovanja v javnih zavodih **praktično v celoti izključuje** in izriva zdravnike iz upravljaljskih struktur zavodov, tudi v delu, kjer je za odločitve nujno potrebno upoštevati medicinsko stroko.

6. Povečuje se število administrativnih organov:

a) Koordinacijo zdravstvene dejavnosti na določenem območju bodo opravljale naslednje institucije: občine in skupnosti občin; ministrstvo kot celota in znotraj njega še zdravstveno-ekonomski svet; ZZZS; zdravstveni domovi in bolnišnice kot regionalni koordinatorji zdravstvene dejavnosti; regijski sveti; združenja zdravstvenih zavodov in skupnosti zdravstvenih domov.

b) Čeprav podpiramo prizadevanja za kakovost v zdravstvu, ugotavljamo, da zakon predvideva ogromno pomnoževanje administrativnih teles: strokovni sveti zdravstvenih zavodov; zbornice; razširjeni strokovni kolegiji; javna agencija za kakovost; Inštitut za varovanje zdravja; izvajalci terciarne zdravstvene dejavnosti.

c) Podvaja se področje varstva pacientovih pravic, ki ga pokrivajo: pritožbeni organi znotraj izvajalcev zdravstvene dejavnosti; zastopniki pacientovih pravic; Republiški senat za pacientove pravice; varuh človekovih pravic; občinski varuhi pravic pacientov; zbornice; nevladne organizacije; organi pregona; po novem pa še nov institut pooblaščenca za varnost pacientov.

7. Zakon odpravlja izboljšave na področju pripravnosti in specializacij ter podiplomskega izobraževanja in usposabljanja zdravnikov. Prelaga plačilo za specializacije zdravnikov in zobozdravnikov ponovno na izvajalce, za kar niso zagotovljena nobena

sredstva in kar je v preteklosti pripeljalo do hudega zastoja pri zagotavljanju zdravniških kadrov.

8. Oblikovanje standardov in normativov obravnave bolnikov, ki so jih pripravile skupine različnih strokovnjakov s področja zdravstva (v okviru ministrstva) za zdravniško delo, predlog zakona prenaša na zdravstveno zavarovalnico, kar bo posledično pomenilo, da bodo imeli zdravniki še manj časa za obravnavo bolnikov.

9. Zakon omejuje delo z bolniki in pri tem ne upošteva potreb prebivalstva, saj se bo zmanjšala dostopnost in posledično podaljšale čakalne dobe. V sedanjem trenutku omejitve delovnega časa in dodatnega dela omejuje zagotavljanje oskrbe, ki jo pacienti potrebujejo.

10. Prenos plačila izobraževanj oz. po zakonu obveznega podiplomskega usposabljanja (specializacije) **z ZZZS na izvajalce. To pomeni** podaljševanje specializacij zaradi potreb nadomeščanja v zavodih, kjer je pomanjkanje zdravnikov zelo veliko in vsesplošno.

Več o samih razlogih in stališčih Koordinacije zdravniških organizacij pa si lahko preberete tudi na naših spletnih straneh: <http://www.zdravniskazbornica.si/nw/890/1/1569koordinacija-zdravniskih-organizacij-soglasno-zavrnila-predlog-zakona-o-zdravstveni-dejavnosti>, kjer sproti objavljamo vse aktualne informacije. Na tej strani smo objavili tudi pisma podpore zdravniških organizacij iz Evrope, ki so jih te naslovila na predsednika vlade in ministra za zdravje.

Financiranje zdravstva: zdaj ne gre več samo za zdravnike, gre tudi za bolnike

Pretekli mesec so v javnosti in medijih prevladoval pretežno teme, ki vplivajo in imajo neposredne posledice v celotnem zdravstvenem sistemu. Zdravniška zbornica Slovenije je namreč že dlje časa opozarjala, tako Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije kot tudi javnost, da nam s sedanjim načinom financiranja zdravstvenih in zobozdravstvenih programov grozi sesutje sistema. Sodu je

izbil dno, po našem prepričanju, nezakonit in neustaven odvzem namenskih sredstev za nazaj, kar je Vlada Republike Slovenije junija letos storila enostransko v Aneksu št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2009. O tem ni obvestila ne zdravnikov ne javnosti, prav tako pa zdravstvene oblasti tudi niso razložile, kako bo zdravstveni sistem zdaj funkcioniral ter kako pravzaprav z okrnjenimi sredstvi ohraniti nespremenjen obseg zdravstvenih in zobozdravstvenih storitev za bolnike.

Ker smo zdravniki in zobozdravniki, prav tako pa tudi zdravniške organizacije, javno izrazili nestrinjanje s takšnim pristopom ter zagrozili z nadaljnjimi ukrepi, če z Ministrstvom za zdravje ne pride do dogovora o reševanju trenutnih razmer, so se zvrstili številni sestanki tako na zdravstvenem ministrstvu kot tudi na zdravstveni zavarovalnici. Ti so potekali na različnih ravneh, pogosto pa so se jih udeležili tudi minister in generalni direktor ZZZS na eni strani ter predsednica Zdravniške zbornice Slovenije na drugi. Ocenili smo, da je prav, pa tudi že skrajni čas, da se ljudje, ki so odgovorni za sistem delovanja in financiranja zdravstvenega sistema, začnejo pogovarjati tudi z zdravniki in zobozdravniki, ki nosijo neposredno odgovornost za oskrbo bolnikov. Sicer pred samimi sestanki, glede na pretekle izkušnje, nismo bili pretirani optimisti, vodila pa nas je želja, da se za zdravstveni sistem uredi vzdržno financiranje. Tako od ministra za zdravje upravičeno pričakujemo, da bodo njegovi predlogi za reševanje problematike financiranja zdravstvene dejavnosti šli v smeri zakonitih rešitev in bodo omogočili nemoteno ter stroškovno izvedljivo opravljanje zdravstvene dejavnosti – tako javnih zavodov kot koncesionarjev.

Številni zdravniki in zobozdravniki koncesionarji so se zaradi zmanjšane financiranja zdravstvenih storitev znašli v finančnih težavah. Nekateri ne uspejo več plačevati stroškov, anuitet za kredite, nekateri so celo ostali brez plač, saj iz meseca v mesec ustvarjajo večjo izgubo. Nekaj jih je že vrnilo koncesije, številni pa o tem resno razmišljajo.

Vendar pa poudarjamo, da se v finančnih težavah niso znašli samo zasebniki, temveč

tudi javni zavodi. Razlika je le v tem, da javni zavodi (zdravstveni domovi in bolnice) morebitno izgubo lahko pokrijejo z naslova presežkov iz preteklih let ali pa jim pri tem pomaga ustanovitelj (občina, država). O tem so nekateri že obvestili svoje ustanovitelje. Zasebniki pa takšne možnosti nimajo. Devet zdravstvenih domov iz celjske in posavske regije ocenjuje, da bodo letos poslovali z izgubo, če ne bo financiranje urejeno drugače. Celjski, žalski, laški, sevniški, šmarski, radeški, brežiški, šentjurski in slovenskokonjiški zdravstveni dom opozarjajo, da so v enako težkem položaju kot zasebni izvajalci.

Zdravniška zbornica Slovenije pristojne vseskozi opozarja na težave, ki se pojavljajo na primarni zdravstveni ravni, pa naj gre za zasebnike ali javne zavode – med njimi ne delamo razlik! Še več, izpostavili smo tudi sekundarno raven, nič lepše pa se ne piše niti terciarni. Nikoli nismo delali razlik tudi med zdravniki in zobozdravniki. Vsi so namreč člani Zdravniške zbornice Slovenije in za vse se zavzemamo enakovredno. Vse enako podpiramo pri uveljavljanju njihovih pravic in tudi dolžnosti, ki sta jih vlada ali zdravstvena zavarovalnica zapisali v pogodbah, ki bi morale zavezovati obe strani enakovredno, ne pa, da jih močnejša stran – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije – enostransko poslabšuje. Res je, da ima vsakdo specifične probleme, ki so tudi vsebinsko drugačni. Tega se pri pogajanjih zavedamo in tudi upoštevamo, saj smo vrsto različnih in ustreznih predlogov vgradili v naše predloge in jih predstavili partnerjem na pogajanjih. Odpraviti želimo sistemske nepravilnosti, ki se vlečejo vrsto let in temeljijo le na povprečjih in indeksaciji predhodnih let. Celo dobro poučeni novinarji ugotavljajo, da je bistvo sedanjega dogajanja in ključ do rešitve v vprašanju, kakšno naj bo mesto osnovnega zdravstva na lestvici prioritet. Slovenija od osnovnega zdravstva pričakuje vedno več, kar je le-to tudi strokovno sposobno zagotoviti, vendar pa obstaja volja le na deklarativni ravni. Minister za zdravje Borut Miklavčič je po sestanku s predstavniki zdravnikov napovedal, da bo imelo osnovno zdravstvo prednost pri deljenju sredstev

za prihodnje leto, vendar pa se je pri tem omenjalo povišanje sredstev zgolj za okoli odstotek. To bi po nekaterih izračunih pomenilo, da bi namesto sedanjih 17,6 odstotka za osnovno zdravstvo namenili 18,6 odstotka vseh sredstev za zdravstvo, kar pa je le na ravni preteklega leta in ni nikakršna izboljšava. V drugih državah pa se je izkazalo, da je mogoče osnovno zdravstvo reševati z okoli 4-odstotnim prilivom svežega denarja na leto, postaviti pa bi bilo potrebno tudi mrežo v osnovnem zdravstvu, ki bo omogočila oskrbo glede na resnične in realne potrebe bolnikov.

Žal se podobno godi tudi zobozdravnikom. Problem je napačna metodologija, na podlagi katere je ZZZS določala nov model financiranja. Tako so npr. mladinskim zobozdravnikom v javnih zavodih znižali sredstva, zato bodo posledično slabše oskrbljeni otroci. Problem je tudi jemanje sredstev za nazaj, nižanje cene točke, jemanje sredstev za amortizacijo, zato bodo v javnih zavodih imeli lahko tudi 60 let staro opremo. Zaradi spremenjenega načina financiranja (70 odstotkov fiksno, 30 odstotkov po številu pacientov) nekateri koncesionarji že vračajo koncesije. Po napovedih, ki jih dobivamo, pa se ne nameravajo vrniti v zdravstvene domove, ampak nameravajo delati v samoplačniških ambulantah. Sicer pa so zobozdravniki sestavili skupino, ki bo do konca tega leta pripravila nove standarde in normative, saj so zdajšnji zastareli in po presoji stomatologov ne omogočajo kakovostne in celovite obravnave pacientov.

Arbitraža za Splošni dogovor za pogodbeno leto 2010

Na arbitraži za sprejem Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2010, ki je bila 2. in 4. novembra 2009, so bili obravnavani vsi predlogi partnerjev razen predlogov, ki se nanašajo na nov sistem financiranja zobozdravstva. Vsi predlogi, ki so zahtevali dodatna finančna sredstva, so bili s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) zavrjeni z argumentom, da upravni odbor ZZZS ne soglašajo s predlogi, ki zahtevajo

dodatna finančna sredstva, ter da naj o tem odloča Vlada Republike Slovenije.

Na naši spletni strani (<https://IN-TRA.zdravniskazbornica.si/intra/zzs.asp?FolderId=773>) smo objavili podroben pregled predlogov, ki so bili sprejeti na predlog Zdravniške zbornice Slovenije, kakor tudi tistih, ki so bili zavrjeni. Dodali pa smo tudi pregled pomembnejših predlogov, ki so jih predlagali partnerji.

Zdravniški servis dela

Zdravniška zbornica Slovenije ima že dobro leto vzpostavljen sistem vodenja evidenc o povpraševanju in ponudbi nadomeščanja med zdravniki. Namenjen je vsem izvajalcem zdravniške službe, ki iščejo ali nudijo nadomeščanje za opravljanje zdravniških storitev. To je mnogim v pomoč v času počitnic in dopustov ter ga zato članice in člani Zdravniške zbornice Slovenije tudi uporabljajo.

Zaradi varstva osebnih podatkov se ponudba in povpraševanje po nadomeščanju vodi pri strokovnih službah zbornice. Vabimo vse izvajalce, tako koncesionarje, zdravstvene organizacije ali zasebnike brez koncesije, ki iščejo nadomestila za čas dopustov, izobraževanj, bolniških dopustov, dežurstev ali česa drugega, da sporočijo svojo potrebo. Prav tako vabljeni vsi, ki bi lahko pomagali kolegu v času odsotnosti, da sporočite svojo pripravljenost za delo.

Zdravniška zbornica Slovenije bo v okviru svojih pooblastil zgolj preverjala podatek o istovetnosti iskalcev oziroma ponudnikov in omogočila vzpostavitev stika med njimi, ne more pa prevzeti odgovornosti glede samega dogovora med zdravniki oziroma zobozdravniki, ki se dogovorijo za nadomeščanje.

Dodatne informacije in obrazci so dosegljivi na naših spletnih straneh: <http://www.zdravniskazbornica.si/zzs.asp?FolderId=880>.

Opravljene specialistični izpiti

Milan Babič, dr. med., specialist splošne kirurgije, izpit opravil 21. 9. 2009

Amer Beharić, dr. med., specialist oftalmologije, izpit opravil 24. 9. 2009

Božena Galun, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 22. 9. 2009

Biljana Grčar Kuzmanov, dr. med., specialistka anatomske patologije in citopatologije, izpit opravila s pohvalo 30. 9. 2009

Hatije Ismaili, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, izpit opravila 17. 9. 2009

Marjeta Kladnik Jene, dr. med., specialistka sodne medicine, izpit opravila 2. 9. 2009

mag. **Mateja Krajc**, dr. med., specialistka javnega zdravja, izpit opravila s pohvalo 17. 9. 2009

Petra Lubi, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 22. 9. 2009

Romana Mance Kristan, dr. dent. med., specialistka parodontologije, izpit opravila 22. 9. 2009

Serdo Mofardin, dr. med., specialist nevrologije, izpit opravil 18. 9. 2009

Mojca Pibernik, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 22. 9. 2009

Katarina Palustainer, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 22. 9. 2009

Klemen Poznič, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil s pohvalo 22. 9. 2009

Polona Sagadin, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 22. 9. 2009

asist. **Matevž Srpčič**, dr. med., specialist torakalne kirurgije, izpit opravil s pohvalo 30. 9. 2009

Nenad Savić, dr. med., specialist radiologije, izpit opravil s pohvalo 30. 9. 2009

Sašo Stankovič, dr. med., specialist splošne kirurgije, izpit opravil s pohvalo 25. 9. 2009

Nuša Šegrec, dr. med., specialistka psihiatrije, izpit opravila s pohvalo 24. 9. 2009

Tina Štruc Cvitan, dr. dent. med., specialistka parodontologije, izpit opravila 24. 9. 2009

Špela Štunf, dr. med., specialistka oftalmologije, izpit opravila s pohvalo 23. 9. 2009

Ana Švigelj, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 22. 9. 2009

Matjaž Vinder, dr. med., specialist travmatologije, izpit opravil s pohvalo 22. 9. 2009

Levin Vrhovec, dr. med., specialist oftalmologije, izpit opravil 25. 9. 2009

Tanja Trivanović Dobrijević, dr. dent. med., specialistka stomatološke protetike, izpit opravila 1. 9. 2009

Zapustili so nas

Mag. Ladko Korošec, dr. med.,
iz Ljubljane

Nada Djurić Glišović, dr. med.,
specialistka radiologije
iz Sežane

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 naslednjo številko. Gradivo za januarsko številko bomo torej sprejemali do 5. decembra. 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

Vrhovno sodišče je potegnilo mejo pri zdravniškem pojasnilu pacientu

Kirurg ni dolžan povedati pacientu, kolikokrat je že izvedel zadevno operacijsko tehniko. Tako je odločilo vrhovno sodišče (*Oberster Gerichtshof*) v postopku 4 OB 166/08b, v katerem je šlo za vprašanje o dolžnosti, ali mora zdravnik pacientu pojasniti, koliko poprejšnjih izkušenj ima kot operater.

Zadevni tožnik je trpel za divertikulozo širokega črevesa ter posledičnimi vnetji. Zato se je odločil za laparoskopski kirurški ukrep. Kirurški oddelek bolnišnice (v katerem se je zdravil zadevni pacient) je center za bolezni širokega črevesa. Zdravnik operater (*Oberarzt*) je dotlej opravil približno 200 operacij na širokem črevesu, od tega pet laparoskopskih resekcij. Vrh tega mnoge druge laparoskopske posege, večino ma na žolčniku.

Laparoskopski poseg je bil medicinsko indiciran ter za pacienta ugoden (*zum Vorteil*). V nasprotju z laparatomijo so rezi majhni, tako je manjša verjetnost za pojav infekcije ali hernije. Nekaj tednov pred posegom je *Oberarzt* tožniku pojasnil to metodo, vendar ne da bi mu povedal, kolikokrat je metodo izvedel. Tožnik je pisno privolil v operacijo in bil je obveščen o morebitnih zapletih (poškodba stene črevesa zaradi hemostaze z ultrazvokom).

Operirajoči zdravnik je svoj poseg skoraj končal *lege artis*, je pa med hemostazo z ultrazvokom poškodoval steno črevesa ter – tudi *lege artis* – operacijo nadaljeval z odprtim pristopom zato, da je krvaveče mesto zašil. Nato je bilo še nekaj zapletov, končno do krvavitve iz anastomoze, ki se pojavijo pri približno 2 odstotkih posegov te vrste.

Tožnik je zahteval 30.000 EUR odškodnine in jamstvo za prihodnje poškodbe, ki bi morebiti sledile zaradi posega. Zato, ker ga operirajoči *Oberarzt* ni opozoril na svojo pomanjkljivo izkušnost za name-ravani poseg. Namreč, dva dni pred posegom je vodja oddelka tožniku mimogrede povedal, da »... nekaj laparoskopskih operacij pa smo že naredili...«. Tožnik je tako menil, da ga je vodja oddelka s to izjavo opozoril, da je ta bolnišnica pri laparoskopskih posegih še v »učnem obdobju oz. učnem območju« (*Lernbereich*).

Deželno sodišče, vrhovno deželno sodišče ter prizivno sodišče (*Landesgericht, Oberlandesgericht Graz, Berufungsgesicht*) so tožbo zavrnili. Zato se je tožnik obrnil na vrhovno sodišče ter zahteval revizijo. Slednje je najprej zavrnilo zahtevek za odškodnino, ker je bil poseg medicinsko indiciran, ker je pacient privolil in ker je bil seznanjen z možnostjo zapletov.

Z vidika vrhovnega sodišča pa bi bilo treba raziskati, ali je kirurg dolžan pacienta obvestiti o svojih pre-majhnih izkušnjah za obvladovanje kirurškega posega.

Vrhovno sodišče opozarja, da je v pravni znanosti (*Rechtslehre*) vse več glasov, da pri uvajanju novih metod velja dati več poudarka pojasnilu pacientom. Vendar v tem primeru ne gre za klasični primer »nove medicinske metode« (*Neulandmedizin*). Le na tem kirurškem oddelku je bila v fazi uvajanja. Izkušeni operater je opravil šele pet posegov te vrste, medtem ko se domneva, da je za popolno obvladovanje potrebnih od 40 do 50 takšnih posegov (ponovitev, op. prev.).

Delovanje javnega zdravstva (*Das Funktionieren des öffentlichen Gesundheitswesens*) predpostavlja, da se v nekem smislu **omeji** (poudaril M. K.) možnost izbire lečечеlega zdravnika. Ni mogoče, da bi vsak pacient zahteval, da ga operira samo tisti zdravnik, ki ima največ izkušenj ali ki ima najboljše pogoje za kar najmanjše tveganje pri operaciji. Obstajati mora namreč stopnja medicinske izobrazbe, ki kirurgu omogoči, da lahko poseg opravi skladno z zdravniško umetnostjo. Če tega ni, se zdravnikom onemogoči, da ob samostojnih operacijah nabirajo svoje izkušnje ter gradijo svojo izkušnost.

Vir: Kärntner Ärztezeitung št. 7/8, julij/avgust 2009

Prevod in priredba: Marjan Kordaš



OGH zieht eine Grenze bei ärz

Es besteht keine Pflicht des Chirurgen, Patienten zu informieren, wie oft sie die ins Auge gefasste Operationstechnik angewandt haben. So entschied der Oberste Gerichtshof im Verfahren 4 Ob 166/08b, bei dem es um die Frage der Aufklärungspflicht über die spezifische Vorerfahrung des Operateurs ging.

Der Kläger litt an Divertikulose des Dickdarms mit Entzündungsschüben, weshalb er sich in der Krankenanstalt einem laparoskopisch begonnenen operativen Eingriff zur Entfernung der Divertikel unterzog. Die chirurgische Abteilung des Spitals ist ein Zentrum für Dickdarmerkrankungen. Der operierende Oberarzt hatte zu-



fahrung mit der beabsichtigten Operationsmethode hingewiesen. Zwei Tage vor der Operation habe der Abteilungsleiter gegenüber dem Kläger bemerkt: „Ein paar laparoskopische Operationen haben wir ja schon gemacht.“ Die beklagte Partei wendete ein, der Abteilungsleiter habe den Kläger darauf hingewiesen.

Preverili bomo vsa poročila o napakah

Avstrijska zdravniška zbornica (*Österreichische Ärztekammer, ÖÄK*) začenja po vsej državi z uvajanjem sistema CIRS (Critical Incident Reporting System), sistema javljanja napak ter učenja. V številnih državah EU podobna združenja že obstojijo; med drugim poskušajo uvesti novo kulturo varnosti. Predsednik tirolske zdravniške zbornice, dr. A. Wechselberger, ki ima vodilno vlogo pri uvajanju (na spletu temelječega) sistema CIRS, v kratkem intervjuju pove tole:

»Zdravniška zbornica želi biti zgled in prevzema odgovornost v imenu zdravništva. V Avstriji želimo vzpostaviti novo kulturo do napak. Na žalost trenutno živimo v državi, v kateri se vsakogar, ki naredi napako, naredi za grešnega kozla (*Buhmann*). Polivanje z blatom in gnojnico (*Blame und Shame*) pa preprečuje, da se v pojavljajočih se napakah vidi tudi zmožnosti za izboljšave. Zato se

tudi »skoraj-napake« najraje zamolčijo. Ob tem pa vemo, da se pri 200 do 300 »skoraj-napakah« končno tudi zgodi dejanska napaka.

Naše ciljne skupine so vsi, ki delujejo v zdravstvenem sistemu in ki lahko napake vidijo. A tudi vsak, ki lahko opazuje kritične dogodke, naj bi imel možnost o njih poročati. V ta namen je dovolj spletni dostop www.cirsmedical.at, prek katerega je mogoče poročanje, a tudi morebitni predlogi za izboljšave ali preprečevanje. Da bi sodelavce v zdravstvenem sistemu zavarovali pred sankcijami, sistem deluje anonimno, tj. naslova IP izvirnega računalnika ni mogoče ugotoviti za nazaj. Če pa gre tudi za podatke, jih filtrira *ÖQMed*. Slednji jih posreduje dalje skupini izvedencev, ki jih obdela. Ko je poročilo preverjeno ter stvarno korektno, se vključi v sistem učenja. Od tam se lahko poročila pokliče prek ključnih besed. Tu nam

bo moralo uspeti najti izvedence (eksperte) z vseh področij oskrbe pacientov. Upamo na sodelovanje z Nemčijo in Švico.

Vsem, ki jih to zanima – npr. bolnišnicam – bomo ponudili možnost za izgradnjo internih sistemov javljanja napak. Že obstoječe sisteme pa bomo poskusili integrirati s celoto.

Uspeh uvajanja pa stoji ali pade z »akceptanco« vseh delujočih v zdravstvenem sistemu. Ker je sprememba kulture o napakah bistven cilj naših naporov, je napoved naše uspešnosti problematična. Vendar pa smo zaradi primerov iz zamejstva vsekakor optimistični.«

Vir: *Kärntner Ärztezeitung* št. 7/8, julij/avgust 2009)

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Medicinsko dokumentacijo na Hrvaškem ureja zakon

Oziroma naj bi jo urejal, ker pravilnika o izvajanju še ni, kljub poteklim rokom. Medicinska dokumentacija postaja tako obveznost vseh zdravstvenih delavcev in je sestavni del strokovnega medicinskega dela. Zakon terja, da je za zavarovance Zavoda za zdravstveno zavarovanje, pa tudi za bolnike iz zasebnih ordinacij, treba voditi enotno dokumentacijo, ki mora vsebovati: ime, priimek, datum rojstva, naslov zdravstvene ustanove, ki mu je nudila zdravstveno storitev, faksimile in podpis zdravstvenega delavca, ki je zavarovanca zdravil, in to na način, da je nedvoumno razvidno njegovo ime in priimek, to pa mora biti overovljeno s pečatom ustanove ali zasebne ordinacije.

Medicinska dokumentacija se hrani deset let. Pomemben je člen, da ima bolnik pravico do vpogleda v svojo dokumentacijo, isto pravico pa imajo tudi sorodniki, ki jih zakon natančno našteva. Dokumentacija pa ostaja last zdravstvene ustanove, čeprav

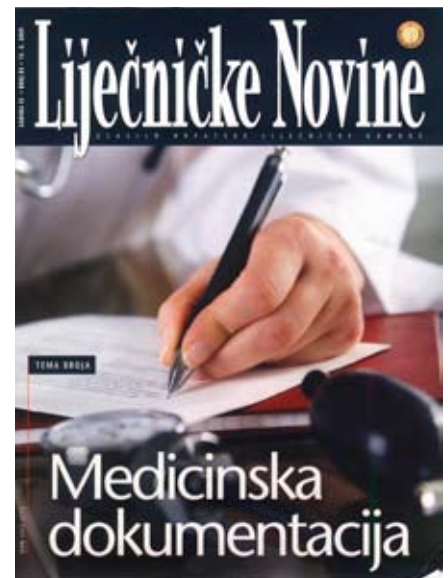
naj bi bil zakon v tem členu nejasen. Dalje zakon opredeljuje, kakšno vrednost ima medicinska dokumentacija kot dokazno sredstvo pred sodiščem in kako vrednotiti posamezne dokumente, kaj naj bi bil dokument, kaj je stranka, kaj je tretja oseba, kakšno naj bo delo izvedenca. Ti členi, zaviti v juridično »kitajščino«, so najboljše del zakona.

Zakonodajalec in komentatorji poudarjajo, da področje (ne)odgovornosti v zdravstvu predstavlja danes eno najpomembnejših področij, kjer prihaja do posebnega pomena tako imenovani socialni stik, ki nastaja med storitvijo, ki jo opravlja javna služba, in njenim uporabnikom, bolnikom. K temu socialnemu stiku oziroma njegovi kakovosti pomembno prispeva medicinska dokumentacija kot argument per se, ki postaja s tem koristen na eni strani tistemu, ki nudi zdravstvene storitve, in na drugi strani bolniku.

Vse jasno?

Vir: *Liječničke Novine*, 83, oktober 2009

Prevod in priredba: Boris Klun



Sporočilo za javnost

Rdeči noski zaključili svojo peto turnejo po slovenskih bolnišnicah

Rdeči noski, društvo za vračanje volje in veselja do življenja bolnim in trpečim, ki v Sloveniji deluje od leta 2004, je trenutno že na peti turneji klovnov zdravnikov po slovenskih bolnišnicah z otroškimi oddelki. 28. septembra 2009 so v novomeški bolnišnici skupaj z ministrom za zdravje, g. Borutom Miklavčičem, go. Miro Retelj, direktorico SB Novo mesto, go. Mileno Kramar Zupan, direktorico Zdravstvenega doma Novo mesto, ter mag. Mirkom Marinčičem, predsednikom uprave Elektra Ljubljana, d.d., obeležili petletnico sodelovanja Rdečih noskov z dolgoročnim partnerjem Elektrom Ljubljana, d.d., obenem pa tudi 100-letnico elektrifikacije Dolenjske in Bele krajine.

Mag. Mirko Marinčič je izrazil upanje, da bodo zgledu Elektra Ljubljana sledila tudi druga podjetja, in ob tej priložnosti podaril direktoricama zdravstvenega doma Novo mesto Mileni Kramar Zupan in bolnišnici Miri Retelj donaciji v vrednosti po 1.500 evrov za nakup aparata za magnetnoresonančno slikanje. Denar za aparat, 1,1 milijona evrov, bi v bolnišnici po besedah Retljeve radi zbrali do konca letošnjega leta, k znesku pa bo pol milijona evrov dodalo tudi ministrstvo.

Minister je ob obisku v družbi Rdečih noskov dejal: »To je simpatičen dogodek, ki prinese nasmeh na obraze mladih bolnikov. Poleg medicinske pomoči in znanja je izjemno pomembno dobro razpoloženje bolnika, še zlasti pri otrocih. Zato ocenjujem akcijo Rdečih noskov kot izjemno pomembno in prijetno. Dobra volja je pol zdravja.« Eva Škofič Maurer, ustanoviteljica društva Rdeči noski, je poudarila pomen dolgotrajnega podpiranja programov Rdečih noskov, saj jim to omogoča stalno prisotnost in izvajanje programov klovnoske oskrbe v bolnišnicah. Povedala je tudi, da je Ministrstvo za zdravje sprejelo Društvo za pomoč trpečim in bolnim med humanitarne organizacije in mu podelilo status društva, ki deluje v javnem interesu na področju zdravstva.

Ker Rdeči noski letos praznujejo 5. rojstni dan in ker je to že 5. turneja Rdečih noskov (prav vse je podprla Zavarovalnica Generali), so rednim tedenskim obiskom dodali 10 vizit na otroških oddelkih slovenskih bolnišnic v Slovenj Gradcu, Murski Soboti, Trbovljah, Brežicah, Novem mestu, Izoli, Šempetru pri Gorici, na Jesenicah in Ptuju, hkrati pa še devet vizit v drugih ustanovah, in sicer na VDC VI Vrhnika, Zavodu Zarja, VDC Tončke Hočevar, Zavodu za invalidno mladino Stara Gora, CUDV Draga Šiška, CUDV Draga Ig, VDV VI Idrija, kamor bodo klovnji zdravniki stopili čisto prvič.

Rdeči noski klovnji zdravniki trenutno izvajajo štiri redne tedenske programe. Ob torkih obišejo Kliniko za pediatrijo UKC Maribor, ob sredo in četrtek dopoldan trkajo na bolniške sobe na Pediatrični kliniki v Ljubljani, ob sredo popoldne pa razveseljujejo bolnike na Kliničnem oddelku za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo KC Ljubljana. Od 1. septembra izvajajo še dodatna dva programa v SB Celje in na Inštitutu RS za rehabilitacijo. Pred kratkim se je že utečeni ekipi sedmih klovnov zdravnikov pridružila še peterica. Trenutno je v izdelavi tudi nova spletna stran Rdečih noskov, ki bo še bolj vedra in zanimiva.

Rdečim noskom, društvu, ki je organizirano kot neprofitna in humanitarna organizacija, katerega program, ki ga izvajajo, je za bolnišnice brezplačen, lahko z majhnim prispevkom pomaga tudi vsak posameznik. Eden najenostavnejših načinov je, da pošljete SMS s ključno besedo NOSKI na 1919 in darujete. Lahko jim podarite potrošene kartuze in tonerje (www.recycling4smile.org), pomagata pa jim lahko tudi z donacijo, ki jim bo olajšala dosego njihovega cilja – izboljšati počutje malih bolnikov in obnoviti moči bolnim osebam, kar delno pripomore tudi k njihovemu zdravljenju.



Komuniciranje z mediji

Novinarji so zadnji, ki jih lahko pokličete

Damjana Pondelek

Zdravstvene ustanove, soočene z ekonomskimi, političnimi ali drugimi pritiski in bremenami, se občasno odločijo, da bodo pomoč in podporo poiskale v javnosti, zato pokličejo medije. V upanju, da bodo novinarji s svojim poročanjem pomagali razrešiti situacijo. Kakšna zmeta!

Zdravniki, šolani ter poklicno in osebno naravnani pomagati ljudem, iskreno verjamate, da je tako naravnana celotna družba. Tako tudi od novinarjev pričakujete, da vam bodo pomagali, da »dobro premaga zlo« in »pravica zmaga nad krivico«, če smemo uporabiti ta temeljni pravljичni koncept.

Toda novinarji, četudi v »službi malega človeka« in »službi javnosti«, če omenjeni koncept uporabimo znova, ne želijo in ne morejo pristati na vlogo princa na belem konju. Novinarji v službi naročnika (in to niste vi) v družbeni prostor, predvsem pa v svoj medij, vpisujejo zgodbe. Po možnosti odmevne zgodbe, ki pritegnejo čim več bralcev. In posledično oglaševalcev. Seveda poročajo tudi o dogajanju. Predstavijo vaše izjave in stališča



nasprotni strani. Predstavijo pa tudi svoj pogled na svet in problematiko, čeprav ga morda ne zapišejo. Novinarjev pogled želi biti nevtralen. Vendar ga določa tisto, kar je v nekem trenutku družbeno sprejemljivo. Če želite sporočiti tisto, kar mora družbeno podporo ali soglasje šele pridobiti, ste zato v nekoliko težjem položaju.

Novinar ni princ na belem konju in odnosi z mediji niso pravljica

Naslednji dan po srečanju z novinarji v medijih prebirate prispevke in ne morete verjeti lastnim očem. Vzeli ste si čas in novinarjem podrobno razložili aktualno problematiko, zdaj pa prebirate neke čisto druge zgodbe, ki z izjavami nasprotni strani relativizirajo, ali, kot pravite, »pokvarijo« tisto, kar ste povedali. Tudi komentarji vam niso najbolj naklonjeni... »Le kaj je šlo narobe?« se sprašujete.

Podobno se vsak dan znova po vsem svetu sprašujejo mnoge ustanove, ne le zdravstvene, ki so se ujele v past pravljичnih konceptov in mitov, vezanih na vlogo medijev in novinarskega dela, pa tudi na vloge tistih, ki komunicirajo, torej vodstva. Prepričani so namreč, da je dovolj, če medijem pošteno povedo, kaj se dogaja. Zato ne iščejo strokovnega nasveta ali podpore pri komuniciranju z mediji. Obenem pridejo pred medije nepripravljeni. Kar je dvojno zagotovilo, da rezultat ne bo dober.

Novinarji so zadnji, ki jih lahko pokličete

Novinarji so zadnji, ki jih lahko pokličete. Kar pa nikakor ne pomeni, da jih ni treba poklicati! Nasprotno. To morate storiti. Toda pred tem je potrebno pogovarjanje, dogovarjanje in lobiiranje s povzročiteljem vaših težav in z vašimi podporniki – in to v prvi vrsti niso mediji. Pred pogovorom z novinarji je potrebno tudi natančno evidentiranje težav, poti za njihovo razrešitev in načrtovanje ustreznih komunikacijskih strategij in poti. Na srečanje z novinarji se je treba dobro pripraviti. In pred medijskim nastopom najti odgovore vsaj na vprašanja: »kaj želimo z nastopom doseči, kakšna so naša ključna sporočila, kako bomo odgovorili na stališča nasprotni strani...«. Ključna sporočila morajo biti zapisana na listu in v mislih; z njimi morajo biti seznanjeni in jih sporočiti vsi govorci. Ne zanašajte se na svojo suverenost in morebitno dolgoletno prakso komuniciranja z mediji. Napake se namreč lahko ponavljajo iz nastopa v nastop, obenem pa je vsak medijski nastop zgodba zase. Ključna sporočila morajo biti pripravljena za vsak nastop posebej. Vi pa tudi.

Morda boste rekli: »Kje imamo pa čas?« Če ga nimate, preložite srečanje z novinarji. Če se na medijski nastop ne boste dobro pripravili, boste naslednji dan v medijih spet brali čudne zgodbe

in zanje ne bodo krivi novinarji. Odgovornost je praktično vselej na strani tistega, ki komunicira. Verjemite, v medijih ni naključij in ne spontanosti. Še nobena dobra in odmevna misel se ni rodila šele v trenutku, ko so se prižgale kamere. Ključna sporočila, primeri, udarne misli – vse, prav vse mora biti pripravljeno vnaprej. Če želite, da bo spontano, morate biti še posebej dobro pripravljene. In če želite pred kamere poslati zdravnika, ki sicer ne nastopa, za božjo voljo, pripravite ga na medijski nastop. Ne iščite prostovoljca takrat, ko so novinarji že pred vrati. Vsaj nekaj dni ali ur prej mu povejte, kaj od njega pričakujete, in obnovite ključna sporočila, ki jih želite posredovati. Postavite zdravnika, ki sicer javno ne nastopa, priložnostno pred kamere, je neodgovorno in nevarno. Če se vodstvo tega ne zaveda, se mora takšnemu povabilu odreči vsaj zdravnik, če ga zdravstvena ustanova brez priprave pošilja v žerjavico po kostanj. Še nikomur, ki na medijski nastop ni bil pripravljen, namreč ni uspelo prinesiti kostanja, opeklo pa se jih je že veliko.

Naivno komuniciranje je nevarno

Zdravniki (velja tudi za vaše družinske člane in prijatelje), ne verjemite tistim, ki vas prepričujejo, da se v medijih skriva rešitev vaših težav, kakršnekoli že so. Še zlasti ne, če gre za vaše individualne težave. V petnajstih letih, kar intenzivno spremljam medije, se ne spomnim primera, da bi naivno medijsko izpostavljanje (torej brez priprave, brez načrta in brez strokovne komunikacijske pomoči) posamezniku prineslo kaj dobrega. Tudi medijske zgodbe, ki človeku morda prinesejo določeno materialno korist, niso tako nedolžne, kot se zdijo na prvi pogled. Gre za tip zgodbe o družini, ki se znajde globoko v revščini, medijska objava njihove zgodbe pa se dotakne bralcev/gledalcev do te mere, da družina naslednja dva meseca ne bo lačna. Toda za kakšno ceno? Družina je res pridobila nekaj tisoč evrov in pest makaronov, toda izgubila je vso zasebnost. Zdaj njihove družinske okoliščine (npr. odvisnost, duševna bolezen, revščina) pozna vsa Slovenija, še zlasti pa je nerodno, ker žalostna družinska zgodba postane tema meseca v vasi, kjer živi družina, v šoli, kamor hodijo otroci, in v službi, ki jo bo v naslednjih mesecih izgubil tudi mož. Praktično vedno se izkaže, da je morebitno hipno materialno olajšanje slaba kompenzacija za javno razgrnjena čustva, družinske zgodbe in osebno bolečino, s katerimi se hranijo bralci in mediji. Življenje sicer piše nenavadne zgodbe in včasih ne pušča veliko izbire. A ob prebiranju tovrstnih zgodb mi je vedno žal ljudi, ki v upanju na razrešitev lastne stiske naivno in z vso paleto čustev vstopajo v medijske zgodbe, pri tem pa nimajo nikogar, ki bi jih posvaril pred posledicami, ki jih medijska izpostavljenost teh dvojnih žrtev (lastne nesreče in nato še medijev) nedvomno prinaša. Podobno se tudi pravne osebe, torej zdravstvene ustanove, ne bi smele izpostavljati naivni komunikaciji z mediji (torej brez priprave, brez načrta in brez strokovne pomoči). Gre za pogost, a dokazano neučinkovit način komuniciranja, ki lahko zdravstveno ustanovo, vodstvo in zaposlene po nepotrebnem rani.

Mediji so lahko v pomoč

Misel »mediji so lahko v pomoč« je ena najbolj nerazumljenih in napačno interpretiranih. Ne pomeni namreč, da lahko računate na pomoč posameznega medija. Prav tako ne pomeni, da lahko računate na pomoč novinarja. Pomeni zgolj, da je lahko pozitivna medijska publiciteta (ki spet ni naključje, pač pa rezultat kakovostnega upravljanja odnosov z javnostmi, torej tudi z mediji) v dodatno pomoč pri doseganju ciljev zdravstvene ustanove in vodstva.

P. S. Primeri, ko vodstvo skupaj z zaposlenimi premalo pripravljeno vstopa v t.i. naivno medijsko komuniciranje, terjajo zelo debelo kožo, ki pride prav ob prebiranju medijskih objav. Te so vselej neusmiljeno zrcalo. Ne le zrcalo novinarja in medija.

Novice Urednice za učinkovitejšo 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.

Urednica.

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

Potrebuje nasvet?

www.urednica.si // damjana.pondelek@urednica.si // 041/773540

Popravek

V oktobrski številki Izide je bila na strani 29 pod naslovom Kakovost dela posameznih zdravnikov – drugi del (podnaslov QO19 Okulistika – operacija katarakte) nepravilno navedena zaposlitev Kristine Mikek.

Pravilno se glasi **Kristina Mikek, Morela okulisti, d.o.o.**

Se opravičujemo in prosimo za razumevanje.

Uredništvo

(Ne)varna primerjava

Nina Mazi

Primerjave so tvegana zadeva. Zlasti tiste tendenciozne, namenjene diskreditaciji. Pa tudi ostali poskusi primerjanja so večkrat neprimerni in nekoristni, še bolj pogosto pa nepotrebni, nevarni in škodljivi. S svojo brezkompromisno netaktnostjo in navidezno objektivnostjo so primerjave nevarne zlasti v primerih, ko skuša nekdo za vsako ceno primerjati hruške in jabolka na način, ki je daleč od objektivnega in verodostojnega, potem pa svoje »ugotovitve in spoznanja« predstaviti kot edine zveličavne in splošno veljavne. Ključni namen teh vseobsegajočih primerjav je zbegati (ciljno) javnost in ji zamegliti pogled, ji vsiliti določene poglede in mnenja, jo pridobiti na svojo stran in z njo manipulirati ali ji, v skrajnem primeru, celo »oprati možgane«. Značilno za tovrstne primerjave je, da nimajo prave strategije in ciljev (repa in glave) ter da se osredotočajo na element oziroma danost, ki je v določenem trenutku najbolj pereča oziroma aktualna.

Ko gre za zdravnike, predmet najrazličnejših primerjav, analitičnih in komparativnih študij že od nekdaj predstavlja denar (materialno bogastvo), nedavno pa se je zajetnosti mošnjička pridružila še dolžina dopusta. Stvar je popolnoma zgrešena, saj bistvo zdravnikovega delovanja in udejstvovanja (poklica in poslanstva) ni služenje denarja in kopičenje materialnega bogastva. Zdravnik si sicer zasluži plačo, in to dobro, vendar pa je poskus omejitve njegovega zahtevnega

poslanstva na golo prihajanje v službo in čakanje plače v nebo vpijoča sramota in eden od »smrtnih grehov« tistih, ki hočejo svojo (kvazi)avtoriteto brezkompromisno uveljavljati in utrjevati po načelu »deli in vladaj«. Običajno je strokovno sporen tudi poskus kategorizacije zdravnikov in klasifikacije zdravniškega poklica. Administrativno predalčkanje in birokratsko razvrščanje v razrede, kategorije, šifrirane skupine ipd. za vsako ceno se prej ali slej izkaže za jalovo početje. V prvem primeru predvsem zato, ker zdravniki že od vsega začetka (Hipokrata) sodijo v kategorijo, ki je zaradi značilnih posebnosti ni mogoče *ad hoc* primerjati danes s sodniki, jutri z menedžerji, pojutrišnjem z učitelji in poslanci, enkrat kasneje pa morda celo z »birokrati«. Čeprav se ravno slednji najbolj zavzeto ukvarjajo s ponesrečenimi kategorizacijami, skušajo prepričati in vedno znova dokazovati, da je zdravnike pač treba nekam umestiti – jih primerjati in preverjati, tudi in predvsem zato, da bi jih lažje obvladovali. Kdor ni »popredalčkan in kategoriziran«, vpisan v izbran stolpec in vnešen v natančno določeno vrstico, za birokratski sistem ni dostopen in dosegljiv – njegovi administrativni ukrepi ga (morda) ne bodo dosegli in bo še naprej lahko svobodno razmišljal, ravnal, raste in se razvijal. Svoboda pa je praviloma trn v peti vsem, ki prisegajo na načelo »deli in vladaj«. In ravno svoboda sodi med trojico nepogrešljivih oziroma nenadomestljivih temeljev zdravniškega poslanstva.

Osebna integriteta

/morala, etika – poštenost/

ZDRAVNIK

Strokovnost in ustvarjalnost

/znanje, izkušnje, kompetence – ZIK, ideje/

Svoboda

/neodvisnost, suverenost/

V zvezi z administrativno klasifikacijo zdravniškega poklica, ki naj bi bila namenjena predvsem »pravični, korektni« oceni zaslug ter z njo povezanim nagrajevanjem, delitvi privilegijev in bonitet, pa so mnenja že dolgo deljena. Čeprav je splošno znano, da kljub številnim poskusom doslej še ni na voljo ustrezne formule oziroma sistema, ki bi uspešno, strokovno in korektno urejal to področje, doslej še ni nihče pokazal, da je sposoben resne refleksije, in po njej glasno priznal, da se zadeva pač ne obnese. Raje še naprej stikajo glave, razpravljajo, soočajo svoja protislovna mnenja in snujejo nove možnosti primerjav, ki naj bi privedle do končne (zadovoljive ali vsaj sprejemljive) rešitve. Upoštevajoč navedena dejstva je več kot jasno, da so izgovori, da je zdravstvena blagajna prazna, proračun dokončno izčrpan in javnozdravstvena situacija v RS več kot zaskrbljujoča le zaradi previsokih osebnih dohodkov zdravnikov, neresnični in zavajajoči, obenem pa tudi žaljivi in arogantni. Kdor jih brez kančka vesti skuša še naprej širiti v javnosti, se bo prej ali slej zapletel v lastno zanko, v skladu s staro modrostjo »kdor drugemu jamo koplje...«

Značilno za človeštvo je, da se že od praskupnosti dalje rado primerja (in s tem vsaj posredno tudi preverja, kaj pomeni in koliko velja), zato želja in težnja po komparativizmu sega na različna področja in nivoje (v poslovnem svetu se je v preteklem stoletju uveljavil pojem »benchmarking«. Ki pa seveda velja le za primerjanje primerljivega.). Tako je tudi strokovno utemeljena, pozitivno naravnana in ciljna primerjalna analiza intelektualnih poklicev v sodobnih demokratičnih in razvojno naravnanih družbah smiselna in utemeljena, potrebna in koristna. V tem smislu je upravičena in utemeljena tudi tolikokrat poudarjena in zaželena primerjava zdravnikov in sodnikov. Za ilustracijo si oglejmo nekaj zanimivih spoznanj, ugotovitev in dejstev, ki govorijo v prid tovrstnim primerjalno-analitičnim pristopom in brezkompromisno terjajo pravo mero zdrave presoje.

- Zdravniki in sodniki skrbijo za posameznika in družbo – delujejo v splošno, javno dobro.
- Oba poklica se morata nenehno učiti – izobraževati, izpopolnjevati in usposablјati. Na bolj zahtevnih področjih morajo biti strokovnjaki (zlasti zdravniki, pravniki, znanstveniki, pedagogi) maksimalno opremljeni s faktografskim znanjem.
- Poleg strokovnega razvoja so pri obeh njuno potrebni tudi osebna rast, razvoj in napredek.
- Za uspešno delovanje obeh poklicev je nujno potrebna tudi zvrhana mera socialnega čuta in človečnosti.
- Delovanje zdravnikov in sodnikov že od nekdaj presega pojem in koncept običajnega dela in službe, zato ga je treba definirati in obravnavati kot poslanstvo.
- Podobno kot zdravnik nikoli ne sleče bele halje, tudi sodnik nikoli popolnoma ne odloži svoje toge.
- S svojim delovanjem dober zdravnik in sodnik zaslužita in dajeta družbi veliko več, kot ju je ta pripravljena plačati (del njunega poslanstva je že od nekdaj zaznamovan z voluntarizmom).
- Zdravnik in sodnik se soočata z ljudmi v (najhujših) težavah in stiskah – dolžna sta jim pomagati, zato je njuno poslanstvo tako pomembno (nenadomestljivo), zahtevno in občutljivo.
- Oba poklica se nenehno razvijata in spreminjata; dobivata nove vsebine in funkcije (menedžerske, finančne, družbeno-politične), njuno temeljno poslanstvo pa ostaja nespremenjeno – zato se soočata z vedno bolj zahtevnimi izzivi in večjimi obremenitvami.
- Oba poklica sta pri svojem delu vedno bolj obremenjena tudi in predvsem zaradi naraščajoče administracije oziroma zaradi težnje po njuni birokratizaciji.
- (Ne)delovanje zdravnikov in sodnikov je neposredno povezano z materialno blaginjo in blagostanjem naroda. Neposredno ali vsaj posredno sta prisotna v vseh porah gospodarstva in družbe.
- Za neobremenjeno, uspešno in učinkovito delovanje obeh poklicev je nujno potrebna brezkompromisna svoboda, neodvisnost in suverenost.
- Zdravnikom in sodnikom je treba zagotoviti optimalno delovanje v korist uporabnikov (družbe), ne glede na morebitno pomanjkanje materialnih sredstev.
- Delovanje (udejstvovanje) obeh poklicev je pod nenehnim budnim očesom stroke, uporabnikov, širše javnosti (družbe), financerjev in politikov.
- Zdravnik in sodnik se morata biti pripravljena in sposobna hitro prilagajati spremenjenim razmeram, zahtevam in pogojem.
- Ključni predpogoji za uspešno opravljanje zahtevnega poslanstva zdravnika in sodnika terjajo visok inteligenčni (IQ), čustveni (EQ) in socialni (SQ) količnik.
- Za oba poklica sta značilni poklicna zvestoba in lojalnost; zdravnik oz. sodnik, ki ima razumevajočega predstojnika in se med sodelavci dobro počuti, zaradi nekaj dodatnih evrov ne bo zamenjal službe.

- S pomočjo obeh poklicev so si številni povzpetneži skušali doslej pridobivati ugled in veljavo, krepiti položaj in nabirati politične točke.
- Nobenega od obravnavanih poklicev ni mogoče brezkompromisno strpati v določeno kategorijo in administrativno klasificirati brez kolateralne škode.
- Zdravniki in sodniki že od nekdaj uspešno in učinkovito sodelujejo. Relativno redki pa so primeri »vzajemne interdisciplinarnosti«, kar v praksi pomeni, da ima malo zdravnikov na voljo obilico pravnega znanja (kot legendarni prof. dr. Janez Milčinski), še manj pa je sodnikov z obilico medicinskega znanja.
- Zdravnikov in sodnikov ni mogoče obravnavati kot mezdnih delavcev.
- Nihče od zdravnikov ali sodnikov svojega poslanstva ne opravlja le oziroma izključno zaradi materialne nagrade (plače), marveč si prizadeva tudi za moralno priznanje, zadovoljstvo pri delu, družbeno blaginjo ipd.
- Delovanje in uspeh obeh poklicev temelji na zaupanju uporabnikov in javnosti. Pomembno pa je tudi zaupanje financerjev in vlade. (Prav zaupanje pa je pri spornih primerjavah najbolj ogroženo.)

Kljub vsemu naštetemu pa je rutinska primerjava zdravnikov in sodnikov nesprejemljiva (dejansko tudi nepotrebna in nesmiselna). Nihče ne more namreč *ex cathedra* določiti, da je zdravnik več vreden od sodnika in/ali obratno. Sicer pa se vrednost posameznika ne določa le z višino dohodka (plače), ki ga zdravnik oziroma sodnik prejema za svoje delo. Mesečni osebni dohodek je le simbolično (pogosto prenizko) nadomestilo, ki ga predstavniki obeh poklicev prejema za svoje delovanje. Skandinavski strokovnjaki poudarjajo, da človekova vrednost nikakor ni enaka plači, ki jo prejema za svoje poklicno delo. Osebni dohodek (OD) je le trenutna, začasna cena, po kateri ga delodajalec najema in kupuje. Posameznikovo dejansko vrednost predstavljajo njegovo znanje, izkušnje, kompetence (ZIK), ideje, darovi, zmožnosti in vrline. Teh pa se marsikdo sploh ne zaveda, podjetja jih ne zmorejo prepoznati in izkoristiti, zato so ljudje običajno plačani veliko manj, kot so dejansko vredni. Temu primerno pa tudi delujejo pod svojimi zmožnostmi – ustvarjajo dodano vrednost, ki ne dosega niti optimalne, kaj šele maksimalne. V številnih organizacijah ostanejo inovacijski potenciali neizkoriščeni, ker zaposlene obravnavajo, vrednotijo in upoštevajo le na podlagi vsebine njihove plačilne kuverte. V družbi, ki blagostanje gradi na informacijah in znanju – intelektualnem kapitalu (IK), bo moral posameznik (zdravnik, sodnik) več pozornosti posvetiti svojemu »osebnemu IK« in ga tudi čim bolj domiselno promovirati in tržiti. Seveda pa je primerjava plač zdravnikov

in sodnikov povsem legalna in legitimna. Tako kot je mogoče primerjati plače poslancev in učiteljev, frizerjev in avtoprevoznikov, je mogoče primerjati tudi osebne dohodke zdravnikov in sodnikov. V vsaki demokratični družbi so tovrstna plačna razmerja pomemben pokazatelj razmer, čeprav z njimi kljub temu ne gre pretiravati oziroma jih šteti za zveličavna.

Obsodbe vredne pa so primerjave, ki botrujejo jezi in nezadovoljstvu zdravnikov oz. sodnikov, uporabnikov njihovih storitev, financerjev in ostale javnosti. Ki sejejo dvom, nezaupanje in nenaklonjenost med člani zdravstvene oziroma pravosodne verige v državi. Špekuliranje z izmišljenimi zneski in manipuliranje s plačilnimi razredi, o katerih glavnina javnosti, kateri je »napihnjeni komparativizem« namenjen, ne ve ničesar, je jalovo in nevarno početje, ki mu je treba čim prej stopiti na prste.

In ker ima vsaka medalja dve plati, to velja tudi za primerjave – tudi te se lahko izkažejo za pozitivne. Ker zdravnikom/sodnikom posvečajo več pozornosti, pristojne in družbo v celoti opozorijo na njihov obstoj in delovanje, prizadevanja in težave. Navedejo k iskani odgovorov na ključna vprašanja: Ali so zdravniki/sodniki za svoje delo resnično premalo nagrajeni? Bi morali za svojo izobrazbo in zahtevnost dela zaslužiti več? Bodo zdravniki po zvišanju plač bolj prijazni do bolnikov in sodniki do strank? Bodo čakalne vrste v zdravstvu zato krajše? Bodo sodniki zmanjšali sodne zaostanke? Bo zvišanje OD dejansko povečalo učinkovitost in konkurenčnost poklicev, ki razmišljajo o stavki? Bodo z bolj obetavnimi plačilnimi seznamami postali boljši, bolj uspešni in učinkoviti? Bodo zdravniki rešili več življenj, bodo sodniki sodili pravičnejše, bodo oboji manj uradni, zvišeni in nedostopni? Obenem pa zdravnike in sodnike mimogrede spodbudijo k samorefleksiji. Tako lahko vsakdo sam pri sebi razmisli in preveri, ali je dovolj človeški, strokovno podkovan, moralen, prijazen do bolnikov (uporabnikov), predan svojemu delu, zavzet pri študiju, lojalen do svojega delodajalca, iskren do svojih najbližjih, naklonjen svojim sodelavcem, ekološko usmerjen, odprt za nove možnosti in priložnosti ter zvest svojemu stanu (zdravniškemu »cehu«). Zdravnik, ki ne bo pripravljen razpravljati le o plači in dopustu, marveč bo znal v najbolj zahtevnih trenutkih dostojanstveno stopiti v bran poslanstva, ki ga je sprejel s Hipokratovo zaprisego, bo s svojo dobrohotno in pokončno držo pokazal, da je imun na malverzacije, povezane s tendencioznim primerjanjem.



Prof. dr. Rajko Kenda, dr. med.

Marjan Kordaš

Rajko Kenda je diplomiral leta 1976 na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Specializacijo iz pediatrije je opravil leta 1983, doktoriral leta 1992, redni profesor je od leta 2006, predstojnik Nefrološke klinike Pediatrične klinike (kasneje Kliničnega oddelka za nefrologijo) od leta 1994, strokovni direktor Pediatrične klinike od leta 2009.

Med svojim zadnjim obiskom pri Vas sem med pogovorom opazoval slike na Vašem računalniku. Lahko bi jih poimenoval Prizori iz življenja Rajca Kende. Tri vprašanja: Kaj je smisel življenja? Ali je poklic del smisla življenja? Kaj je tisto, kar pri zdravniku utegne iz poklica narediti poklicanost?

Ob vprašanju, kaj je smisel življenja, so se mojstrili že mnogo večji misleci od mene in najbrž ni nihče presegel (vsaj deloma) subjektivne ocene. Veliko je primerov, ko poklic ni smisel življenja, marveč zgolj želja po preživetju, z malo sreče na način, ki človeku predstavlja zadovoljstvo in izpolnitev njegovih pričakovanj. Zadnje vprašanje bi raje obrnil in vprašal, kaj iz poklicanosti utegne narediti poklic. Tu je odgovor jasn: želja, pomagati ljudem v stiski, in veliko je poklicev, ne samo zdravniški, ki takšni poklicanosti zadostijo.

Moja teorija je, da je za odraslega slabo, če pozabi, kakšen je bil kot otrok. Komentar?

Seveda, mislim, da je to zelo slabo. Otroštvo je obdobje, ko zorimo, ko si nabiramo izkušnje za takrat, ko bomo veliki, in

»kroglic pregelk, da bi nikoli ne postal velik« (Pika Nogavička), kljub razcvetu farmacevtske industrije žal še ni na tržišču. In hkrati je to obdobje velikih pričakovanj in prepričanja, kako je vse lepo in dobro, pa tudi razočaranj, ko spoznamo, da temu ni vedno tako. Spominjam se, kako sva z bratom dvojčkom v prvem razredu z vsem žarom prepričevala sošolce, da Dedek Mraz je in so se nama vsi smejali. In sva prišla domov po podporo in se nama je podrl svet, ko so nama povedali resnico. Tega ne pozabiš vse življenje in paziš, da svojemu otroku prihraniš takšno razočaranje. Skratka, obdržati v srcu velika pričakovanja in iz izkušenj obvarovati svoje otroke hudih razočaranj je dar, ki ga imajo le redki.

Zdravnikov objekt študija je hkrati subjekt. Domnevam, da je pri pediatru še bolj pomembna zavest, da je njegov pacient tudi subjekt.

Tudi tokrat bi stvari raje obrnil. Pacient mora vedno biti subjekt. Objekt pa le v toliko, da odrineš svoje občutke in se mu posvetiš na način, kot ga predpisuje stroka.

Od zdravnika se pričakuje, da dobro dela. Medtem ko ta pojem ostaja neopredeljen, ostajajo docela v ozadju tudi razmere, ki so nujne, da zdravnik lahko dobro dela. Kaj je torej dobro delo zdravnika? Kakšne morajo biti razmere, da se to omogoči?

Gre za dvoje med seboj usodno prepletenih elementov: zdravnik in pogoji dela. In pahljača sega od slabega zdravnika v slabih

pogojih do dobrega zdravnika v dobrih pogojih. Pa je tu še vmesna dilema o dobrem zdravniku v slabih pogojih in slabem zdravniku v dobrih pogojih. Odgovor je jasen: imeti (vzgojiti, izobraziti) čim boljšega zdravnika in mu omogočiti razmere za dobro delo sta nalogi, ki opredeljujeta kvaliteto predstojnika.

Neki zgodovinar mi je nekoč razlagal, da je *kompromis temelj človekovega delovanja in bivanja. Da dober kompromis med dvema partnerjema (npr. dobra zveza med moškim in žensko) obema lahko da celo več, kot pričakujeta ali zahtevata. Kaj menite o tem? Zakaj gre v naših razmerah – tako se mi zdi – skoraj vedno za *slab kompromis*, ko se vsak od partnerjev mora nečemu odpovedati?*

Veliki slovar tujk besedo kompromis opredeli kot »dogovor, dosežen z obojestranskim popuščanjem«. In zdi se logično, da vsaka stran popusti v pričakovanju, da bo končni iztržek večji od žrtve. V takšnem primeru je torej kompromis dober, lahko pa se seveda zgodi, da smo se nasmolili. In ne vem, od kod vam misel, da ravno v naših razmerah skoraj vedno potegnemo »ta kratko«.

Toscana, maj 2009



Uvajate revolucionarno novost, da se sestanki začenejo točno ob napovedani uri. Ali Vam to uspeva? Vas morda že kdo posnema?

Ne vem, zakaj temu pravite novost, kaj šele, da bi bila revolucionarna. Gre pa pri tem za dvojne vidikov, naštel ju bom po naključnem vrstnem redu. Prvič, gre za racionalno izrabo časa; če namreč deset ljudi enajstega čaka 15 minut, to ne pomeni izgube 15 minut, marveč 150 minut. In drugič, kar se mi zdi pomembnejše, gre za omalovažujoč in nesprejemljiv odnos do kolegov, ki jih pustiš čakati, skratka za stvar osebne kulture. In zadeva je jasna od prvega dneva dalje, ko sem o tem povedal svoje stališče, in »zamučnikov« praktično ni več.

Temeljna načela pri reševanju naloge v stopnjah ste mi povedali že večkrat, tako da sem si jih končno zapomnil:

- »1) Najprej pretehtati, ali se res moram naloge lotiti;
- 2) če se nalogi ne morem izmakniti, velja premisliti o najlažjem načinu reševanja;
- 3) nato poiskati nekoga, ki se bo naloge lotil namesto mene; in
- 4) ko se delijo kolajne, moram biti prvi v vrsti. «

Ko poslušalec dojame hudomušnost, dojame tudi sporočilnost stopenj. V prvih treh gre za organizacijo dela ter logistiko. Kako pa je z delitvijo kolajn?

Me veseli, da vidite, da je stvar pravzaprav resna, in hudomušnost, kot ji pravite, je že v tretji točki, ki v resnici pomeni, da mora vsako delo opraviti nekdo na najnižji stopnji prehrabene verige, še usposobljen za takšno delo. In s četrto točko, delitvijo kolajn, želim poudariti tisto, kar je pogosto podcenjeno, namreč dejstvo, da so ideja, vodenje in koordiniranje najzahtevnejši deli vsakega projekta in sta od njih odvisna uspeh ali polom.

Med najinim intervjujem pred skoraj 10 leti ste med drugim povedali tole: »...ti pa verjameš, da gre za dobro reč, ne le zate, temveč tudi za tvoj oddelek, za tvojo stroko, za mlade in za podrejene, takrat je zelo dobro, da v tistem trenutku, pred tem ko zavpiješ "na juriš", preden skočiš iz jarka, da se še enkrat ustaviš in prešteješ, kdo je res za tabo. Povratna zanka je pomembna zato, da se ne znajdeš sredi čistine sam, ostali pa sedijo v jarku in si vrtajo po nosu.« Tako se mi zdaj zdi, da je za Vami vedno bilo kar nekaj sodelavcev. Komentar?

Ja, to misel bi zlahka ponovil tudi danes, je še vedno aktualna. In res je, nekaj jih je bilo vedno, četudi samo za vzorec. Najbrž si domišljam, ampak verjamem, da bi jih bilo danes več.

Nekje sem prebral, da »Kjer vsi mislijo enako, nihče ne misli mnogo.« V tej luči berem zdaj zapisnik pred sabo, iz *dobrih, starih časov*. Ena točka se glasi takole: »Prof. dr. Kenda je zaprosil, da se nabavi kolo in čelado. Prošnji ni bilo ugodeno«. Očitno je Rajc Kenda v tistih časih - v primerjavi z ostalimi navzočimi - drugače razmišljal. Kako torej zdaj ukrepate, ko naletite na *drugače razmišljajočega* človeka?



Maroko, 2007

Res je. Pogosto moje mnenje ni bilo sprejeto z navdušenjem. In še danes me veseli, da to nikoli ni bil razlog za to, da ga ne bi povedal, pogosto sem ga moral tudi pisno oblikovati, da je bilo korektno zavedeno v zapisnikih. Takrat sem odkril »enačbo«, ki pravi, da je produkt iz jajc in možganov konstanta. In to je trda šola, iz katere se naučiš pozorno prisluhniti tistim, ki se s tabo ne strinjajo. In se izkaže, da imajo pogosto prav in vedno bolj cenijo, da njihova obvelja.

Ko ste se potegovali za strokovnega direktorja (nove) Pediatrične klinike, ste v mislih prav gotovo imeli vsaj en strateški cilj. Kaj je ta strateški cilj? Kakšno taktiko boste ubrali, da ga boste dosegli?

Čas, ko sem postal strokovni direktor, je slučajno sovpadel s preselitvijo v novo zgradbo. In sem ob nastopnem govoru jasno povedal, kako se zavedam, da se zgodovina slovenske pediatrije ni pričela z mojim »direktorovanjem«, marveč gre za proces, dolg desetletja, pravzaprav nekaj stoletij. In da so novi zidovi in nova oprema zgolj okvir, v katerem moramo isti ljudje v boljših pogojih delati bolje. Kako to doseči? Prepričati ljudi, da v to verjamem tudi sam, in dokazati, da so spremembe mogoče.

Koliko časa Vam zdaj, ko ste strokovni direktor Pediatrične klinike, še ostaja za kolesarjenje in tek? Še vedno zmorete nogo zatakni za vrat? Ali s tem še vedno znate razveseliti kakega malega pacienta?

Časa za tek in kolo in srfanje in smučanje in kar je še tega, je še vedno dovolj, tako kot zadnjih 40 let, ampak zanka je drugače. Ne gre za čas, ki ostaja, kot si prestavlja večina ljudi, ki meni, da je to dejavnost, s katero se ukvarjaš, kadar res ni ničesar drugega,

kar bi lahko počel. Gre za čas, ki si ga vzameš zavestno, ker si prepričan, da je to dragocen čas, namenjen temu, da uživaš in si zadovoljen sam s sabo. Pa tudi za čas, ki je priložnost, da razmišljaš in se otreseš vsakodnevnih problemov.

Veliko je ljudi, ki uspejo dati nogo za vrat, tistih, ki jo zataknejo za svoj vrat, je že veliko manj, pri mojih letih pa nas je verjetno le še peščica. Žal pa je res, da so priložnosti, priti med bolnike in zganjati kakšne vragolije, vedno bolj redke. In to najbolj pogrešam.

Moj učitelj, prof. Župančič me je učil, da ni pomembno, koliko časa tičim v laboratoriju. Pomembno je le, da je delo ne le opravljeno, temveč tudi dobro opravljeno. Kako komentirate to s stališča strokovnega direktorja Pediatrične klinike, ki je ne le velikanski, temveč v nekem smislu tudi tvegani pogon?

Mnenju akademika prof. Zupančiča sem že pred leti dodal zaključno misel: » ... in bog ne daj, da bi to delo moral opraviti jaz«. In sem pri tem naletel na negodovanje nekaterih kolegov, češ, da gre za stališče delomrzneža. V resnici pa sem želel poudariti zgolj to, da sta pomembna dobra organizacija in vodenje. Z drugimi besedami, od dobrega trenerja ne pričakujemo, da bo sam letal po igrišču, marveč, da njegovo moštvo zmaga.

Slavna preteklost – k naslovnici revije

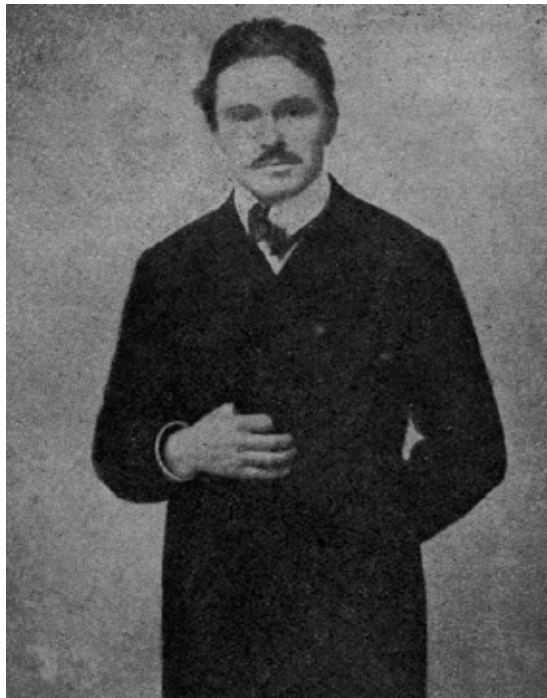
Prof. dr. Janez Plečnik in memorialni sestanki v njegov spomin

Tomaž Rott

Janez Plečnik se je rodil 3. junija 1875 v mizarski družini s petimi otroki Andreja Plečnika s Hotedršice (29. december 1835 – Ljubljana, 9. april 1891) in Ljubljančanke Helene Molka (Ljubljana, 2. april 1831 – 7. junij 1899). Najstarejša od otrok je bila sestra Marija, por. Matkovič (+ 5. december 1929), sledili so trije od Janeza starejši bratje, Andrej (Ljubljana, 23. oktober 1866 – Repnje pri Vodichah, 1931), Rudolf in Jože (Ljubljana, 23. januarja 1872 – Ljubljana, 7. januarja 1957). Rudolf je umrl v zgodnji mladosti. Med dosegljivimi viri zanj ni podatkov niti o letu rojstva (kot tudi ne za sestro Marijo) niti o letu smrti. Plečnikovi so živeli v Gradišču, ki je bilo tedaj še predmestje Ljubljane.

Družina ni bila nikoli premožna, živeli so od očetovega težko prisluženega kruha, ki je moral zadoščati tudi za šolanje starejšega brata. Jože je o starših zapisal: »Moj oče je bil »mali« mojster, tiste vrste mojster, ki je še sam delal od zore do mraka, od mraka do dne. Ko je moja mati zjutraj točno ob sedmih postavila na mizo zajtrk, je že tudi prvo jutranjo mašo opravila, delavnica pa je že eno uro delala«. Starša sta bila globoko verna in sta otroke vzgajala v duhu, ki ga je Jože opisal: »Zakon teh dveh svetnikov je bilo eno samo izmučeno telo, toda z dvema celima kriloma«. Skupno večerno družinsko molitev rožnega venca je oče navadno končal s pomenljivimi besedami: »Molimo za zdravo pamet«, kot o družini Jožeta Plečnika piše Tino Mamič. Starše so pokopali na nekdanjem pokopališču sv. Krištofa. Ko so staro ljubljansko pokopališče opustili, se je med redkimi grobovi, ki so ostali na prvotnem mestu v sedanjem spominskem parku Navje, ohranil tudi grob Plečnikovih staršev z nagrobnikom v obliki majhnega obeliska. Park so uredili v letih 1937 in 1938.

Janez je ljudsko šolo obiskoval na Grabnu v Ljubljani, gimnazijo z maturo je dokončal leta 1893. Medicino je študiral na Dunaju in bil proglašen za doktorja vsega zdravilstva 23. marca 1909. Specializiral je na svetovno znanem patološko-anatomske inštitutu dr. Antona Weichselbauma. Sodeloval je z asistentom dr. Karlom Landsteinerjem (1868–1943), ki je odkril krvne skupine. Landsteiner je leta 1900 v epruveh zmešal vzorce krvi svojih sodelavcev, pred tem pa je ločil krvne celice od seruma. Po mešanju seruma nekaterih sodelavcev z eritrociti preostalih je ugotavljal zlepljanje oz. aglutinacijo eritrocitov. Rezultat je bil presenetljiv zato, ker je podoben poizkus že leta 1875 opravil Leonard Landois, vendar na krvi živali, reaktivnost pa je opazil samo po mešanju krvi različnih živalskih vrst. Plečniku in še laborantu Zaritschu so kot prvima na svetu dokazali krvno skupino B. Landsteiner je za različne tipe reaktivnosti krvi uporabil izraz krvna skupina,



Janez Plečnik v mlajših letih

odkril je tri krvne skupine, ki jih je poimenoval A, B in C (današnja 0) in svoja opažanja objavil leta 1901. Njegova kolega Alfred von Decastello in Adriano Sturli pa sta leta 1902 odkrila še četrti tip reaktivnosti, krvno skupino AB. Landsteiner je leta 1930 za svoje pomembno odkritje prejel Nobelovo nagrado za medicino in fiziologijo.

Mimogrede: slovenski krvodajalci imajo krvno skupino A v 40 odstotkih, 0 v 38 odstotkih, B v 15 odstotkih in AB v 7 odstotkih. Zanimivo je tudi, da krvodajalci po svetu letno darujejo 80 milijonov enot krvi, vendar je le 38 odstotkov krvi zbrane v državah v razvoju, kjer sicer živi 82 odstotkov prebivalstva.

Do vrnitve v Ljubljano je Janez Plečnik nekaj časa delal kot asistent v Černovicah, v Ljubljani pa od leta 1905 sprva kot jetniški zdravnik in sodni izvedenec, od leta 1917 pa kot prosekter v ljubljanski deželni bolnici. Anton Dolenc je poročal, da je Janez Plečnik med drugim opravil obdukciji med demonstracijami 20. septembra 1908 ustreljenih 15-letnega Ivana Adamiča in 22-letnega Rudolfa Lundra. Ti obdukciji sta sicer po današnjih merilih le parcialni, osredotočeni na strelne poškodbe. Zanimivi pa sta zaradi besedišča, ki ga je Plečnik uporabil pri opisu najdb (nadkožnica za povrhnjico, duplina za votlino, zgornja in srednja krpa pljuč za zgornji in srednji režanj pljuč, delti podobne mišice za deltoidne mišice, mečje za vezivo, mehko tkivo, nadlehtnica za nadlaktnico, bolesterne spremembe za bolezenske spremembe, sopilnik za sapnik itd.). Plečnikovo znanstveno delo je bilo usmerjeno v raziskave strukture nadledvične žleze. V laboratorijski tehniki pa je vpeljal tetraklorogljik kot vmesno tekočino pri izdelavi parafinskih histoloških preparatov.

Plečnik je bil poleg dr. Alfreda Šerka, dr. Lojza Kraigherja, Ivana Oražna in še drugih ena ključnih osebnosti pri ustanovitvi nepopolne Medicinske fakultete v Ljubljani. Leta 1919 je postal izredni, leta 1920 pa redni profesor anatomije. Predaval je anatomijo, hkrati pa je bil prosekter. Kot profesor je bil priljubljen in njegova predavanja so bila dobro obiskana. Anatomijo je predaval 22 generacijam medicincev, pravnikom pa sodno medicino. V letih 1922/23, 1932/33 in 1938/39 je bil dekan Medicinske fakultete, kar 14 let pa tudi njen prodekan. Prizadeval si je za gradnjo anatomskega inštituta, kot tudi inštitutov za biologijo, fiziko, kemijo, histologijo in fiziologijo ter medicinsko knjižnico, ki so bili po besedah dr. Lojza Kraigherja potrebni za novoustanovljeno medicinsko fakulteto.

Janez Plečnik je zelo pomemben pri oblikovanju medicinskega, predvsem anatomskega besedišča. Seveda pa ne moremo mimo vsega predhodnega truda pri njegovem oblikovanju, ki so ga terjale že praktične potrebe. Prvi medicinski zapisi v slovenščini sicer segajo v 17. stoletje, zanimivo je, da gre za ljudskomedicinska zapisa, od katerih je eden padarski recept zoper moško impotenco iz okoli leta 1640, drugi pa zagovor zoper kačji pik. Ohranjene so tudi ljudskomedicinske bukve iz leta 1750, ki jih je napisal učitelj, mežnar in organist Andrej Koliher iz Labotske doline na Koroškem. Imele so že kar bogato besedišče. Kasneje so slovenska medicinska besedila za preprosto ljudstvo opisovala prvo pomoč pri različnih nezgodah, nekaj terminoloških zapisov pa je zahtevala potreba slovenskega uradovanja. Antona Makovica (1759–1802) imajo za prvega Slovenca, ki je pospešil razvoj porodniške stroke in utemeljil slovensko medicinsko slovstvo, ki se je kasneje tudi ohranjalo in razvijalo v več knjigah, namenjenih babištvu in porodništvu. Sledili so bolj ali manj posrečeni poskusi uvajanja medicinske terminologije, med drugim Petra Dajnka (1787–1873), dr. Matije Preloga (1813–1872), dr. Jožeta Vošnjaka (1834–1911), dr. Jožeta Rakeža (1865–1943), dr. Janeza Bleiweisa (1808–1881), ne nazadnje Antona Martina Slomška (1800–1862) in še mnogih drugih.

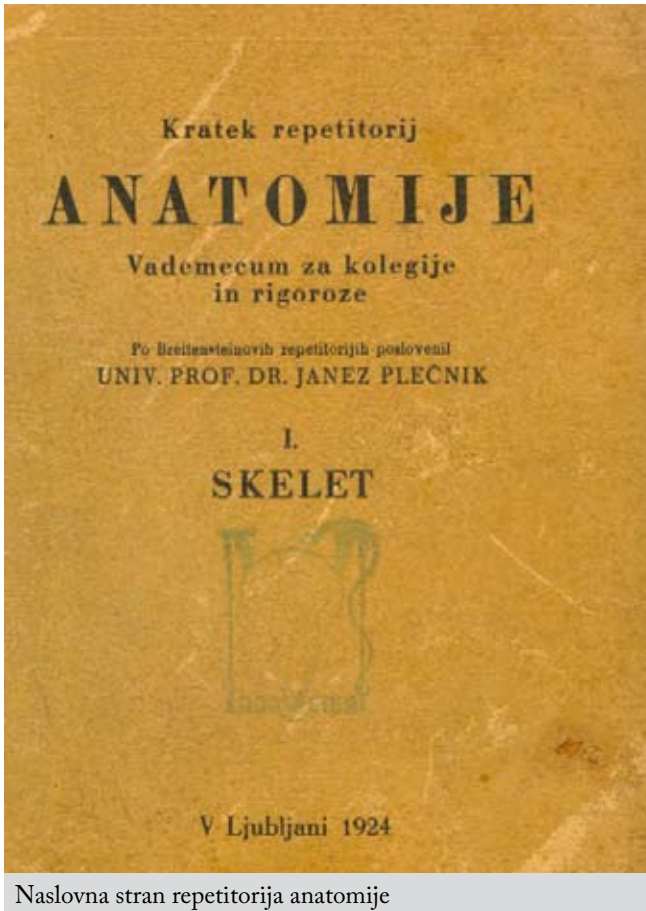
Prav na pobudo Janeza Plečnika je bila že pred ustanovitvijo nepopolne medicinske fakultete pri Slovenski matici ustanovljena medicinska terminološka komisija. Plečnik je namreč leta 1908 v

Društvu zdravnikov na Kranjskem predlagal izpopolnitev slovenske medicinske terminologije. Zdravniki naj bi zapisovali primerne slovenske besede, nabrano gradivo pa naj bi proučeval poseben odbor, v katerem so bili poleg Plečnika še psihiater dr. Fran Göstl, prosekter dr. Alojzij Homan, kirurg dr. Josip Stojc (kot predsednik) in internist ter specialist otorinolaringologije dr. Demeter Bleiweis Trsteniški. Leta 1909 pa so v društvu izvolili Odsek za latinsko-slovensko in slovensko-latinsko terminologijo, ki sta se mu pridružila slavist Fran Ilešič za Slovensko matico in predstavnik društva inženirjev inž. kem. I. Turk. Odsek naj bi vzbujal slovenske zdravnike k objavljanju slovenskih strokovnih razprav in referatov in zbiral iz obstoječih naravoslovnih in medicinskih spisov že priznane in udomačene besede.

Anatom Anton Širca in histolog Radivoj Ozvald v svojem prispevku iz leta 1984 prištevata med utemeljitelje slovenskega anatomskega izrazja poleg Janeza Plečnika še nevropsihiatra dr. Alfreda Šerka in histologa dr. Alijo Koširja. Na leta 1919 novoustanovljeni sicer nepopolni medicinski fakulteti so vsi trije orali ledino na besedotvornem področju, saj je bilo treba slovensko izrazoslovje iz anatomije in histologije v veliki meri ustvarjati na novo. Medtem ko je bil Šerko bolj naklonjen fonetičnemu zapisovanju izvornih latinskih izrazov, sta si Plečnik in Košir predvsem prizadevala uvajati izvorne slovenske izraze. Tedanjim študentom ob ustanovitvi medicinske fakultete še niso mogli ponuditi ustrezne slovenske literature. Alfred Šerko, ki je leta 1919 postal profesor za nevrologijo in psihiatrijo in medicincem predaval o živčevju, je leta 1924 napisal učbenik o anatomiji, leta 1925 pa o fiziologiji živčevja. Alija Košir je na fakulteti že leta 1920 poučeval histologijo in embriologijo in bil leta 1923 izvoljen za docenta te stroke. Leta 1927 je napisal krajši učbenik anatomije, ki pa je bil namenjen izobraževanju telovadcev.

Plečnikovo prizadevanje za oblikovanje anatomskega besedišča je obrodilo sad v »prevodu« anatomskega priročnika »Kratek repetitorij anatomije – Vademecum za kolokvije in rigoroze. Po Breitensteinovih repetitorijih poslovenil univ. prof. dr. Janez Plečnik«, ki je izšel v šestih snopičih v letih od 1924 do 1928. V uvodu knjige je Janez Plečnik med drugim zapisal: »Med delom sem strmel nad bogastvom, gibkostjo ter silo materinega jezika. Sposobnost jezika izražati pojme koncizno, kaže na moč naroda pojme tudi tvoriti. Rojevanje pojmov (in ustvarjanje izrazov) je pa to, kar imenujem svobodno življenje naroda.«

O pravem prevodu anatomskega priročnika ne moremo govoriti, saj je moral iskati in večkrat sam kovati izraze za anatomske pojme, bolj ali manj uspešno, kar je pokazal čas. Zato lahko repetitorij ocenimo kot izvorno delo. Pri oblikovanju medicinskega besedišča se je Plečnik močno opiral na Pleteršnikov slovar (1894–1895), po ustanovitvi fakultete pa je tudi skupaj s študenti iskal in zbiral ustrezne slovenske ljudske izraze za organe in telesne dele, nekatere pa je moral poimenovati sam. Ohranjena je njegova abecedna kartoteka anatomskega izrazov s približno 1500 gesli. Pod naslovom »Narejenke« pa hranijo na Anatomskem inštitutu v Ljubljani še posebno zbirko 400 slovenskih izrazov, ki niso bili nikoli natisnjeni. Mnogi anatomske izrazi, ki jih je koval



Naslovna stran repetitorija anatomije

podobno kot ostala dva utemeljitelja slovenskega anatomskega izrazja, Šerko in Košir, so se uveljavili: celica, pletež, ud, žrelo, pajčevinasta mrena, siva in bela možganovina, pečica in oporek, ozko in široko črevo itd.

Nekateri pa so se izkazali kot neustrezni in se niso uveljavili: npr. odeje za možganske opne, bobnilo za bobnič, hrbtve mišice za mišice hrbta, scalni mehur za sečni mehur, loputica za poklopec itd. Med slednjimi je tudi beseda brana za mreno. Beseda je iz Pleteršnikovega slovarja, na katerega se je Plečnik rad opiral, verjetno pa izvira iz Rezije. Zato je mogoče sklepati, da je beseda nastala iz italijanske besede membrana. Zanimive so tudi sicer neuveljavljene Plečnikove besede. Razlikoval je med čutili (Sinneszellen) in čuteži (Sinnesorgane): med slednjimi je poimenoval tipež (koža), slajež (jezik), vonjež (nos), slišoš (uho) in videž (oko), kot je leta 1984 zapisal Jakob Müller.

Plečnikovi anatomski in medicinski izrazi so dvignili dosti prahu, še po njegovi smrti tudi pri dr. Mirku Črničju, ki se je že zgodaj kot medicinec in kasneje kot zdravnik dokaj intenzivno ukvarjal z medicinskim jezikom. Kljub velikemu delu, ki ga je v korist medicinske terminologije opravil s svojimi poljudnimi knjigami (npr. Telesni naš postanek, razvoj in konec, Gorica, 1910) in kasneje s knjigami o medicinskem jezikoslovju

(Klinični besednjak – »Klibes«, Ljubljana, 1941, Slovenska zdravstvena beseda, Maribor, 1947 itd.), pa je bil precej nepopustljiv v svojih stališčih. To je še posebno odsevalo tudi v sporu s patologom prof. Hribarjem.

Plečnik je poleg oblikovanja slovenskega medicinskega jezika s svojimi poljudnimi članki izobraževal širšo javnost. Že leta 1906 je v reviji Dom in svet objavil članek o kačjem strupu, leta 1907 pa prispevek o vročinski bolezni ali legarju. Sledili so strokovni članki v Lječniškem vjestniku, ki je bil tedaj tudi glasilo Slovenskega zdravniškega društva. V kasnejših letih, od 1927 do 1933, je v Mladiki, mesečniku Mohorjeve družbe, ki je imela tedaj za urednika Franca Saleškega Finžgarja, objavil 80 poljudnih prispevkov predvsem o anatomiji in fiziologiji, o nekaterih boleznih (nahod), pa tudi npr. o dihalih pri različnih vrstah živali in celo o mesojedih rastlinah, ki so zanimivi tako po vsebinski kot jezikovni plati zaradi izvirnega slovenskega besedišča, ki pa ni bilo temeljiteje ovrednoteno. Duhoviti in zanimivi so tudi opisi in razlage posameznih imen v anatomiji. Njegovi prispevki obsegajo kar zajetnih 264 strani revije, ki je sicer imela večji format.

Zanimivi so bili Janezovi odnosi z bratoma in sestro. Čeprav je bila na eni strani želja, da bi živeli povezano, pa so jih samonikli značaji, individualna hotenja in posebne okoliščine vseeno do neke mere razdvajali. Leta 1915 je najstarejši brat Andrej kupil hišo na Korunovi 4 za skupno življenje treh bratov in sestre. Vendar se to ni uresničilo, saj se sestra Marija do svoje smrti leta 1929 ni mogla ločiti od stanovanja v središču Ljubljane, Andrej pa je bil duhovnik in je služboval v Kočevju, nato v Repnjah, kjer je ostal do smrti. Kot piše Tomaž Štefe o Plečnikovi hiši, je ta sestavljena iz treh delov: stare hiše, kupljene leta 1915, med leti 1923 in 1925 zgrajenega prizidka in leta 1929 dokupljene hiše na Korunovi 6. Okroglo sobo v zgornjem nadstropju je Jože namenil bratu Janezu in dal zanj tudi po meri izdelati pohištvo. Po njegovem odhodu jo je spremenil v učilnico za študente, na mestu, kjer je nekdanj stal klavir, pa je delovna miza.

Jože se je v hiši naselil leta 1921, potem ko je bil po vrnitvi iz Prage imenovan za profesorja arhitekturne kompozicije na Tehnični fakulteti univerze v Ljubljani, kamor ga je povabil arhitekt Ivan Vurnik. V hiši je nekaj časa z Jožetom živel tudi Janez, ki je bil verjetno bolj živahne ali družabne narave kot Jože. V hišo je pripeljal klavir in večkrat tudi prijatelje, kar pa Jožetu ni ustrezalo, zato sta se razšla: kmalu potem, ko je bila leta 1925 končana novogradnja ob stari hiši, se je Janez odselil. Morda je temu pripomogel tudi sicer »živahen« odnos med bratoma. Po zapisih arhitektovega učenca in sodelavca, Andreja Lenarčiča, namreč tudi Jože ni bil povsem mirne narave, ampak se je znal razjeziti in pri tem poudarjal, »da je Kraševce«. Po lastnem pripovedovanju se je »enkrat kot otrok nad svojim bratom Janezom tako razjezil, da sem letel z nožem za njim in ga, hvala Bogu, nisem ujel, ker ne vem, kaj bi se sicer zgodilo«. Z bratom Janezom sta baje tudi na Dunaju kazala svoj temperament in silovito demonstrirala, tudi tako, da sta »skozi okna stole metala«.

Jože in Janez sta se včasih tudi javno sporekla, po arhitektovih besedah: »...sva se z bratom pri Kolovratu tako sprla, da so

kelnarce zijale, vpila sva kot dva furmana.« Tudi preveč srdit nastop svojega nečaka je Jože opravičeval z besedami: »Veste, mu ni za zameriti, je naše krvi.«

Lenarčič je opisoval predvsem svoje odnose z arhitektom. Mimogrede pa je opisal tudi svoje edino zimsko srečanje z Janezom, »ki je hodil oblečen v lepo črno suknjo, podloženo s klobučevino, a kljub mrazu kot ponavadi brez klobuka«. Pogovarjala sta se tudi o smučanju, »o zdravem in lepem zimskem športu«, kot ga je označil Janez. Po Jožetovi smrti leta 1957 je celoten kompleks Plečnikove hiše podedoval njegov nečak, duhovnik Karel Matkovič (Ljubljana, 1900 – Ljubljana, 1971), ki se je za nekaj časa naselil v stari del hiše. Zaslužen je za urejanje obsežne Plečnikove zapuščine. Po Matkovičevi smrti so dediči hišo in celotno zapuščino prodali mestu Ljubljana, ki je to izkoristilo za ustanovitev Arhitekturnega muzeja Ljubljana (AML) leta 1972. Ta poleg Plečnikove hiše vključuje še grad Fužine, v letih od 1988 do 2004 je AML upravljal Jakopičevo galerijo, v okviru AML pa deluje tudi sekretariat Bienala industrijskega oblikovanja. Ob obisku te hiše lahko danes v nekdanji delovni sobi arhitekta na eni od zidanih omaric vidimo medaljona iz mavca s portretoma obeh bratov, Andreja in Janeza, ki ju je Jože modeliral sam.

Plečnikova družina je povezana z eno najizvirnejših stvaritev arhitekta Jožeta, cerkvijo sv. Mihaela na Barju, ki so jo gradili v letih od 1937 do 1940 in je predstavljala projekt cele Plečnikove družine. Nečak Karel Matkovič je naročil njeno gradnjo in tudi služboval v njej, Janezov brat Andrej je financiral večino zidave, zadnje dolgove pa so poravnali z denarjem iz Janezove zapuščine.

Janez Plečnik je umrl 5. decembra 1940 v Ljubljani in je pokopan na Žalah, kjer mu je brat Jože oblikoval nagrobnik z vklesanim svetopisemskim izrekom: »Domine si vis potes me mundare et ait Jesus volo mundare – Gospod, če hočeš, me moreš očistiti. In Jezus je rekel: hočem, bodi očiščen« (Mt 8, 1 – 4; Lk 5, 12 – 16; Mr 1, 40 – 45).

Janeza Plečnika je na Anatomske inštitutu nasledila njegova asistentka Tina Kobe, ki je bila kasneje med prvimi imenovana za profesorico na novoustanovljeni popolni Medicinski fakulteti v Ljubljani. Zanimivo je, da je bil njen soprog asistent pri arhitektu Jožetu Plečniku.

Od leta 1970 na pobudo prof. dr. Ivana Franca Lenarta Inštitut za patologijo skupaj z inštituti za anatomijo, histologijo in embriologijo ter sodno medicino v spomin na Janeza Plečnika vsako leto prireja monotematske in multidisciplinarne memorialne sestanke prof. dr. Janeza Plečnika. In to prav v prvem tednu decembra, ko se spominjamo smrti Janeza Plečnika. Ob tej priložnosti delegacija učiteljev z inštitutov, ki organizirajo sestanek, obišče skupni grob družin Plečnik in Matkovič in položi venec v spomin Janezu Plečniku.

Plečnikovi memorialni sestanki predstavljajo najpomembnejšo strokovno-znanstveno manifestacijo Medicinske fakultete v Ljubljani. Pri tem ostajajo zvesti Plečnikovi izvorni zamisli o

povezovanju temeljnih in kliničnih medicinskih strok. V zadnjih letih sestanke organizirajo kot mednarodne simpozije, na katere vabijo tako naše kot svetovno znane vrhunske strokovnjake z izbranega področja. Tako bo letos na sporedu že jubilejni štiri-deseti memorialni sestanek. Razen redkih izjem predstavljajo sestanki strokovna srečanja, ki ne terjajo kotizacije, namenjena so vsem, ki jih tematika zanima, udeleženci prav tako brezplačno dobijo vsebinsko bogate tiskane zbornike ali druge tiskane materiale. Kljub temu, da tako naši kot praviloma tudi tuji vabljeni strokovnjaki za svoja predavanja niso bili honorirani, nikoli ni bilo zadrege z zagotovitvijo kakovostnih predavanj. Zborniki pa presegajo zgolj objavlanje predavanj, ampak predstavljajo dejansko recenzirane znanstveno-strokovne publikacije in nudijo razširjene sodobne preglede obravnavane strokovne teme. Kronološki pregled dosedanjih strokovnih tem Plečnikovih memorialov kaže njihovo bogastvo, aktualnost in pestrost.



Medaljon z upodobitvijo Janeza Plečnika, ki ga je ustvaril brat Jože Plečnik.

Kronološki pregled Plečnikovih memorialnih sestankov s strokovnimi temami

- Simpozij o heilognatopalatoshizah (1970)
- Simpozij o jetrnih cirozah (1971)
- Simpozij o cerebrovaskularnem inultu (1972)
- Endometrijski karcinom (1973)
- Simpozij o pljučnem karcinomu (1974)
- Simpozij o kroničnem glomerulonefritisu (1975)
- Simpozij o malignih limfomih (1976)
- Simpozij o ulkusni bolezni želodca in dvanajstnika (1977)
- Sindrom dihalne stiske v perinatalnem obdobju (1978)
- Živčno-mišične bolezni (1979)
- Bolezni sečnega mehurja (1980)
- Bolezni grla v luči nacionalne patologije (1981)
- Virusni hepatitis (1982)

Revmatoidni artritis (1983)
 Slovenska medicinska beseda (1984)
 Pljučne granulomatoze (1985)
 Maligni tumorji mehkih tkiv (1986)
 Transplantacije (1987)
 AIDS (1988)
 Imunologija (1989)
 Eksperimentalna medicina (1990)
 Molekularna genetika v medicini (1991)
 Skeletna mišica (1992)
 Ščitnica in njene bolezni (1993)
 Tumorji ledvic (1994)
 Difuzni nevroendokrini sistem (1995)
 Gastritis in z njim povezane bolezni (1996)
 Zdravniška napaka (1997)
 Bolezni srca in ožilja (1998)
 Avtoimune sistemske bolezni (1999)
 Epitelijski tumorji predela glave in vratu (2000)
 Bolezni srca in ožilja (2001)
 Novosti v diagnostiki malignih limfomov (2002)
 Profesionalna etika pri delu z ljudmi (2003)
 Virusni hepatitis (2004)
 Molekularna diagnostika v medicini (2005)
 Demenca (2006)
 Pljučni rak (2007)
 Tumorji debelega črevesa in danke (2008)
 Novosti v dermatopatologiji (2009)

Pred leti je bil organiziran tudi memorialni sestanek s strokovno temo Slovenska medicinska beseda. Vendar ob tej priložnosti ni bila povsem izkoriščena prilika za obširnejše ovrednotenje Plečnikovega pionirskega dela pri oblikovanju slovenskega anatomskega jezikoslovja.

Janez Plečnik je bil kulturno zelo razgledan, rad je imel glasbo, odlično je igral klavir in tudi violino. Znano je bilo, da je včasih v prosekturi zaigral kakšno skladbo. Zato ni verjetno zgolj slučaj, da je prof. Lenart, sam dejaven glasbenik, strokovni del memorialnih sestankov obogatil z glasbenimi prireditvami. Tudi on je imel na inštitutu čelo in nanj občasno zaigral, vsekakor pa je večkrat povabil sodelavce v svojo sobo k poslušanju glasbe z gramofona.

Leta 1972 in nato redno od leta 1974 dalje so se strokovni sestanki zaključili s sedaj tudi že tradicionalnimi koncerti zdravnikov. Na koncertih dekan Medicinske fakultete slovesno podeljuje diplome prof. Janeza Plečnika (spominska listina, denarna in knjižna nagrada) in priznanja prof. Janeza Plečnika (spominska listina in knjižna nagrada) najboljšim študentom, predstavniki Združenja za patologijo pa Hribarjevo priznanje patologom za vrhunske dosežke v stroki.

Plečnikovo inovativno delo z memorialnimi sestanki tako živi naprej, v sicer drugačnih okoliščinah in oblikah skrbi za izobraževanje zdravstvenih delavcev, spodbuja znanstveno in strokovno delo in povezuje strokovnjake bazičnih medicinskih znanosti in kliničnih strok. Čedalje bolj prisotno povezovanje s tujimi strokovnjaki pa približuje delo naših strokovnjakov sodobnim tokovom v svetu.



Nagrobnik Janeza Plečnika



Eminentni profesorski zbor ob otvoritvi 1. Plečnikovega memorialnega sestanka leta 1970. V prvi vrsti od desne proti levi R. Ozvald, J. Milčinski, J. Zemljarič (direktor KC), H. Pehani, A. Dolenc, F. Erjavec, Vera in I. F. Lenart.

Imunomodulacija pri samozdravljenju

Alojz Ihan

Imunski sistem je kompleksno tkivo, katerega naloga je prepoznavati in odstranjevati tujke, zlasti mikrobo, ki vdrejo v organizem. Med evolucijo so se razvile različne vrste imunskih celic, ki se med seboj razlikujejo predvsem glede mehanizmov, s katerimi razlikujejo tujke od lastnih telesnih celic, pa tudi glede mehanizmov, s katerimi povzročijo odstranitev tujkov.

Evolucijsko najpreprostejše specializirane obrambne celice so fagocitne celice, ki razlikujejo med tujki in lastnimi celicami na osnovi nekaterih molekul, ki so skupne večjemu številu mikrobnih vrst – med njimi je najbolj znana družina »toll-like« receptorjev (TLR). Aktivacija teh receptorjev je začetek vsakega vnetnega in imunskega odziva, zato se prav agonisti teh receptorjev uporabljajo kot imunomodulatorne učinkovine (adjuvansi na bazi lipopolisaharidov, beta-glukani, bakterijski ekstrakti, probiotični pripravki).

Limfociti so imunske celice, ki so s svojimi receptorji za antigen zmožne specifično prepoznavati tujke in se nato ustrezno odzvati. To se dogodi v kaskadi imunskih reakcij, ki jo uravnavajo citokini, sproščeni pretežno iz makrofagnih celic in aktiviranih celic T-pomagalk. Aktivacijo celic T-pomagalk omogočijo antigen predstavitevne celice (makrofagi, limfociti B, dendritične celice), ki fagocitirane in predelane antigene predstavljajo celicam T-pomagalkam, sočasno pa zagotovijo tudi potrebne signale. Pod vplivom citokinov se nato zažene efektorski poti imunskega odziva – specifični protitelesni in citotoksični imunski odziv.

Želja po vplivu na odpornost človeka pred nalezljivimi boleznimi je starejša kot poznavanje imunskega sistema. Številna tradicionalna zdravila rastlinskega izvora so ljudje začeli uporabljati zaradi njihove zmožnosti, da so skrajšala ali omilila okužbe, npr. prehlade, pljučnice, vnetja sečil. Učinkovine v tradicionalnih pripravkih za zdravljenje okužb in vnetnih bolezni so navadno kombinacija antimikrobne in imunomodulatornega učinka. Pri tem imunomodulacija navadno ne pomeni imunostimulacije (tj. povečanje imunskega – citokinskega, vnetnega, celičnega odziva) ampak praviloma obratno – protivnetni učinek. Imunski odziv s spremljajočim vnetjem je namreč subjektivno zelo moteč spremljevalec infekcije, zato so učinkoviti, empirično uveljavljeni tradicionalni pripravki »proti okužbam« praviloma imeli kombinacijo protimikrobne in protivnetne učinka – podobno kot je pri sodobnem zdravljenju

okužb pogosta kombinacija antibiotika in nesteroidnega protivnetnega zdravila. Primeri takih tradicionalnih »kombiniranih zdravil« so npr. brusnice, luštrek – (*Levisticum officinale*), bajkalska čeladnica (*Scutellaria baicalensis*) in grahovec (*Astragalus*), medtem ko ima npr. goba šitake bolj kompleksno sestavo, ker vsebuje poleg protimikrobnih učinkovin tudi protivnetno pantotensko kislino in lentinan, ki pa ima imunostimulatorno adjuvantno delovanje (tj. stimulira makrofage k tvorbi vnetnih citokinov) in npr. poveča nastajanje protiteles po imunizaciji.

Klinično moteče vnetje ob okužbi je primarno povzročeno s citokini in drugimi snovmi, ki jih izločajo makrofagi ob začetnem stiku z mikrobi: toksični kisikovi radikali, NO (dušikov oksid), IL-1, IL-6, IL-8, IL-12, TNF- α . Imunomodulatorna snov, ki deluje na makrofage in zmanjša tvorbo vnetnih citokinov, zato pripomore k blažjemu kliničnemu poteku okužbe, npr. prehlada. Tipični »ljudski« imunomodulator je npr. alkohol – gotovo najbolj razširjeno »OTC-zdravilo«. Molekule etanola se vgradijo v lipidne rafte celičnih membran makrofagnih celic in zmanjšajo receptorske interakcije zlasti pri receptorjih, ki se ob aktivaciji sestavijo s polimerizacijo podenot. Tipičen primer je zelo pomemben receptor TLR4 na makrofagih, ki prepozna bakterijski lipopolisaharid, se ob tem polimerizira, kar povzroči znotrajcelično signaliziranje in kaskado citokinskega izločanja in vnetja. Alkohol moti združevanja posameznih enot TLR4 v membrani, s tem pa zmanjša sintezo vnetnih citokinov, zlasti TNF – alkohol torej deluje protivnetno, zato »ljudsko« zdravljenje prehladov s šilcem žganega ni povsem brez osnov. Hkrati pa alkohol ovira tudi interakcije med podenotami makrofagnih receptorjev HLA, ki omogočajo predstavljanje antigenov in aktivacijo specifičnega imunskega odziva (nastanek protiteles). Zato ima večdnevna terapija z alkoholom bifazen imunomodulatoren učinek – prvi dan prevladuje klinično olajšujoče protivnetno delovanje, nato se pokažejo imunosupresivni učinki zavore specifičnega imunskega odziva (predstavljanja antigenov z molekulami HLA), posledično pa postanejo mikrobi pri invaziji v tkiva nenormalno uspešni in se klinično vnetje pod vplivom alkohola povečuje – nekako od drugega dneva »terapije« dalje. Tipičen primer takega provnetnega učinkovanja pri dolgotrajni »terapiji« z alkoholom je kronično vnetje jeter s cirozo kot končno posledico kroničnega vnetja.

Izkustveno učinkovita tradicionalna zdravila torej pretežno vsebujejo protivnetne snovi, ker so ljudje v preteklosti hitreje opazili blagodejnost protivnetnega učinka. Redkeje pa tradicionalna zdravila z vplivom na imunski sistem vsebujejo imunostimulatorne snovi, ki bi pospeševale vnetno reakcijo. Pospeševanje vnetne reakcije praviloma poteka z vezavo na makrofagne receptorje TLR (toll-like receptors), katerih namen je prepoznavati široko paleto bakterijskih, virusnih in drugih mikrobnih molekul. Molekule, ki so agonisti TLR (v naravi so lahko rastlinskega, glivičnega, bakterijskega, virusnega ali parazitskega izvora), so pri klinični uporabi zanimive predvsem kot adjuvansi, ki se jih dodaja antigenom v cepilnih pripravkih, da se doseže bolj učinkovit protitelesni odziv – včasih so bili to bakterijski lizati (npr. Freundov adjuvans iz mikobakterij), danes so bolj definirane molekule, npr. salmonelni lipid A, ki je v cepivih bolj znan pod kratico AS04. Tipični imunostimulator, ki se je tradicionalno uporabljal za zdravljenje težjih in dolgotrajnih bolezni dihal, je navadna barvilnica (*Phytolacca americana*). Izvlečki (tinkture) so bili pred uvedbo antibiotikov zlasti v Ameriki priljubljena in učinkovita zdravila, ki pa so imela zlasti pri predoziranju nevarne stranske učinke v smislu nastanka revmatskih zapletov po zdravljenju. Njena učinkovina fitohemaglutinin pa se še danes veliko uporablja v imunoloških eksperimentih »in vitro« kot močan stimulator in aktivator imunskih celic. Obstaja veliko blažjih tradicionalnih imunostimulatornih pripravkov, ki spodbujajo makrofage k izločanju citokinov in k stimulaciji imunskega odziva. Iz napisanega sledi, da taki pripravki v poteku že aktualne, akutne okužbe nimajo pravega mesta – če so zelo učinkoviti, klinično otežijo potek okužbe s povzročanjem večjega vnetja in kasnejših zapletov, če pa niso zelo učinkoviti, pa je njihovo dobrobit težko izmeriti. Pač pa je adjuvantni učinek imunostimulatornih pripravkov verjetno zaželen v smislu preventivnega spodbujanja »treninga« imunskih celic pri ljudeh s šibkim imunskim odzivanjem – ki npr. prebolevajo pogoste okužbe brez vročine.

V to skupino imunostimulansov spadajo tudi pripravki iz gob, katerih učinkovine imajo tipičen adjuvantni učinek – prek vezave na receptorje TLR stimulirajo makrofage k tvorbi provnetnih citokinov in k večjemu predstavljanju antigenov, s tem pa spodbujajo razmnoževanje limfocitov in tvorbo protiteles. Spodbujanje razmnoževanja limfocitov (zlasti v črevesni steni, kjer je na voljo veliko antigenov črevesne vsebine) je koristno za ljudi s šibko imunostjo ali motnjami imunskega odzivanja, ker je imunski sistem eden od kompleksnih bioloških sistemov, ki si stabilnost zagotavljajo s čim večjim številom interakcij – kar pomeni tudi potrebo po dovolj velikem številu imunskih celic. Zato ljudje z zmanjšanim številom imunskih celic (AIDS in drugi imunodeficit, bolniki po kemoterapiji, obsevanju) zbole vajo ne

le za okužbami, ampak tudi za napačnimi imunskimi odzivi – avtoimunostjo ali preobčutljivostjo. Preventivno (torej ne v obdobju infekcijske bolezni) spodbujanje razmnoževanja imunskih celic z imunostimulatornimi adjuvansi ima svojo logiko, mesto take imunostimulacije pa je predvsem črevesna stena, kjer je zbranih več kot polovica limfocitov človeškega organizma. Tipični imunostimulansi, ki preventivno povečujejo »maso« imunskih celic v organizmu in s tem stabilizirajo imunsko odzivnost – npr. pri pacientih z velikim razredčenjem limfocitov zaradi obsevanja, kemoterapije – so poleg ekstraktov iz gob in rastlin (npr. beta-glukani) še pripravki rastline škrlatna ehinacea (*Echinacea purpurea*) in bršljana elevterokoka (*Eleutherococcus sancticosus*). Podoben namen preventivne imunostimulacije imajo modernejši samozdravilni pripravki, ki so sestavljeni iz delcev nekaterih mrtvih bakterij, sem pa seveda spadajo še probiotični pripravki. Pri uporabi probiotikov danes sicer predvsem računamo na njihov mikrobiološki učinek v smislu tekmovanja s patogenimi črevesnimi bakterijami v namen preprečevanja drisk in prebavnih težav po antibiotikih in pri drugih težavah z nenormalno črevesno floro. Vendar obstaja dovolj dokazov tudi o njihovem učinkovanju v smislu preventivne imunostimulacije.

Poleg protivnetnih učinkovin (za lajšanje aktualnih okužb) in preventivnih imunostimulatornih učinkovin (v smislu pridobivanja imunološko bolj stabilne limfocitne »mase«) je pomembna skupina imunonutricevtikov, katerih namen je dopolnjevati potrebe po nekaterih hranilih, ki se v povečani meri porabljajo pri vnetju in imunskem odzivu. Pri zdravih ljudeh in akutnih okužbah posebnih potreb po dopolnilni imunonutriciji ni, ker so zaloge organizma zadostne. Pri ponavljajočih se okužbah in kroničnih vnetjih pa se zaloge nekaterih specifičnih hranil izčrpajo, zato so določene koristi od snovi, ki se pri imunskem odzivu izrazito porabljajo (selen, glutamin). Za delitev in delovanje imunskih celic – zlasti za tvorbo kisikovih radikalov, ki uničijo bakterije – je pogosto kritična tudi aminokislina arginin in zadostna zaloga železa. Po drugi strani pa v primeru okužbe imunski sistem naredi z vnetjem tudi precej škode celicam in tkivom, zato se v primeru vnetij pogosto dodaja tudi protivnetne snovi, kot so eikozapentenska kislina, gama-linolenska kislina ter antioksidanti vitamin E, A in C.

Konflikt interesov

Prof. dr. Alojz Ihan, avtor članka »**Imunomodulacija pri samozdravljenju**«, izjavljam, da sem članek napisal v dogovoru s podjetjem Danone, ki v isti številki revije oglašuje svoje izdelke s tega področja. Členek ne vsebuje reklamnih sporočil, ampak gre za pregled strokovne literature, priporočil in kliničnih raziskav.

Tutorstvo

O učenju v medicini pod vročim španskim soncem

Tamara Todorović, Marija Ivanović

Medsebojna pomoč je med študenti Medicinske fakultete Univerze v Mariboru močno prisotna že od samega začetka. Zapiski, izpiski, razna gradiva, tabele, razlage in neprecenljivi nasveti starejših in bolj izkušenih kolegov – to so stvari, ki so nam kot brucem zelo olajšale prvo leto študija, seveda pa se tudi v višjih letnikih ne branimo pomoči, predvsem ko gre za vprašanja glede izbire literature in priprave na izpite ali pa takrat, ko preprosto potrebujemo samo malce spodbude za nadaljnji študij. Tej kolegialnosti smo se v prejšnjem študijskem letu odločili dati tudi uradno obliko in na mariborski medicinski fakulteti se je rodilo tutorstvo. Več kot trideset tutorjev študentov je oktobra 2008 začelo s srečanji s svojimi skupinami študentov, v sklopu katerih so pomagali tako z nasveti in izkušnjami kot tudi s poglobljanjem v osnovna znanja, ki bi jih za svoje nadaljnje delo moral imeti vsak študent medicine.

Ker si močno prizadevamo, da bi bilo tutorstvo izpeljano čim bolj kakovostno in da bi tutorji študenti svojim varovancem ponudili kar največ, sva se v mesecu avgustu dve turtorki udeležili konference o medicinskem izobraževanju, ki jo je organizirala Mednarodna zveza za izobraževanje v medicini (AMEE: Association for Medical Education in Europe). Gre za organizacijo, ki ima člane iz več kot 90 držav po vsem svetu, v njenem sklopu pa se izdajajo številne

publikacije, organizirajo razna srečanja in izvajajo različni tečaji. Tako so tudi letos organizirali že tradicionalno srečanje, imenovano AMEE conference, ki je potekalo od 28. avgusta do 2. septembra v španski Malagi. Konference se je udeležilo več kot 2300 udeležencev iz vsega sveta, v šestih dneh pa se je zvrstila cela vrsta aktivnosti na temo izobraževanja v medicini – delavnic, simpozijev in predavanj.

Ogromno zanimivih ljudi, številna odlična predavanja in španska gostoljubnost so na naju naredili enkratno vtis, druženje s študenti medicine iz vsega sveta pa nama je razkrilo tudi pogled na to, kje je glede na kakovost izobraževanja naša medicinska fakulteta v primerjavi z drugimi državami. Morava priznati, da sva bili prijetno presenečeni, saj sva ugotovili, da izvajamo številne aktivnosti, ki jih izvajajo tudi na zahodnoevropskih in ameriških medicinskih fakultetah. Ena izmed takih aktivnosti je vsekakor PBL (Problem Based Learning – na problemih osnovano učenje), ki ga zdaj izvaja že večina modernih medicinskih fakultet po svetu. Glede na izkušnje ameriških profesorjev, ki so o tej temi pripravili tudi zelo zanimiv simpozij, je PBL uporaben predvsem za poglobljanje v bazične znanosti, na katere študenti, ko enkrat okusimo kliniko, včasih kar malo pozabimo. Tako nam PBL omogoča vrnitev k bazičnim znanostim, podobno pa nam omogoča tudi raziskovalna aktivnost v sklopu dekanovih nagrad, pri kateri se srečamo tudi z osnovami raziskovanja, še eni stvari, ki so jo nekateri udeleženci konference izpostavili kot zelo pomembno za študente in mlade zdravnike.

Naslednja izmed teh aktivnosti je demonstratorstvo pri predmetu Anatomija s histologijo in embriologijo. Ne samo, da je ta oblika učenja zelo koristna za

Ves čas konference so potekale tudi številne predstavitve simulatorjev in drugih učnih pripomočkov. (Foto: Tamara Todorović)



študente prvega letnika, ki jim starejši kolegi na tak način pomagajo pri osvajanju prvih anatomskih in histoloških izrazov, ima tudi številne koristi za študente višjih letnikov, ki tako obnavljajo svoje znanje iz te snovi. Ob srečanju z britanskim profesorjem anatomije, ki se trudi demonstratorstvo uveljaviti tudi na svoji matični fakulteti, sva tako z veseljem povedali, da ta način učenja pri nas že več let uspešno izvajamo. Najini študentski kolegi iz tujine so bili navdušeni tudi nad tem, da lahko v sklopu nekaterih predmetov – na primer kirurgije, pediatrije, ginekologije, prve pomoči in drugih – izvajamo prostovoljno prakso, saj marsikje za to ni niti dovolj osebja niti dovolj časa. In nenazadnje je tukaj tudi tutorstvo, ki je namenjeno vodenju študentov skozi študijski proces in ki ga uspešno izvajajo tudi marsikje drugod po svetu.

Pri nas poteka tutorstvo v obliki srečanj, na katerih se obravnavajo teme, ki se določijo glede na želje študentov in izkušnje tutorja študenta. Tako so lahko srečanja bolj informativne narave, ko študenti dobijo vse potrebne informacije glede študija, režima preverjanja znanja, študijske literature in obštudijskih aktivnosti, ali pa se prelevijo v učne skupine, kjer se obravnavajo poudarki študijske snovi, ki so zelo pomembni za nadaljnji učni proces. Za dobro izvedbo tutorstva morata biti izpolnjena predvsem dva pogoja: študenti morajo svojemu tutorju študentu predlagati teme, ki jih še posebej zanimajo in bi jih radi obravnavali na srečanjih, tutor študent pa mora na podlagi

svojih izkušenj vedeti, katera so tista znanja, ki bi jih za nadaljnji študij in delo moral obvladati vsak študent medicine, biti mora dobro obveščen o aktualnih dogodkih na fakulteti in predvsem, kar je morda tudi najbolj pomembno, se mora zavedati, da je članom svoje skupine predvsem študijski kolega in med njimi vzpostaviti čim bolj sproščen odnos. Če bomo nadaljevali s primernim izobraževanjem tutorjev študentov, krepili zavest o pomembnosti tutorstva in njegovih številnih koristih, verjameva, da bomo ta pogoja zelo kmalu tudi v celoti izpolnili, kljub morebitnim težavam, s katerimi se bomo srečevali na tej poti.

Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru se v svojem delovanju srečuje s podobnimi problemi kot medicinske fakultete v tujini – pomanjkanjem prostora, primanjkljajem pedagoškega osebja, gnečo v bolnišnicah, kjer bi študenti morali opravljati klinične vaje, in preobremenjenostjo tako kadra kot tudi študentov. Vseeno pa imamo številne aktivnosti, ki so namenjene temu, da študentom olajšajo študij in jim omogočajo poglobljanje v tista področja medicine, ki jih še posebej zanimajo. V prihodnosti bi se morali potruditi izvajati te aktivnosti čim bolj kakovostno, saj bomo le na tak način izobrazili dobre zdravnike, ki bodo, kot je tudi želja vodstva fakultete, predvsem zdravniki za ljudi.

Izkušnje

Hišni obiski

Andrej Šubic

Še vedno rad hodim na hišne obiske. Doma, na svojem divanu ali v kotu za mizo so ljudje drugačni kot na preiskovalni mizi ali vrtljivem stolu v ambulanti. To je del zdravnikovega dela, ki se v zadnjih desetletjih najbolj spreminja. Pač odvisno od okolja, še bolj pa od zdravstvene politike. V vaškem okolju in v manjših mestih jih je še vedno precej, kljub temu, da zaradi zavarovalniškega nadzora in evidenc na domu niti recepta ne morem več napisati.

Na bolnikov dom hodim zaradi različnih razlogov. Včasih grem na hitro, urgentno, največkrat iz dežurne službe, ko so minute pomembne za preživetje. Takrat se ne ukvarjam z okoljem, časa je malo in odločitve morajo biti trenutne, pomembna je tudi naša tehnična opremljenost in timsko delo. Večkrat hodim k svojim bolnikom, kadar jih spremljam v njihovi kronični bolezni, ko postanejo slabo ali nepomični, ko potrebujejo nego ob iztekanju življenjskih moči. Takrat je potrebna celostna medicina, ki se prepleta z bolnikovim

družinskim in socialnim okoljem in zgodbe zapuščenih ljudi v nemogočih higienskih in materialnih razmerah se prikrađejo v marsikatero nočno urico, ki je sicer namenjena spancu in počitku.

Pretresen sem nad usodo fanta, ki ga poznam iz gimnazije. Brihten, s perspektivo, a ... zapit. Najhuje je, da si tega sploh ne prizna. Leži v fotelju in išče banalne vzroke za svoje težave. Ne premore niti kančka kritičnosti do svojega stanja. Prigovarjam, prosim, razlagam, ne zdi se mi, da bi kaj premaknil. Hudo.

Nato stokrat doživeti klic nedeljskih obiskovalcev, ki so iz mesta prišli po letne pridelke in nenadoma ugotovili, da njihov oče ne more več živeti sam. Ogorčenje nad zdravstveno službo, socialnimi možnostmi, ki ne poskrbijo za onemoglega človeka, je neizmerno. Vrstijo se zahteve, pogovor ni možen; oni morajo v mesto, zaposleni so, očeta je treba spraviti v bolnišnico, oprati si morajo svojo vest. Razumem jih. Oče zbegano pogleduje po ljubem mu prostoru svoje kmečke hiše, po svojem sinu in vreščeci snahi, rad bi se uprl in se zdravil doma, a ne pustijo mu do besede. Prepusti se jim, saj zanj res nimajo časa, ne more jih obremenjevati. V tempu življenja se vzpenjajo po dvigajoči se eksponentni krivulji bogatenja, pridobivanja in nato vzdrževanja hiš, avtomobilov, vikendov in svojih podjetji, in tu ni prostora in časa za onemogle. Znajo samo zahtevati svoje pravice, povrnitev vložka v zdravstveno in socialno zavarovanje. Že nedelja, ki so jo žrtvovali in pobrali nepripravljene pridelke, je višek njihove žrtve za bolnega očeta. Trpkost Kersnikovih Kmetijskih slik in tragičnost Tavčarjevih Med gorami tudi danes živita v teh krajih.

Popoldne sem bil na domu pri skoraj stoletnem atu, ki je zbolel. Majhen, siv možic z živahnimi očmi je še zjutraj zlezal na peč, ki je višja od njega, sestopiti pa ni več mogel. Sin ga je kot otročička prenesel in položil na divan pod oknom. V kmečki hiši okrog peči so se zbrali vsi njegovi. Žena, zaskrbljena za svojega dobrega moža, ki je drugače še gibljiv in bister. Le pozablja in sliši slabo. Poleg nje sinovi, hčere, zeti, snahe, vnuki. Vsi podpirajo ata v bolezni s kmečko resnostjo in zrelostjo. Nobene histerije, en sam mir. Sin ga je spoštljivo prijel, kot dojenčka ga je pripravil za pregled. Med venčkom ljudi okrog peči je deček, poznam ga iz obiskov na osnovni šoli. Barva kvadratke

v križanki. Blag glasek pokliče »ata«, nagne glavo v stran in se nasmehne. Kako dobro čuti vzdušje v sobi! Vzdušje, ki je napolnjeno s hvaležnostjo atu, ki bo še šel malo čez travnik. In tudi butare bo delal, če se mu le vrtelo ne bo več. Po gobe si pa ne upa, ker je že dvakrat padel. Samo, da ga ozdravimo.

Pregled pojasni onemoglost, pogovorimo se o stanju, vsi sledijo navodilom, vsak še kaj doda. Vsi bi radi pomagali, nevsiljivo. Okrog peči, ki stoji kot mogočen steber v kotu, je zbrana družina in čutim njihovo enotnost, moč. Vseh osem, devet ljudi povezuje kmečka trdnost in očetov blagi značaj. Na klopi pred hišo sedi še pet, šest otrok. Enega poznam, videvam ga že nekaj let. Mislim, da me tudi on prepozna, pa nerodno odmakne pogled in glavo. Ne drezam vanj. Včasih je bil zelo sproščen, vidi se, da ga dohiteva puberteta in z njo vse običajne težave, ki jih imajo taki fantje. Prehodim pot mimo špalirja, najmanjši me še vpraša: »Kako je z atom«. Kar v zadregi sem. Samo ... »bo« in »dali smo mu zdravila« uspem izreči. Verjamejo mi, da bo ata res ozdravel. V ozadju pa vsi čutimo in vemo, da je resno, v teh letih izhod ni zanesljiv. Verjamem v njegovo in moč družine in celo upam, da bo še prišel k meni v ambulanto, predvsem pa, da se bo sprehodil čez svoj travnik.

Vidim ga, ta travnik. Vendar se pogled na cvetočo travniško preprogo ne more primerjati s pogledom v zadovoljno starčevo oko, ki žari in privablja v svojo bližino družino, jo združuje in napolnjuje z neverjetnim mirom, ki bi lahko preplaval in osvojil ves svet, če bi ga le ta znal videti in se mu predati.

Še grem rad na hišne obiske, zaradi ata in njegove hvaležne družine, ker vem, da dobro počutje in toplina domačega okolja daje upanje v bolezni njemu in meni.

Dejavnosti Slovenske filantropije na področju varovanja duševnega zdravja otrok na severnem Kavkazu

Anica Mikuš Kos

Nevladna organizacija Slovenska filantropija izvaja dejavnosti psihosocialne pomoči otrokom v republikah severnega Kavkaza, ki so sestavni del Ruske federacije. To so Severna Osetija – Alanija, Čečenija in Ingušetija. Vse tri republike prizadevajo medetnični konflikti. Severna Osetija – Alanija je bila pred štirimi leti hudo prizadeta s terorističnim napadom na šolo v Beslanu, v kateri je umrlo 334 oseb, od tega 186 otrok. Ni še leto tega, kar se je samomorilka razstrelila v avtobusu pred tržnico Vladikavkaza, glavnega mesta republike Severna Osetija – Alanija, pri tem je umrlo 16 otrok in mladostnikov. Posebno hude so sedaj razmere v Čečeniji in Ingušetiji, kjer se vsak teden zgodi

vsaj eno teroristično dejanje. Vse to vpliva na psihično stanje prebivalstva in še posebej prizadene otroke.

Na psihosocialno stanje otrok škodljivo vplivajo tudi pojavi, ki spremljajo tranzicijo. Brezposelnost, revščina, pomanjkanje socialne varnosti, uveljavljanje vedenja in vrednot neoliberalizma ustvarjajo družbeno klimo, ki je ugodna za odklonske pojave pri mladih. Ekonomska in socialna prizadetost staršev in družine kot celote vpliva tudi na čustveno stanje otrok.

Četudi se je tragedija v Beslanu zgodila pred štirimi leti, so mnoge preživele žrtve in svojci še vedno v stanju psihične

travme. Mnogi svoji umrli otroci še vedno niso zaključili procesa žalovanja. Na pokopališču v Beslanu, kjer so na skupnem prostoru pokopane žrtve, je vselej veliko svojcev. Vem za otroka, ki še vedno vsak dan, ne glede na vreme, hodi na grob svojega bratca prvošolca. Na grobovih otrok so plastenke z vodo, ker v času beslanske tragedije zajeti tri dni niso dobili vode. Svoji nosijo na grob tudi igrače. Beslanska tragedija je še vedno močno prisotna. Nekateri pravijo, da k temu poleg grozote in razsežnosti tragedije prispeva tudi to, da nekatere družine niso imele možnosti predelati travme in izgube v krogu svojih bližnjih in svoje skupnosti. Mnoge države so takoj po tragediji povabile otroke v spremstvu enega od staršev, da preživijo nekaj časa zunaj vzdušja groze in žalosti. Tako so bili otroci iztrgani iz svojega naravnega okolja, niso mogli predelovati travme in žalosti v okviru družinske skupnosti in v okviru širše skupnosti. Četudi so bila povabila odraz najboljšega namena mednarodne skupnosti, se danes mnogi sprašujejo, ali ne bi bilo bolje, ko bi otroci v kritičnem času po dogodku ostali v svojem naravnem okolju.

V Čečeniji in Ingušetiji, ki sta bili prizadeti s prvo in drugo čečensko vojno v letih 1994–1996 in 1999–2000, se danes, ko je uradno stanje miru, pojavljajo posebni psihološki problemi otrok. Otroci, ki so izgubili starše v terorističnih napadih (samo na gimnaziji v največjem mestu Ingušetije Nazranu jih je 16), se sprašujejo: »Zakaj ravno moji starši? Zakaj so jih ubili sedaj, ko ni vojne?« Šolski psihologi pravijo, da so otroci lažje prenašali smrt v času vojne kot pa v času miru. Drug velik problem je v tem, da teroristi – skrajneži snubijo otroke žrtev, da se jim pridružijo. Pridejo pred šolo ali na šolsko dvorišče in razlagajo otrokom, da so njihove starše ubili Rusi in da je dolžnost otrok maščevati starše. To lahko storijo, če se pridružijo teroristom. In marsikateri mladostnik se jim tudi pridruži. Psihologi prosijo za nasvete, kako pomagati otrokom v njihovih stiskah in kako preprečiti rekrutiranje mladih s strani teroristov.

Kot prostovoljka sem pričela izvajati psihosocialne programe za Čečene in Inguše že v času prve čečenske vojne v okviru kvekerske organizacije. Potem sem v času druge čečenske vojne izvajala seminarje s področja duševnega zdravja za zdravstvene delavce Čečenije in Ingušetije in psihosocialne programe za šolske delavce obeh republik. Zadnji ciklus mojega delovanja pa seže v leto 2005, ko se je Republika Slovenija odzvala na beslansko tragedijo in financirala program psihosocialne pomoči šolam v Beslanu. Od takrat dalje delujem v okviru Slovenske filantropije v vseh treh republikah. Izvajamo tri vrste programov: psihosocialne programe za šolske delavce, strokovno izobraževanje za šolske psihologe in razvijanje prostovoljnega dela otrok in mladih.

Psihosocialni programi za učitelje in druge šolske delavce so najbolj razširjena dejavnost. Osnovna predpostavka teh programov je, da je podpora in pomoč vsem otrokom možno ponuditi le v okviru osnovne šole, v katero so vključeni vsi šoloobvezni otroci. Učitelji in šolski svetovalni delavci lahko nudijo otrokom psihosocialno in psiho-pedagoško pomoč v vsakdanu šole. Ta

otrokom pomaga k hitrejšemu okrevanju, pri ogroženih otrocih pa deluje kot zaščitni dejavnik. Celotno za mnoge otroke s hudimi psihičnimi travmami, ki bi potrebovali specialistično strokovno obravnavo, je to edina dosegljiva in edina sprejemljiva oblika pomoči. Število mentalnohigienskih strokovnjakov v vseh treh republikah je majhno in nezadostno, starši nimajo denarja za plačevanja potnih stroškov, nimajo energije, da bi vodili otroke k strokovnjakom. Še vedno nadvse pomembna ovira so pred sodki – če greš k psihologu ali psihiatru, pomeni, da si nor ali da je tvoj otrok nor.

Psihosocialni programi za šolske delavce so intenzivna in kontinuirana oblika dela. V teku enega leta 50 udeležencev prisostvuje štirim modulom psihosocialnih seminarjev, vsak modul traja tri dni. Delo je predvsem izkustvene in praktične narave. Glavni komponenti sta vzajemna izmenjava izkušenj in dobrih praks ter krepitev in motivacija učiteljev za nudenje psihosocialne pomoči svojim učencem v stiski in za ustvarjanje varnega in vzpodbudnega psihosocialnega vzdušja za vse otroke v razredu. Učitelji se več naučijo eden od drugega kot od nas strokovnjakov. Udeleženci programov so po naravni poti pozitivno selekcionirani, saj se prijavljajo prostovoljno, torej pridejo tisti, ki želijo pomagati otrokom. Poseben poudarek v programih je na praktični uporabi naučenega v šolskem vsakdanu. Programi posvečajo posebno pozornost uvajanju pridobljenih znanj, praks in idej s strani učiteljev.



Grob devetletnega Soslana na pokopališču v Beslanu.

Programi za izpopolnjevanje šolskih psihologov prinašajo poleg novih znanj šolskim svetovalnim delavcem možnost, da se srečujejo, izmenjujejo svoje izkušnje. Tako kot nekoč v Sloveniji, tudi na severnem Kavkazu šolski psihologi še nimajo jasno opredeljenih funkcij, marsikdaj so »deklince za vse«. Kot že omenjeno, se srečujejo z velikimi problemi in potrebujejo strokovno pomoč.

Programi razvijanja prostovoljnega dela ne služijo le mobiliziranju človeških virov v skupnosti, ki jih vse tri republike še kako potrebujejo. Imajo tudi pomembno funkcijo varovanja in krepitev duševnega zdravja otrok. Mnogim otrokom s težavami lahko pomagajo starejši otroci, bodisi pri učenju ali s prijateljsko oporo. Z vidika duševnega zdravja pa je nadvse pomembno, da se otroci, ki so žrtve nasilja ali revščine, vključujejo v prostovoljno delo kot pomočniki drugim ljudem v stiski. Tako iz vloge nemočne žrtve prestopijo v vlogo tistih, ki pomagajo drugim. Pridobijo občutek večje moči, kar pozitivno vpliva na samopodobo in krepi otroka pri obvladovanju lastnih stisk. Prostovoljski programi so na severnem Kavkazu zelo dobro sprejeti. Gradijo na tradicionalni solidarnosti, značilni za to področje, ki pa jo žal načenja neoliberalizem s svojimi načeli brezobzirne bitke za moč, bogastvo in prestiž posameznika. Drugi olajšujoči dejavnik razvijanja prostovoljnega dela otrok in mladostnikov v okviru šol izhaja iz sovjetskih časov. V šolah je bilo razvito t.i. Timursko gibanje (po dečku Timurju, ki je pomagal drugim), v okviru katerega so starejši otroci v šolah skrbeli za mlajše šolarje, opravljali so vlogo nekakšnih tutorjev, ali pa so pomagali starejšim ljudem in invalidom. To gibanje je bilo zelo dobro sprejeto. Sedanje učiteljice, ki so kot pionirke delovale v njem, imajo najboljše spomine na svoje delo in sedaj z veseljem uvajajo svoje učence v podobne dejavnosti. Tudi ti programi so enoletni in vključujejo dva seminarja za učitelje, ki



Avtorica članka in inguška pediatriinja dr. Ljuba Arčakova, vodja nevladne čečensko-inguške organizacije Denal (Dostojanstvo), ki v partnerstvu s Slovensko filantropijo izvaja psihosocialne programe.

delujejo kot mentorji prostovoljcev na svojih šolah, delavnice za prostovoljce, spremljanje dela prostovoljcev v okviru rednih sestankov med mentorjem in prostovoljcem. Prostovoljci – učenci višjih razredov osnovne šole ali srednješolci, med šolskim letom enkrat tedensko nudijo pomoč otrokom s težavami, starejšim, veteranom, invalidom. Vsak drugi teden pa se srečajo s svojimi mentorji in obravnavajo opravljeno delo, morebitna vprašanja, težave.

Pri izvajanju programov uporabljamo slovenske izkušnje, pa tudi slovensko strokovno literaturo, ki je bila prevedena v ruščino.

Psihosocialni programi gradijo na načelih javnega zdravstva: krepitev sil posameznika, da se sooči in obvladuje travme, izgube in druge težave, mobilizacija virov v okolju in širši skupnosti, vključevanje kritične mase prebivalstva in entitet (na primer učiteljev, zdravstvenih delavcev, šol, nudenje pomoči velikemu številu otrok), vgrajevanje varovalnih dejavnikov v vsakdan otrok.

Problem psihosocialnih programov je ovrednotenje njihovih učinkov. To je zahtevna in, pošteno povedano, korektno neizvedljiva naloga. V okoliščinah nasilja in nepredvidljivosti je težko znanstveno veljavno oceniti, kolikšen je bil vpliv psihosocialnega programa. Mnogih metod ocenjevanja zaradi etičnih, finančnih ali praktičnih razlogov ni možno uporabljati, npr. primerjalnih skupin. Pri Unicefu so v času vojne v Bosni in Hercegovini izračunali, da bi znanstveno veljavna ocena stala več kot program. V okoliščinah, ko je zelo težko dobiti sredstva za izvajanje programov, je utemeljenost takšne ocene močno vprašljiva. Drugi problem je v tem, da imajo psihosocialni programi učinke, ki se pokažejo šele čez čas. Pomemben pokazatelj sprejetosti in koristnosti programov je število ljudi, ki se vključujejo v program, bodisi kot lokalni izvajalci ali kot porabniki. Zanimanje za programe in razširjenost programov v vseh treh republikah ter trajnost programov govorijo o njihovi potrebnosti in koristnosti.

V sedanjem času so psihosocialni programi pomembna strategija pomoči otrokom, ki so jih prizadeli oboroženi konflikti in teroristična dejanja. V Sloveniji smo pridobili veliko izkušenj s takšnimi programi v času, ko so bili pri nas begunci iz Bosne in Hercegovine, pa tudi pozneje z razširjeno mednarodno dejavnostjo na zahodnem Balkanu, severnem Kavkazu in v Iraku. Poleg tega je Slovenija razvila dobre skupnostne modele varovanja duševnega zdravja otrok, ki so osnova za pomoč velikemu številu otrok. Vprašanje »Kolikšnemu številu otrok pomagajo strokovne službe, intervencije, programi?« je prisotno tudi v normalnih življenjskih okoliščinah. V okoliščinah oboroženih konfliktov, v katerih potrebuje pomoč zelo veliko število otrok, pa je to osnovno vprašanje. Le s skupnostnimi in v šolo vgrajenimi programi lahko nudimo psihosocialno pomoč velikemu številu otrok. Slovenija ima torej v okviru razvojne pomoči dobre možnosti pomagati s svojimi izkušnjami otrokom, ki jih prizadelo organizirano nasilje.

Spletna prodaja in uporaba psihoaktivnih snovi rastlinskega izvora, ki (še) niso prepovedane

Mercedes Lovrečič, Barbara Lovrečič

Uvod

V razvitem svetu narašča spletno nakupovanje, prav tako narašča uporaba zdravilnih zelišč, drugih rastlinskih mešanic in njihovih pripravkov. Svetovni splet, forumi, klepetalnice, spletne trgovine dokazujejo, da gre za fenomen v porastu, ki je odraz modernega časa in globalizacije, dodatno pa ga krepi možnost potovanja ter dostopnost interneta. Skrb vzbujajoča je nepravilna uporaba, še posebej zaskrbljujoča pa je zloraba tistih pripravkov, ki imajo psihoaktivni učinek, ter dejstvo, da potencial za zasvojenost na področju fitobotanike še ni povsem poznan in v celoti razjasnjen.

Osebe najpogosteje posegajo po rastlinskih pripravkih ali zdravilnih zeliščih, ker poskušajo kompenzirati nezdrav način življenja ali želijo izboljšati svojo storilnost. Težave najpogosteje nastopijo takrat, ko gre za nepravilno rabo ali zlorabo preparatov. Nepravilna raba se največkrat odraža takrat, ko oseba preparat preveč ali napačno uporablja; najbolj poznani so primeri prekomerne uporabe nadomestkov vitaminov (npr. zastrupitve z vitaminom A, vitaminom D).

Nenamerna nepravilna raba se lahko pojavi zaradi sinergizma ali interakcij z zdravili ali drugimi snovmi. Zlorabe preparatov, še posebej tistih, ki imajo psihoaktivne učinke, so še posebej zaskrbljujoče pri najstnikih, ki z njimi eksperimentirajo ali jih rekreacijsko zlorabljujejo.

Razširjenost

Razširjenost uporabe psihoaktivnih snovi (PAS) rastlinskega izvora, ki niso prepovedane in jih ponujajo na spletu, je težko ocenjevati. Sistematičnih raziskav še ni. Informacije, podatki, poročanja kažejo na to, da je fenomen sicer v porastu tako v EU kot v ZDA, pri tem pa tudi Slovenija ni izjema, vendar razen anekdotičnih poročanj, informacij o dejanski razširjenosti uporabe pri nas ni na voljo.

Po zadnjih ocenah Evropske agencije za droge je trenutno na spletnih straneh v Evropi na voljo več kot 200 PAS. Število spletnih trgovin še narašča in pogosto ponujajo psihoaktivne alternative nadzorovanim in prepovedanim drogam, kot so LSD, ekstazi, kanabis in opiodi (heroin). Večina spletnih trgovin v EU se nahaja v Združenem kraljestvu in na Nizozemskem, v manjšem obsegu pa tudi v Nemčiji in Avstriji. Oglaševalne cene ponujenih snovi znašajo od 1 do 11 EUR za en odmerek. Spletne trgovine so pogosto specializirane: nekatere tržijo npr. »tabletko za zabavo«, kjer ponujajo alternativo ekstaziju, druge

halucinogene gobe ali pa široko paleto zeliščnih, polysintetičnih in sintetičnih snovi.

V zadnjem času se tudi v Sloveniji vrstijo primeri spletnega nakupovanja in uporabe PAS, ki niso uvrščene na seznam prepovedanih drog, vendar njihova uporaba predstavlja tveganje za zdravje, ne samo po načinu vnosa v telo, temveč tudi z vidika odmerkov, koncentracij in kombinacij PAS ter dodanih PAS, za katere še nimamo dovolj podatkov o tveganju za zdravje ali pa že vemo, da predstavljajo tveganje za zdravje.

Učinki za zdravje

Reklamirane in ponujane PAS rastlinskega izvora strokovnjaki v grobem delijo v tri velike skupine: halucinogene, stimulanse in anksiolitike (tabela). Daleč najpogosteje uporabljene so halucinogene sveže ali posušene gobe (psilocin, psilocibin), saj rastejo domala po vsem svetu. V skupini halucinogenov še izstopa *Salvia divinorum*, ki predstavlja vrh ledene gore problematike, saj njena uporaba strmo narašča tako v EU kot ZDA (poročanje medijev, porast internetnega prometa) in se je tradicionalno uporabljala kot žvečenje svežih listov, pitje izvlečka sokov, kajenje posušenih listov. Med ostalimi halucinogeni izstopajo še učinkovine meskalin, atropin, skopolamin, dimetiltriptamin, johimbini (znan kot sredstvo za zmanjševanje erektilne disfunkcije in izgubo telesne teže), ibogain (v nižjih odmerkih zmanjšuje apetit in utrujenost, za odvajanje od PAS), harmalin in harmin, vsi pa se pojavljajo najpogosteje v obliki semen, delov rastlin (listje, cvetovi). Med stimulanse je najbolj poznan in uporabljen efedrin, ki se pojavlja v obliki tablet in ga reklamirajo kot sredstvo za zmanjševanje telesne teže; poleg katha je pogosta še uporaba kolmeža v obliki esencialnega olja, ki se je tradicionalno uporabljalo v ajurvedski medicini za lajšanje motenj spanja, povišane telesne temperature ter nervoze. Med anksiolitiki pa izstopajo amid lizergične kisline (LSA), ki se pojavlja v obliki semen, ter kava-kava, ki se pojavlja v obliki napitkov, tablet, posušenih korenin.

Zavajajoče je reklamiranje, da gre za varne in naravne droge (»zakonita mamila« ali »zeliščna mamila«), ki imajo podobne učinke kot prepovedane in so manj škodljive, ker so iz naravnih sestavin. Še bolj zavajajoče je reklamiranje stimulativnih pripravkov, da gre za naravne prehranske dodatke oziroma dopolnila, ki »regenerirajo telo in duha«, pomagajo pri kronični utrujenosti, pri odpravljanju odvečne telesne teže na naraven način. Pogosto pripravki vsebujejo tudi snovi, ki niso dovoljene (npr. benzilpiperazin). Paleta ponujenih pripravkov s PAS je

pestra, od takih, kjer njihova uporaba ni bila nikoli odobrena za humano uporabo (mefedron), do takih, kjer se jim dodaja sintetične PAS (Spicu dodani sintetični kanabinoidi). Obstojeci miti, kot so npr. »PAS rastlinskega izvora so varne, ker so naravne«; »ker so bile uporabljane na tisoče let, so varne in učinkovite« ali »učinki rastlinskih zelišč so enako učinkoviti kot zdravila« predstavljajo dodaten dejavnik tveganja za zlorabo omenjenih preparatov. Najbolj ogrožena skupina so mladi in najstniki, pri katerih gre najpogosteje za eksperimentiranje in rekreacijsko uporabo ali pa celo za prvi stik s to PAS, kar predstavlja tveganje za zdravje, saj PAS deluje na možgane, ki se pri mladostnikih še niso popolnoma razvili, hkrati pa predstavlja tveganje za razvoj kasnejše odvisnosti.

Uporabniki poročajo o stranskih učinkih (neprijetnih), reakcijah in zastrupitvah. Znani so smrtni primeri in primeri trajne prizadetosti, pa tudi samopoškodb, še posebej v primerih

zaužitja halucinogenov. Učinki na možgane in na telo se razlikujejo glede na to, za kakšno vrsto PAS gre, najpogosteje pa se odraža na srčno-žilnem sistemu (npr. tahikardija, hipertenzija) ter centralnem živčnem sistemu (npr. od motenj zaznavanja do motenj ali izgub zavesti). Pogosti so primeri zastrupitev, slabega počutja, navadno pa uporabniki ne iščejo zdravstvene pomoči in počakajo, da težave izzvenijo, saj gre večinoma za blažjo simptomatiko, ki traja v povprečju od 2 do 10 ur (odvisno od odmerka in tipa snovi). V najhujših primerih so primorani poiskati zdravstveno pomoč zaradi zastrupitve ali posledic, zdravstveno obravnavane osebe pa so praviloma mlajše. Možne neželene posledice in tveganje za zdravje se v grobem delijo na tri skupine: telesni zapleti (npr. hepatotoksičnost pri kavi-kavi (*Piper methysticum*)), psihične motnje (npr. psihoze pri *Salvia divinorum*, manija pri šentjánževki (*Hypericum perforatum*)) ter genske spremembe (npr. mutagenost pri khatu).

Pregled najpogosteje uporabljenih učinkovin PAS rastlinskega izvora, ki so bile že laboratorijsko (plinska in tekočinska kromatografija, plinska kromatografija-spektrometrija, tekočinska kromatografija-spektrometrija) potrjene v telesnih tekočinah uporabnikov, Švedska, 2009 (N=462)

učinkovine	rastlinski izvor snovi	naravno uspeva	*najpogostejši simptomi
I. halucinogeni			
psilocin, psilocibin	Psilocybe genus: P. semilanceata, P. cubensis, P. Mexicana, Copelandia cyanescens	po vsem svetu	midriaza, halucinacije, vznemirjenost
salvinorin A	Salviae divinorum	J Mehika, Centralna in J Amerika	halucinacije
meskalin	Lophophora williamsii, Trichocereus pachanoi	Mehika Ekvador	halucinacije
atropin in skopolomin	Brugmansia spp., Datura spp	Afrika, Amerike, Azija, Avstralija, Evropa	midriaza, tahikardija, halucinacije
dimetiltriptamin (DMT)	Psychotria viridis, Diplopterys cabrerana, Phalaris spp.,	Centralna in J Amerika, Afrika, Avstralija, S Amerika, Evrazija	halucinacije, bruhanje, midriaza
johimbin	Pausinystalia yohimbe	Afrika, Amerike, JV Azija	halucinacije
ibogain	Tabernanthe iboga	Afrika	halucinacije
harmalin in harmin	Peganum harmala, Banisteriopsis caapi	Azija, J Amerika, Savdska Arabija, J Evropa	halucinacije, bruhanje, midriaza
II. stimulansi			
efedrin	Ephedra species: E. sinica, E. equisetina, E. spp.	Kitajska Evrazija, Amerike	vrtočlavlava, tahikardija, slabost,
khat	Catha edulis	V Afrika	Midriaza, tahikardija
kolmež	Acorus calamus	S Amerika, Evropa, Centralna Azija	slabost, dlje trajajoče bruhanje, midriaza
III. anksiolitiki			
amid lizergične kisline (LSA)	Ipomoea violacea, Argyrea nervosa	Afrika, Avstralija, Indija; kot okrasna rastlina širom po svetu	Bruhanje, midriaza, levkocitoza
kavain (kava-kava)	Piper methysticum	V Oceanija	sedacija

Vir: Karolinska Institute, 2009

*navedeni so tisti simptomi in znaki, zaradi katerih so osebe iskale zdravstveno pomoč

Zaključek

Nekatere države EU, pa tudi ZDA, so se lotile nadzora nad različnimi rastlinami s psihoaktivnimi učinki. Belgija je tako na seznam nadzorovanih PAS dodala še rastline ali dele rastlin (khat, *Salvia divinorum*); Švedska je na seznam prepovedanih PAS dodala salvorin-A; Nemčija prav tako nadzoruje *Salvia divinorum*. Khat je nadzorovan v 11 državah v Evropi. Kot odziv na smrtno primere, povezane s halucinogenimi gobami, sta Irska in Nizozemska zapolnili prejšnje vrzeli, ki so omogočale prodajo in posedovanje svežih gob, ki vsebujejo psilocin. Države sproti dopolnjujejo svoje sezname nadzorovanih PAS.

Možnost uvrstitve PAS rastlinskega ali sintetičnega izvora, ki jih ponujajo na spletu, med prepovedane droge pa sama po sebi ne odpravlja problematike. Zelo pomembno je ozaveščanje javnosti ter preventivno ukrepanje, saj je praksa pokazala, da kakor hitro postane neka spletna PAS prepovedana, se spletna ponudba preusmeri in ponuja nove možnosti. Podobno je v

primerih, kjer se poskuša nadzorovati odmerke in koncentracije neke PAS.

Pravilno in pravočasno preventivno ukrepanje pa ne vključuje le represivnih aktivnosti v smislu prepovedi, zasegov prepovedanih PAS ter kaznovalne politike, temveč tudi preventivne aktivnosti za ciljano skupino posebej ogroženih mladostnikov, ki imajo za cilj preprečevanje (prve in nadaljnje) uporabe ter preprečevanje odvisnosti.

Literatura je na voljo pri avtoricah.

Čudežna ozdravitev parodontoze po totalni gastrektomiji

Albert Juteršek

Še teden pred smrtjo je prijatelj in daljni sorodnik, hudo oslabil in shujšan po parenteralnem hranjenju, vstal in mi od blizu pokazal brezuspešen poskus pomajanja svojih zob, ki so bili po totalni gastrektomiji, prestanih kemo- in radioterapiji čvrsto vsajeni, nepomični kot granit. »Povej mi, zakaj se zdaj nič ne majejo, tudi malo jih ne morem premakniti. Kaj je to?«

Njegovo čudenje je bilo povezano z več kot desetimi leti kar najbolj strokovnega zdravljenja parodontoze in mojega nago-varjanja, naj gre vendar enkrat vsaj na dihalni test za ugotavljanje okužbe želodca s *Helicobacter pylori*. Vedno mi je odgovoril, da z želodcem nima nikakršnih težav, pač pa je nekako z ihto z majanjem sekalcev prikazoval svojo težavo. Pregovoril pa sem njegovo soprogo, da je šla na gastrokopijo in prestala izkoreninjenje želodčne bakterije.

Po manjšem infarktu srca je prenehal kaditi cigarete in razložil sem mu, kako so povezovali srčni infarkt z razjedo dvanajstnika in kajenjem, še preden smo vedeli za bakterijo *Helicobacter pylori* in njen vpliv na zdravje. Nobeno prepričevanje ni zaleglo, njegov želodec je bil zdrav, njegova edina težava je bila parodontozna. Svojo želodčno bolezen je odkril, ko ga je v Namibiji, kjer je bil kot lovec in ljubitelj živali, prvič zbolel želodec.

Mesto v vrsti za gastrokopsko preiskavo mu je odstopila njegova hčerka in odkrili so mu ogromno, 2 cm veliko razjedo

malignega videza. Histološko je bil prikazan razširjen spodraščajoči slabo diferenciran razuljesen adenokarcinom, ki je ponekod še tvoril žleze, površina sluznice je bila na debelo prekrita z bakterijami *Helicobacter pylori*, v sluznici pa je bilo hudo aktivno vnetje z nevtrofilci.

Po ustreznih preiskavah in zdravljenju se je počutil bolje, preostalim težavam se ni čudil, pač pa je bil začuden nad svojimi zobmi – bili so nepremično vsajeni, popolnoma drugače kot prej, ko so mu zdravili parodontozo. Ob vsakem obisku mi je prikazal to čudežno ozdravitev.

Po letu dni je zaradi karcinomskega fibroplastičnega adhezivnega peritonitisa moral preiti na parenteralno prehrano, požirati ni mogel niti sline, vse do zadnjega pa mi je kazal nepomičnost svojih zob.

Na spletu sem ob vtipkanju gesel parodontosis, *Helicobacter pylori* gastritis dobil nekaj nad 400 člankov, ob geslu parodontosis pa več kot 40.000, kar ravno ne potrjuje strokovnih poka-zov o sistemu MALT (grdo slovensko – Mukozi Asociirano Limfatično Tkivo).

Odgovor sem prijatelju ostal dolžan. Mogoče bo nanj kdo odgovoril strokovno.

Cepljenje proti pandemski gripi v Sloveniji

Alenka Kraigher, Marta Grgič Vitek

Uvod

Pandemska gripa je akutna okužba dihal, ki jo povzroča pandemski virus gripe A (H1N1)v, ki se zlahka prenaša z osebe na osebo. Širi se na enak način kot običajna sezonska gripa. Virus se prenaša s kužnimi kapljicami in prek onesaženih površin. Kužne kapljice se prenašajo s kihanjem, kašljanjem in z glasnim govorjenjem, pa tudi z neposrednim in posrednim stikom prek kljuk in drugih predmetov, ki so onesaženi z izločki dihal.

Virus na rokah preživi zelo kratek čas, vendar ga v tem času, če nismo pazljivi, lahko preko sluznic oči, nosu ali ust vnesemo v telo. Pandemska gripa poteka s podobno klinično sliko kot običajna sezonska gripa, in sicer s povišano telesno temperaturo, mrazenjem, suhim kašljem, bolečinami v žrelu, zamašenim nosom ali izcedkom iz nosu, bolečinami v mišicah in kosteh, glavobolom, utrujenostjo, bruhanjem, drisko.

Čeprav ima pandemska gripa veliko podobnosti s sezonsko gripo, je v Evropi opaznih nekaj pomembnih razlik:

- ob pandemskih valovih se pojavlja več zbolelih naenkrat,
- med zbolelimi je manjši delež starejših, saj imajo nekateri nekaj imunosti proti pandemskemu virusu; vendar pa tisti starejši, ki zbolijo, največkrat utrpijo težak potek bolezni ali smrt (v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami),
- težji potek bolezni vključuje primarno virusno pljučnico, ki povzroča ARDS, kar bo dodatno obremenilo oddelke za intenzivno nego,
- sekundarne bakterijske okužbe so manj izrazite, razen pri otrocih,
- veliko okužb poteka asimptomatsko ali z blago klinično sliko.

Najvišje stopnje zbolevanja imajo otroci in mladi odrasli. Skupine z večjim tveganjem za težji potek bolezni, ki največkrat potrebujejo hospitalizacijo, so osebe s kroničnimi boleznimi, nosečnice in majhni otroci. Podatki z južne poloble in Amerike kažejo, da je pri okuženih osebah večje tveganje za težji potek bolezni in hospitalizacijo, če imajo dejavnike tveganja: nosečnost (10-krat večje tveganje), astmo ali druge kronične bolezni dihal (trikrat večje tveganje),

hudo debelost (šestkrat večje tveganje), v primerjavi z osebami brez dejavnikov tveganja. Nekateri odrasli in otroci pa utrpijo težak potek bolezni ali celo smrt, ne da bi imeli vidne spremljajoče kronične bolezni ali stanja. Delež vseh smrti, povezanih z gripo, ki se pojavi pri takih osebah (brez dejavnikov tveganja), je lahko kar 20- do 30-odstoten.

Cepljenje in cepivo

Pred pandemsko gripo se varujemo z odgovornim ravnanjem, zlasti upoštevanjem ustreznih higienskih navad kihanja, kašljanja in umivanja rok. Najučinkovitejša pa je zaščita s cepljenjem. Cepljenje je smiselno za vsakogar, še zlasti pa je pomembno za osebe, ki imajo večje tveganje za težji potek bolezni. Zelo pomembno je tudi cepljenje zdravstvenih delavcev.

Pandemsko cepivo je izdelano po enakih postopkih kot običajno sezonsko cepivo. Je »mrtvo« cepivo, ki vsebuje majhno količino beljakovin s površine pandemskega virusa A (H1N1)v, zato ne more povzročiti bolezni. Cepivo vsebuje adjuvans ASO3 (sestavljeno iz skvalena, DL- α -tokoferola in polisorbata 80), ki spodbudi odgovor imunskega sistema po cepljenju in s tem zagotavlja boljšo zaščito. Poleg tega cepivo vsebuje še druge pomožne snovi: oktoksinol 10, tioramsal, natrijev klorid, natrijev hidrogenfosfat, kalijev dihidrogenfosfat, kalijev klorid, magnezijev klorid in vodo za injiciranje.

Skvalen je naravno prisoten v rastlinah, živalih in ljudeh. Pri ljudeh se sintetizira v jetrih in ga najdemo v krvi. Skvalen je prisoten tudi v hrani, kozmetičnih izdelkih, zdravilih in prehrabnih dopolnilih. Skvalen, ki se uporablja pri izdelavi cepiv, je destilirano iz jetrnih maščob morskega psa in je zelo prečiščen. Proces čiščenja vključuje procese, pri katerih pride do uničenja vseh potencialno alergeničnih proteinov. Pregled vseh prijavljenih primerov alergij in anafilaktičnih reakcij po cepljenju s cepivi, ki vsebujejo skvalen, ni odkril primera alergijske reakcije na ribe. Zaradi dodanega adjuvansa je potrebne manj učinkovine – antigenov pandemskega virusa, kar omogoča izdelavo večjih količin cepiva. Uporaba adjuvantnega cepiva lahko zagotovi tudi navzkrižno zaščito proti spremenjenemu virusu, kajti virusi gripe se relativno pogosto spreminjajo. Cepivo z adjuvansom ustreza priporočilu Svetovne zdravstvene organizacije in je odobreno z odločbo Evropske komisije. Adjuvans v pandemskem

cepivu, ki ga uporabljamo v Sloveniji, je bil uporabljen v modelnem cepivu H5N1 v predpandemskem obdobju in je bil preizkušen pri več kot 45.000 osebah po svetu. Podoben adjuvans se uporablja v cepivih proti običajni sezonski gripi, ki so na evropskem tržišču že od leta 1997. Doslej je bilo razdeljenih več kot 40 milijonov odmerkov. Resnih neželenih učinkov niso opazili.

Cepivo, ki ga uporabljamo v Sloveniji, je pakirano v stekleničkah po deset odmerkov, v škatli s 500 odmerki za odrasle oziroma 1000 odmerki za otroke. Zaradi pakiranja z več odmerki je cepivu dodan tiomersal kot konzervans, ki preprečuje, da bi se cepivo onesažilo z bakterijami ali glivami, in ima stabilizacijski učinek, ki pripomore, da ostane cepivo učinkovito dlje časa. Tiomersal vsebuje živo srebro v obliki etil živega srebra, ki se hitro izloča iz telesa. Tiomersal se uporablja že od leta 1930 kot dodatek različnim zdravilom (imunoglobulinom, očesnim in nosnim kapljicam itd.), kozmetičnim pripravkom in tudi nekaterim drugim cepivom. Razen blagih lokalnih reakcij na mestu cepljenja drugi neželeni učinki tiomersala pri koncentracijah, ki se uporabljajo v cepivih, niso bili dokazani. Raziskave so pokazale, da ni povezave med cepivi, ki vsebujejo tiomersal, in nastankom avtizma ali specifičnih motenj v nevrološkem razvoju. Pandemsko cepivo vsebuje pet mikrogramov tiomersala na odmerek. To je veliko manj, kot je priporočena dnevna omejitev za izpostavljenost živemu srebru. Nobenega razloga torej ni za izogibanje cepljenju s cepivi, ki vsebujejo tiomersal, tako otrok, starejših oseb kot tudi nosečnic.

Pandemsko cepivo, ki ga uporabljamo v Sloveniji, je bilo testirano v kliničnih študijah, preden je bilo odobreno za uporabo v EU, in se uporablja v številnih državah Evropske unije. Na Švedskem je bilo do konca oktobra razdeljenih že 1,4 milijona odmerkov tega cepiva.

Neželeni učinki po cepljenju

Kot pri drugih cepljenjih, se tudi po cepljenju proti pandemski gripi lahko pojavijo neželeni učinki, kot so bolečina, oteklina, zatrdlina, rdečina na mestu cepljenja, glavobol, bolečine v mišicah in sklepih, zvišana telesna temperatura ter utrujenost. Večina neželenih učinkov je blagih in prehodnih ter brez zdravljenja minejo v nekaj dneh. Resni neželeni učinki po cepivih proti gripi so redki. Izjemno redko se po cepljenju pojavijo alergične reakcije, ki lahko privedejo do anafilaktičnega šoka. Preučevanja toksičnosti in druga preučevanja na živalih ne kažejo na neposredne niti posredne škodljive učinke na plodnost, nosečnost, razvoj ploda, porod niti na razvoj po porodu.

Vsekakor pa je pomembno nadaljnje spremljanje in ocenjevanje vzročne povezanosti morebitnih učinkov,

pridruženih cepljenju, saj se bodo pri cepljenih osebah, tako kot običajno, pojavljale številne bolezni in stanja, ki bodo časovno povezana s cepljenjem. Evropska agencija za vrednotenje zdravil (EMA) namenja posebej veliko pozornost varnosti tudi potem, ko je cepivo že v splošni uporabi. To vključuje spremljanje pojavov, pridruženih cepljenju, in beleženje zelo redkih in novih neželenih učinkov. Pomembno je sprotno in natančno poročanje o neželenih učinkih. V skladu s 45. členom Pravilnika o cepljenju, zaščiti z zdravili in varstvu pred vnosom in razširjenjem nalezljivih bolezni mora vsak zdravnik, ki ugotovi stranske pojave po cepljenju, o vsakem posameznem primeru takoj, na predpisanem obrazcu, obvestiti register za stranske pojave po cepljenju pri IVZ.

Potek in organizacija cepljenja

V Sloveniji smo konec oktobra začeli s cepljenjem proti pandemski gripi. Obenem poteka tudi cepljenje proti sezonski gripi, ki pa ne zaščiti pred pandemsko gripo. Trenutno so na voljo omejene količine pandemskega cepiva, zato je v cepilnih centrih po Sloveniji cepljenje prednostno namenjeno zdravstvenim delavcem in kroničnim bolnikom. Naša strategija cepljenja je primerljiva z drugimi državami. Tisti, ki cepivo najbolj potrebujejo, naj ga dobijo prvi.

Ministrstvo za zdravje je imenovalo strokovno skupno za cepljenje proti pandemski gripi, ki je na podlagi epidemioloških podatkov in razpoložljivih količin cepiva potrdila predlog prednostnih skupin za cepljenje proti pandemski gripi, ki so: zdravstveni delavci, saj s cepljenjem zaščitijo sebe, svojce in svoje bolnike ter z zmanjšanjem zbolewnosti zagotavljajo nemoteno delovanje zdravstvene službe; skupine z večjim tveganjem za težji potek bolezni – kronični bolniki (starejši od šest mesecev), ki imajo naslednje kronične bolezni in stanja: astmo, kronično obstruktivno pljučno bolezen, kronične srčno-žilne bolezni (izjema je povišan krvni pritisk brez okvare notranjih organov, ki ne pomeni povečanega tveganja za zaplete gripe), kronične ledvične bolezni (predvsem odpoved ledvic), kronične jetrne bolezni, kronične nevrološke bolezni, sladkorno bolezen, zdravljeno z zdravili, imunska oslabeledost zaradi bolezni ali zdravil, ki slabijo imunost.

Večje tveganje za težji potek bolezni imajo tudi nosečnice, osebe, starejše od 65 let, in otroci, mlajši od dveh let. Ostale skupine prebivalstva se bodo cepile glede na pravočasno dostopnost dovolj velikih količin pandemskega cepiva.

Trenutno* priporočena shema cepljenja s cepivom proti pandemski gripi (26. 10. 2009):

Starost	Odmerjanje
Otroci od 6 mesecev do 9 let	2 polovična odmerka (0,25 ml) s presledkom vsaj treh tednov
Odrasli in otroci, stari 10 let in več	1 odmerek (0,5 ml) [#]
Osebe z oslABLJENO imunostjo zaradi bolezni ali zdraviL	2 odmerka (0,25 oz. 0,5 ml) s presledkom vsaj treh tednov

* Shema cepljenja se bo z novimi podatki kliničnih raziskav lahko spreminjala.

[#] Če bo potreben še drugi odmerek, ga prejmejo s presledkom vsaj treh tednov.

Priporočljivo je, da se za cepljenje z drugim odmerkom uporabi isto pandemsko cepivo.

Če je smiselna sočasna uporaba drugega cepiva, je treba cepivi injicirati intramuskularno na različni mesti.

S pandemskim cepivom ne smejo biti cepljene osebe, ki so imele resno alergično reakcijo na katero koli sestavino pandemskega cepiva ali na katero koli snov, ki je lahko prisotna v cepivu v sledovih, in sicer: jajčne in piščančje beljakovine, ovalbumin, formaldehid, gentamicinijev sulfat ali natrijev deoksiholat. V primeru akutne bolezni z visoko telesno temperaturo (nad 38° C) se cepljenje odloži.

Zaključek

Slovenija je za prebivalstvo iz državnega proračuna zagotovila količine cepiva glede na ugotovljen epidemiološki vzorec povzročitelja in bolezni ter na podlagi ocene tveganja in koristi za prebivalstvo oziroma za izbrane skupine prebivalstva.

Trenutni podatki nakazujejo, da lahko v naslednjih tednih pričakujemo znatno povečanje zbolevanja za pandemsko gripo. Zato je pomen cepljenja, ki naj se izvede v najkrajšem možnem času, še toliko večji. Naš skupni cilj je usmerjen v zmanjševanje širjenja pandemске gripe in omilitev bremena pandemije.

Prebivalci bodo zlasti izbrane zdravnike spraševali za mnenje glede cepljenja s pandemskim cepivom. Zelo pomembno je, da cepljenje priporočimo osebam z večjim tveganjem za težji potek bolezni in zaplete. Nujno pa je, da zdravniki temeljimo svoje podajanje nasvetov na dokazih in s svojim ravnanjem dajemo zgled drugim ljudem.

Literatura je na voljo pri avtoricah.

Nov pristop k HIV: testiraj in zdravi

Janez Tomažič, Mario Poljak

Osebe, okužene s HIV, ki ne vedo za svojo okužbo, ogrožajo sebe (napredovanje bolezni) in druge (neza vedno širjenje okužbe). HIV/aids je dandanes izrazito kronična bolezen, vendar morata biti izpolnjena dva temeljna pogoja: da se okužba pravočasno prepozna, da pride bolnik k ustreznemu strokovnjaku in da redno uživa zdravila, ko je to potrebno. V zadnjih letih v Sloveniji opazamo porast novih diagnoz HIV-okužbe. Letno na novo odkrijemo blizu 50 okuženih oseb. Približno polovica odkritih ima zgodnjo okužbo (do enega leta po primarni okužbi), ostali pa so okuženi več let in so pogosto že simptomatski. Številne bolnike odkrijemo že v obdobju poznih zapletov bolezni (obdobje aidsa). Pogosto jih pred infektologi pregledajo že številni zdravniki različnih specialnosti (v povprečju dva do trije zdravniki, včasih pa tudi več kot 20!), ki okužbe ne prepoznajo. Pri tem pogosto delajo številne nepotrebne invazivne preiskave in se izpostavljajo okužbi. Okužba pri bolniku ostane prikrita, napreduje, poleg tega pa jo lahko prenese na druge osebe.

Testiranje

Kdo in kdaj naj se odloči, da bolniku predlaga zaupno testiranje na okužbo s HIV:

- 1. Katerikoli zdravnik** (osebni zdravnik, zdravnik na urgenci, različni specialisti), posebno bolnikov osebni zdravnik, ki najpogosteje prihaja z njim v stik, **naj predlaga bolniku, da se rutinsko** testira na okužbo s HIV. Pri tem ni pomembno, ali bolnik pripada t.i. skupini tveganja.
- Če so pri bolniku znane **epidemiološke okoliščine** (tvegano vedenje, ki je povezano s prenosom HIV, posebno pri moških v spolno aktivnejšem obdobju), če ima bolnik »**indikatorske bolezni za HIV-okužbo**« (bolezni, katerih pojavnost pri HIV okužbi je > 1 odstotek) in če ima bolnik **bolezni, ki definirajo aids**, naj zdravnik skuša osebo/bolnika prepričati, da se testira (vsiliti testiranje).

Rezultate testa mora zdravnik bolniku razložiti. **Ob**

Tabela 1. Kdaj začeti s protiretrovirusnim zdravljenjem (povzeto po priporočilih: EACS – European Aids Clinical Society, november 2009)

Primarna okužba – zdravljenje je:

priporočeno: - pri boleznih, ki opredeljujejo aids

- če $CD4 < 350/mm^3$ po 3. mesecu po okužbi

premisli o zdravljenju: pri zelo izraženem AHS, posebno pri prizadetosti OŽ

Simptomatski bolnik – zdravljenje je:

priporočeno: stadij B po CDC

potrebno takoj: prisotne oportunistične okužbe (stadij C po CDC)

Asimptomatski bolnik – zdravljenje je:

$CD4 < 200/mm^3$: potrebno takoj

$CD4 201-350/mm^3$: priporočeno

$CD4 350-500/mm^3$:

- priporočeno: koinfekcija s HCV; koinfekcija s HBV, ko je potrebno zdravljenje HBV; HIV-nefropatija ali druge specifične okvare organov
- premisli o zdravljenju: $VB > 10^5$ kopij/mL in/ali padec $CD4 > 50-100/mm^3$ /leto; starost > 50 let; nosečnost; veliko srčno-žilno tveganje; rakave bolezni

$CD4 > 500/mm^3$:

- zdravljenje odložimo: če $VB > 10^5$ kopij/mL, moramo bolj pogosto spremljati VB
- zdravljenje je možno: če prisotna ≥ 1 zgoraj omenjenih bolezni

Katerakoli $CD4$ in VB : možno: pri bolnikih, ki se želijo zdraviti (npr. okužena oseba, ki ima neokuženega partnerja/-ico)

AHS: akutni HIV sindrom; **OŽ**: osrednje živčevje; **CDC**: Center za nadzor bolezni, ZDA; **HCV**: virus hepatitisa C; **HBV**: virus hepatitisa B; **VB**: virusno breme

negativnem rezultatu mora po potrebi bolnika opozoriti na obdobje »okna«, to je časovni presledek med izpostavitvijo virusu in zaznavo le-tega v krvi. **Nikoli ne sme bolnika obveščati o pozitivnem rezultatu testa samo na osnovi presejalnih testov, počakati mora na izvide potrditvenih testov!!!**

Zaupno testiranje na okužbo s HIV je za paciente brezplačno (v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja) in se izvaja na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Za razliko od večine laboratorijskih testov se **presejalni testi na HIV v celoti krijejo iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja** in stroški testiranja dodatno ne bremenijo nobenega zdravnika.

Zdravljenje

Eno ključnih vprašanj je, kdaj začeti zdravljenje pri brezsimptomatskih osebah, okuženih s HIV. V obdobju zelo učinkovitega protiretrovirusnega zdravljenja (angl. *highly active antiretroviral treatment* – HAART) od leta 1996 dalje so se priporočila zelo pogosto spreminjala in tudi današnja niso dokončna. V zadnjem obdobju se uveljavlja vse bolj zgodnje zdravljenje. Rezultati velikih kolaborativnih kohortnih raziskav so pokazali, da je bilo tveganje za smrt pri bolnikih, ki so

začeli HAART v obdobju, ko so imeli koncentracijo celic $CD4$ več kot 500 celic/ mm^3 , dvakrat manjše kot pri tistih, ki so začeli z zdravljenjem, ko so imeli 350 do 500 celic $CD4/mm^3$. Današnja priporočila za začetek zdravljenja so prikazana v tabeli 1.

Zaključek

Kljub temu, da je vse več znanja glede HIV/aidsa, se epidemija v Sloveniji vse hitreje širi. Eden od novih pristopov k preprečevanju in obvladovanju okužbe s HIV je »Testiraj in Zdravi«. S promocijo novega odnosa do testiranja želimo zmanjšati breme prepoznih diagnoz okužbe s HIV v Sloveniji in doseči destigmatizacijo in »normalizacijo« testiranja na HIV. Zdravniki moramo testiranje na HIV ne le omogočati, ampak tudi spodbujati, ob tem pa imamo tudi vedno priložnost, da preventivno-vzgojno vplivamo na naše bolnike. S pravočasnim prepoznavanjem okužb s HIV in pravočasnim oziroma zgodnejšim zdravljenjem bomo pomembno prispevali k zamejitvi te nevarne okužbe.

Literatura je na voljo pri avtorjih.

Možganska kirurgija pri budnem bolniku – pomoč pri varnejšem odstranjevanju možganskih tumorjev

Andrej Vranič, Jasmina Markovič Božič

Cilj nevrokirurškega posega zaradi možganskega tumorja ni le popolna odstranitev lezije, ampak predvsem funkcionalno neprizadet bolnik. Pri odstranjevanju hemisfernih možganskih tumorjev je zato ključnega pomena poznavanje funkcije možganske skorje, posebno kadar gre za tumorje v neposredni bližini t.i. elokventnih področij možganov.

V ožjem pomenu so elokventna področja možganov tisti deli možganske skorje, ki omogočajo tekoč, razumljiv govor (lat. *eloquens* – nadarjen za govorništvo, zgovoren). V širšem pomenu pa med elokventna področja štejemo govorni in motorični del možganske skorje. Seveda so to področja, ki se jim med posegom v možganovino poskušamo kar najbolj izogniti in tako bolniku zagotoviti največjo možno kakovost življenja po operaciji.

Kadar iz magnetnoresonančnih (MR) posnetkov sklepamo, da niti popolna niti delna odstranitev tumorja v elokventnem področju ni mogoča, se odločimo za igelno biopsijo tumorja. To lahko opravimo s pomočjo stereotaktičnega sistema, ki nam omogoča orientacijo v namišljenem tridimenzionalnem prostoru, ali pa s pomočjo nevronavigacije, ki temelji na integraciji MR-posnetkov s položajem bolnikove glave v prostoru. Kadar je namen operativnega posega delna ali popolna odstranitev tumorja v bližini elokventnega področja, lahko varnost posega izboljšamo z različnimi predoperativnimi in intraoperativnimi metodami, med katerimi je za nevrokirurga najzanimivejše odstranjevanje tumorja pri budnem bolniku. Te metode nam omogočajo, da natančneje opredelimo tako položaj tumorja kot tudi funkcijo možganske skorje v njegovi bližini. Na ta način povzročimo kar najmanjšo poškodbo možganske skorje, predvsem pa se izognemo elokventnim področjem možganov.

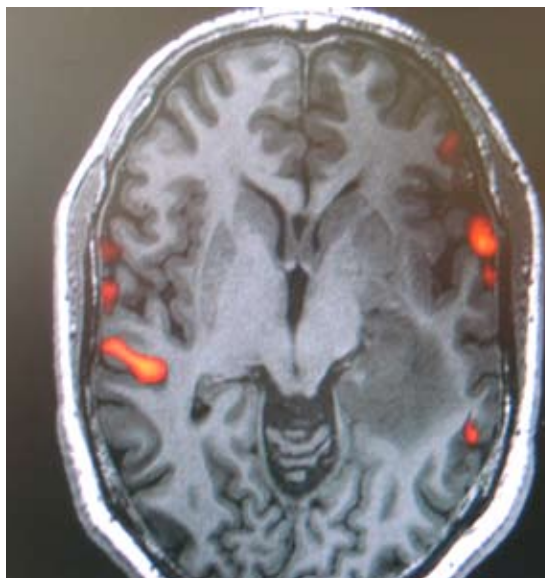
Slikovna diagnostika

Od slikovnih **predoperativnih** metod so nam poleg klasičnih CT, MR in angiografskih preiskav na voljo **traktografske preiskave** in **tridimenzionalno načrtovanje posega**. **Intraoperativno** si lahko tumor bolje prikažemo s pomočjo **nevronavigacije**, ki pa uporablja MR-posnetke, narejene dan ali dva pred posegom, zato ne gre za prikazovanje tumorja v

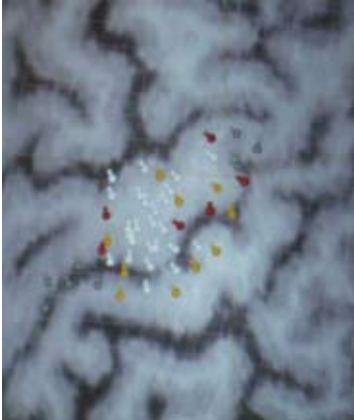
realnem času. Za prikazovanje tumorja v realnem času med operacijo (t.i. intraoperativni *real-time imaging*) so na voljo tri metode. Najenostavnejša je uporaba **intraoperativnega ultrazvoka**, ki nam preko dure (ne pa tudi transkranično) pokaže subkortikalno ležeče tumorje. Drugi način je **fluorescenčno vodena resekcija tumorja**, ki jo uporabljamo pri resekciji malignih gliomov. Tumor obarvamo s pomočjo obarvane aminolevulinske kisline (5-ALA), ki jo bolnik pred posegom zaužije per os. Gliomi 5-ALA prevzemajo, zdrava možganovina pa ne. Do obarvanja tumorja pride pod modro-vijolično svetlobo, ki jo oddaja v ta namen prirejeni mikroskop. Tako lahko nevrokirurg natančneje loči tumor od zdrave možganovine. Tretja možnost intraoperativne slikovne diagnostike v realnem času je **intraoperativna magnetnoresonančna preiskava (iMR)**. V zadnjih letih se je uporaba iMR v nevrokirurgiji precej razširila, tako da jo uporabljajo že v več kot 150 nevrokirurških centrih po svetu.

Funkcionalna diagnostika

Kljub dobri slikovni diagnostiki, s katero znamo tumor locirati v prostoru, pa to vedno ne zadostuje. Ob pogledu na možgane nevrokirurg ne more natančno



Slika 1. Slikanje s fMR zaradi tumorja v globini levega temporalnega režnja. Ob tvorbi govora se poleg leve aktivirajo tudi deli desne temporalne skorje, natančna določitev lokacije področja za govor ni mogoča.



Slika 2. Transkranijska magnetna stimulacija. Označena so stimulirana področja motorične skorje, ki sprožijo elektromiografsko zaznaven odziv na zgornji okončini.



Slika 3. Logopedinja se pogovarja z bolnikom med operacijo, EMC Rotterdam.



Slika 4. Kraniotomija pri budni bolnici, Hospital del Mar, Barcelona.

vedeti, kateri del možganske skorje je odgovoren za določeno funkcijo. Predvsem to velja za govorna področja možganske skorje (Broca, Wernicke), katerih položaj najbolj variira. Primarno motorično področje se nahaja v precentralnem girusu, zato njegov položaj lažje določimo. Je pa znotraj primarnega motoričnega področja težko razlikovati med področji za posamezne dele telesa.

Tumorji, ki se nahajajo v bližini govornega področja, so najpogostejše primarni možganski tumorji (gliomi), redkeje metastaze ali meningiomi. Motnje govora po odstranitvi takih tumorjev so za bolnika vsaj toliko ali pa še bolj moteče kot motnje motorike, zato se poskušamo obojim izogniti. Pri prepoznavanju elokventnih predelov možganov nam pomagata predoperativna in intraoperativna funkcionalna diagnostika možganske skorje.

Od **predoperativnih** funkcionalnodia-
gnostičnih preiskav je v zadnjih desetih letih v širšo klinično uporabo prešla predvsem **funkcionalna magnetnoresonančna preiskava (fMR)**, s katero prikažemo aktivni del možganske skorje. Pokaže večji pretok skozi aktivni del govorne ali motorične skorje, medtem ko bolnik govori ali premika okončino. Slabost fMR-posnetkov je, da so včasih nejasni in za ohranjanje govorne funkcije premalo natančni (slika 1).

Novejša predoperativna funkcionalnodia-
gnostična metoda, ki šele prehaja v klinično prakso, je **transkranijska magnetna stimulacija (TMS)**. Uporabljamo jo za določanje lokacije primarne motorične skorje, združuje pa nevronavigacijske in elektromiografske principe. Pri TMS stimuliramo možgansko skorjo z ročno vodenim magnetnim stimulatorjem, ob tem pa elektromiografsko snemamo odzive na okončinah. Stimulirano mesto možganske skorje si s pomočjo nevronavigacije prikažemo na MR-posnetkih (slika 2).

Intraoperativno funkcionalno diagnostiko možganske skorje imenujemo tudi **možgansko označevanje** oziroma *brain mapping*. Za razliko od TMS *brain mapping* temelji na **neposrednem draženju možganske skorje (direct cortical stimulation)** z elektrodo ter posledični aktivaciji piramidne proge. Aktivnost piramidne proge elektromiografsko zaznavamo kot motorične evocirane potenciale (MEP) na okončinah. Področja

možganske skorje, katerih draženje povzroči proženje MEP, označimo in se jim pri odstranjevanju tumorja izognemo.

Pri ohranjanju funkcije govora pa elektrofiziološke metode ne zadostujejo. Ker lahko govor nadzorujemo samo pri zavestnem bolniku, pride pri bolnikih s tumorjem v bližini govornega področja v poštev le odstranjevanje tumorja v budnem stanju (*awake surgery*).

Med posegom v budnem stanju se z bolnikom pogovarja nevrofiziolog, logoped ali nevropsiholog, ki zaznava motnje govora (slika 3). Bolnik poimenuje predmete na slikah ali pa za sogovornikom ponavlja kompleksne besede. Nevrokirurg medtem s posebno stimulatorsko elektrodo draži možgane. Ob stimulaciji govornih področij se bolnikov govor spremeni – pojavijo se parafazije, jecljanje ali pa govor utihne. Občutljiva področja označimo (*brain mapping*). Anesteziolog nato bolnika ponovno sedira. Bistveno je, da se nato nevrokirurg med odstranjevanjem tumorja izogne označenim področjem.

V zadnjem času smo obiskali nekaj centrov, kjer se ukvarjajo s kirurgijo pri budnih. Anesteziološki pristop je različen. V bolnišnici Salpêtrière v Parizu in v MD Anderson Cancer Centre v Houstonu naredijo boleči del operacije v splošni anesteziji, neboleči del posega pa pri budnem bolniku. V Erasmus Medical Centru v Rotterdamu in v Hospital del Mar v Barceloni pa anesteziolog izvaja **sedacijo ob ohranjeni zavesti (conscious sedation)**, nevrokirurg pa pred posegom v operativno polje infiltrira lokalni anestetik (slika 4). Vse bolnike je treba med posegom natančno nadzorovati (življenske funkcije, dihalna pot).

Zanimiva je tudi ugotovitev, da je tvorba različnih jezikov pri večjezičnih bolnikih vezana na različne dele možganske skorje. V Barceloni smo videli, kako so pri dvojezičnih bolnikih določeni deli skorje dominantne hemisfere pomembni za ohranjanje katalonskega, drugi pa za ohranjanje španskega jezika. Bolnik se lahko pred posegom celo odloči, kateri jezik lahko ostane prizadet oziroma katerega bo lažje pogrešal. Dobra priprava bolnika in timsko delo strokovnjaka za govor, anesteziologa in nevrokirurga sta pri teh posegih vsekakor ključnega pomena.

Kongres

Kaj so pristojnosti zdravnika medicine dela?

Tihomir Ratkajec

V Cape Townu je od 22. do 27. marca 2009 potekal 29. svetovni kongres medicine dela, ki ga je organiziral Mednarodni odbor za zdravje pri delu (International Commission of Occupational Health – ICOH). ICOH že več kot 100 let skrbi za raziskave, usposabljanje in promocijo dobre prakse v medicini dela. Prvi kongres je bil v Milanu daljnega leta 1906. S tokratnega kongresa, ki je privabil več kot 1700 udeležencev, bom povzel le tri glavna predavanja, ki so se mi zdela še posebej zanimiva.

Ameriško združenje za medicino dela (American College of Occupational and Environmental Medicine, Illinois, 2008, <http://www.acoem.org>) je opredelilo ključne pristojnosti zdravnika specialista medicine dela (SMD):

1. na področju kliničnega znanja (zdravnik ima dobro klinično znanje in veščine za ugotavljanje in zdravljenje bolezni v zvezi z delom in okoljem);
2. na področju poznavanja zakonodaje (spoštuje in izvaja zakonske akte, ki se nanašajo na delo in okolje, na nadomestila delavcu, na iskanje dela za manj sposobne, na javno zdravstvo, varnost delavcev, zdravo in varno okolje);
3. pristojnosti na področju zdravega okolja (razpolaga z znanjem za oceno možnih škodljivosti iz okolja, ki lahko okvarijo zdravje posameznika in družbe, in ima znanje o naravnih ali umetnih onesnaževalcih, o fizikalnem, socialnem okolju, skladiščenju snovi, urbanem razvoju, transportu ter na splošno o industriji in kmetijstvu);
4. ocenjuje sposobnosti za delo in vključevanje manj sposobnih, zna določiti delo, ki ga bo posameznik opravljal brez škodljivega vpliva zanj, delodajalcu in delavcu daje navodila (s pisnim nasvetom), kaj vse je potrebno za vključitev delavca v delovno okolje;
5. na področju toksikologije zna prepoznati, ovrednotiti toksičnost snovi in predlagati ukrepe za njihovo obvladovanje pri delu, predvsem pa zna tolmačiti laboratorijske preiskave in meritve iz okolja;
6. zna oceniti tveganja za zdravje delavcev pri izpostavljenosti fizikalnim, kemičnim in biološkim škodljivostim; če ugotovi tveganja, jih opiše in daje priporočila za kontrolna merjenja;
7. pripravi ukrepe za primer nesreče pri delu in prvo pomoč (načrtuje ukrepe, odgovornosti v primeru nesreč pri specifičnem delu, s poudarkom na odgovornosti tega prizadetega okolja; mobilizira, komunicira in sodeluje z lokalnimi organi, organi na regijskem in državnem nivoju);
8. sodeluje pri optimiziranju zdravja in produktivnosti (prepozna in poudari osebne in organizacijske dejavnike pri delu, s ciljem optimizacije zdravja pri delu in večje produktivnosti, zmanjšanja izostajanja z dela, izboljšanja zdravja, upravljanja z zdravjem delavcev);
9. deluje na področju javnega zdravja, nadzora in preprečevanja bolezni (zna razviti, oceniti in izvajati program medicinskega nadzora nad delavci in tudi nad splošnim prebivalstvom, izvajajoč vse vrste preventive);
10. ima znanje s področja upravljanja in vodenja, načrtovanja, oblikovanja, uvajanja in vrednotenja široko zastavljenih programov zdravja na delu in v okolju.

Naloga SMD ni več določena le z zakonodajo, ki je sicer odigrala svojo vlogo v preprečevanju tveganja za bolezni. Zaradi sprememb v ekonomiji in podjetjih (vse več majhnih, srednje velikih podjetij, delo doma, interakcija kemikalij in kajenja, vpliv kombinacije dejavnikov iz okolja in dela) to ne bo več dovolj. Osnovna naloga SMD ne bo več le prepoznati tveganja, ampak jih nadzorovati in preprečiti njihove posledice. Medicina dela ne bo zajemala le dejavnikov dela, ukvarjala se bo z individualnim, psihičnim, socialnim počutjem ter drugimi dejavniki zdravja prebivalstva. Zaradi tega bodo morali v timu SMD sodelovati specialist medicine dela, sestra, ergonomi, inženirji varnosti. Vloga sestree je in bo izobraževanje, sodelovanje pri različnih testiranjih in svetovanje delavcem.

Nova tveganja (Algranti, Sao Paulo)

Zaradi pospešenega razvoja neformalne ekonomije, ko ljudje delajo brez pogodb, z začasnimi pogodbami, brez plačila socialnih prispevkov, se pojavljajo škodljivi delovni pogoji in nova tveganja. To so večji stres in njegov negativni vpliv na zdravje, kombinacija dejavnikov dela in okolja zaradi slabšega socialnega okolja in nepravilnega razporejanja dobrin. Aktualna postajajo tveganja

vpliva nanodelcev na zdravje, vprašanje zdravja priseljencev z nizko izobrazbo in humanitarnih delavcev.

Tradicionalno pravo ali pravo rdeče luči se je opiralo na filozofijo, da je nevarno delo prepovedano. To je bilo jasno navedeno v zakonodaji. V sedanjem času nastaja vse večji prepad med resnično situacijo na delu in pravom. Moderna zakonodaja opredeljuje odgovornost delodajalca za zdravo in varno delo ter sočasno opredeljuje naloge in odgovornosti delavca. Takšna zakonodaja je dobra za ekonomsko stabilna podjetja v razvitih družbah. Kaj je s takšno odgovornostjo, kjer in ko ekonomija ni več stabilna in rastoča? Kako uveljaviti pravo v sektorjih, kjer vse več delavcev dela brez pogodbe, kjer so samozaposleni ali začasno zaposleni? Za takšne situacije ni pravnega odgovora. Na primer v kanadskih provincah Britanska Kolumbija in Ontario so dokazali močno zvezo med preventivno boleznimi v zvezi z delom, kakor je opredeljeno v ciljnih SMD, in različnimi oblikami odškodnin. Ugotavljajo, da visoke kazni niso prinesle večje varnosti v še tako razviti demokratični in ekonomski družbi. Nadalje, slab in neustrezen sistem nadomestil (kompenzacij) tudi ne prinese izboljšanja varnosti in zdravja, ker delodajalec malo ali nič ne investira v sistem zdravja in varnosti. Primer: leta 1994 so v Južni Afriki dali nizke odškodnine rudarjem, ki so zboleli za pljučnimi boleznimi, zato je delodajalec tudi malo vložil v preventivo takšnih boleznih. Profesor prava na Univerzi v Cape Townu P. Benjamin zaključuje, da je treba ponovno ovrednotiti vlogo nadomestil v luči prava, da bi nadomestilo imelo preventivno vlogo v preprečevanju boleznih in poškodb pri delu. Skladi za nadomestila bi morali povečati sredstva in zmogljivosti v preventivne namene.

Zanimivo vprašanje je izpostavil prof. Westerholm z Univerze na Upsali o **vplivu treh kodeksov etike na zdravnike in drugo osebje v medicini dela**. Ali so ti kodeksi dovolj v spreminjajoči se družbi in ekonomiji? Gre za kodeks etike ICOH (International Commission on Occupational Health), francoski deontološki kodeks in kodeks fakultete za medicino dela iz Anglije. ICOH poudarja popolno poklicno neodvisnost zdravnika v opravljanju nalog v medicini dela, francoski govori o nudenju storitev delavcem v duhu spoštovanja življenja in človeškega dostojanstva. Poudarja tudi nedeljivost poklicne neodvisnosti, ki jo poudarja francoska zakonodaja, kar podpisuje tudi predsednik vlade. Kodeks iz Anglije je nekakšen vodnik, kjer so zapisana enostavna načela: spoštovati samostojnost, ne škoditi delavcu, delati dobro in v dobre namene in spoštovati enakost vseh delcev. Pri vseh kodeksih se pojavlja nekaj problemov. Kako interpretirati kodeks in spoštovati integriteto delavca

z nezdravim in destruktivnim obnašanjem? Kako se znati v številnih navodilih, ki so drugačna kot načela kodeksa? Ali etična načela tolmačiti kot pravna? Pravi, da ne smemo zanemariti vloge delodajalca v odnosu zdravnik-delavec, vendar poudarja, da morajo ostati kodeksi čvrsto oporišče za delo zdravnikov v medicini dela. Medicina dela mora delati v interesu delavca, čim bolj učinkovito, s čim več znanja, in ne le v interesu trga.

In kako je pri nas?

Naloga SMD v Sloveniji določa zakon o varovanju in zdravju pri delu (ZVZD, Ur. l. RS, št. 56/99, št. 22/01 in št. 64/01). Naštejmo jih: 1. sodeluje pri ocenjevanju tveganja na delovnem mestu v delovnem okolju; 2. seznanja delavce s tveganji, ki so povezana z njihovim delom na delovnem mestu, ter opravlja naloge zdravstvene vzgoje delavcev; 3. ugotavlja in proučuje vzroke za nastanek poklicnih boleznih in boleznih v zvezi z delom; 4. opravlja preventivne zdravstvene preglede delavcev (kontrolne predhodne, usmerjene, druge usmerjene) v skladu s posebnimi predpisi (Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev – Uradni list RS, št. 87/2002, 29/2003–popravek, 124/2006); 5. opravlja preglede delavcev v zvezi z oceno zmoglosti za delo v postopkih IK; 6. soorganizira prvo pomoč, reševanje in evakuacijo v primeru poškodb pri delu in kolektivnih nezgod (*Pravilnik o organizaciji, materialu in opremi za prvo pomoč na delovnem mestu – Uradni list RS, št. 136/2006*); 7. ugotavlja vzroke za nastanek delovne invalidnosti ter predlaga ukrepe za njihovo obvladovanje oziroma preprečevanje, sodeluje v procesu poklicne rehabilitacije ter svetuje pri izbiri drugega ustreznega dela; 8. naročniku predlaga ukrepe za utrjevanje zdravja delavcev, ki so pri delu izpostavljeni večjim nevarnostim za poškodbe in zdravstvene okvare; 9. svetuje naročniku glede poteka delovnega procesa (pri uvajanju nove tehnologije in pri izdelavi ergonomskega predloga); 10. vodi evidence in zbira podatke v skladu s posebnimi predpisi.

Če naše naloge primerjamo s pristojnostmi, ki jih navaja Ameriško združenje za medicino dela, vidimo, da so pristojnosti SMD v Ameriki širše in posegajo na področje zdravega okolja (3. pristojnost), ekoloških meritev, sodelovanja z organi lokalne in širše skupnosti in na področje javnega zdravja (9. pristojnost). Velika slabost našega ZVZD je določilo, da mora delodajalec skleniti pogodbo s pooblaščenim zdravnikom medicine dela. S tem aktom ga postavlja v odvisen (najemni) položaj, s čimer zmanjšuje njegovo neodvisnost. O neodvisnosti govori Mednarodni kodeks za strokovnjake medicine dela (ICOH, 1996). V praksi se dogaja, da delodajalec izvaja pritisk na zdravnika, da zniža stroške svoje storitve. Posledice

tega so večplastne: bojazen zdravnika, da bo izgubil delo in vir financiranja svoje dejavnosti zaradi prenehanja pogodbe, manjša motivacija za kakovostno delo z delavci, manj aktivnega dela v podjetju in slabšanje preventivnih ukrepov. Čeprav so SMD izkoristili svojo neodvisnost v smeri oblikovanja tržnih cen, ki so lahko občasno tudi previsoke, ne smemo zanemariti njihovega stalnega in pomembnega finančnega vlaganja v opremo, izobraževanje in s tem v razvoj stoke. Vsekakor bi moralo pri tem dogajanju etično obnašanje SMD ostati čvrst temelj dejavnosti (kakor poudarja prof. Westerholm).

Če upoštevamo, da je več kot dovolj dokazov o boleznih kostno-mišičnega sistema kot posledicah obremenitev pri delu in da so le-te tudi prvi vzrok bolniškega staleža in invalidnosti ter s tem tudi stroškov zdravstvene zavarovalnice in invalidskega zavoda, sklepam, da bo vloga SMD tudi v prihodnje zelo pomembna. Takšni trditvi pritrjuje tudi ugotovitev o vse večji prisotnosti duševnih bolezni, ki so povezane s stresom na delu. V neuradnem predlogu novega ZVZD predlagatelj naloge SMD nalaga tudi drugim zdravnikom, kar je zmotno, ker ne verjamem, da se bodo druge veje medicine mogle spoprijeti z

navedenimi spremembami pri delovni populaciji (pomanjkanje zdravnikov, specialnega znanja, s katerim razpolaga SMD). Zdi se mi, da zmotno razmišljajo tudi nekatere delovne skupine vladnih ministrstev (na primer Direktorat za e-upravo in upravne procese, ocena administrativnih stroškov, zakon o varnosti in zdravju pri delu, leta 2008, posnetek obstoječega stanja in predlogi za zmanjšanje in odpravo administrativnih bremen), ki so strošek preventivne dejavnosti medicine označile kot administrativen in prevelik. Strinjam se z mnenjem prof. Benjamina, ki je v svoji predstavitvi na 29. kongresu predlagal ponovno vrednotenje sistema varnosti in zdravja pri delu v spreminjajoči se ekonomiji, povezavo odškodnin in nadomestil z varnostjo in zdravjem.

Zaključek

V luči sedanje razprave o novi zakonodaji na področju zdravstvene dejavnosti, varnosti in zdravja pri delu bi poudaril pomembno vlogo zdravnika medicine dela v soočanju z novimi škodljivostmi in obremenitvami v delovnem in življenjskem okolju, ki je v povezavi z zdravjem delavcev. Vendar se mora pri svojem delu ravnati po načelih Mednarodnega etičnega kodeksa in se izogniti tržnemu tekmovanju in dobičku.

Ohrid po Ohridu

Prvemu kongresu združenja zdravnikov družinske medicine Vzhodne Evrope na rob

Ksenija Tušek Bunc

Komaj je bilo verjeti napovedim preteklega leta, ko so vrli Makedonci obljubili, da bo makedonski kongres zdravnikov splošne medicine, ki je bil lani šele drugi po vrsti, prerasel v kongres držav Vzhodne Evrope, katerega stalnica naj bi bila izmenjava znanja, izkušenj ter oblikovanje standardov na področju družinske medicine v deželah v razvoju. Trenutno se tam, kot pravzaprav povsod po svetu, spopadajo s težko ekonomsko krizo in existenčnimi problemi, kar pa jim ne jemlje poguma v prizadevanjih za doseganje višjih standardov osnovnega zdravstvenega varstva. Krepko so torej Makedonci zavihali rokave, vložili ogromno truda in uspeli. Pripadla jim je čast organizacije 1. kongresa zdravnikov splošne/družinske medicine Vzhodne Evrope, ki je bil od 18. do 21. junija 2009 na Ohridu.

Organizatorji so se zares potrudili in na kongresu ponudili najrazličnejše teme, ki so bile obravnavane

v obliki predavanj, posterjev, okroglih miz, učnih delavnic, satelitskih simpozijev, in so hkrati ponudili možnost razprav in neformalnih razgovorov med udeleženci kongresa. Zanimanje je bilo veliko, udeležencev ogromno, tako da so do zadnjega kotička napolnili dvorano ob otvoritveni slovesnosti. A je dvorana pokala po šivih žal samo tedaj, sicer pa je bilo na posameznih sklopih predavanj poslušalcev bore malo.

Tematika kongresa je bila posvečena sodelovanju in povezovanju na področju javnega zdravja, nasilju v družini s poudarkom na nasilju nad ženami in otroki, bolečini v križu in srčno-žilnim boleznim ter razdražljivemu kolonu. Sama sem sodelovala v sklopu o nasilju v družini s prispevkoma Nasilje nad otroki in Nasilje v družini v očeh zdravnika družinske medicine. Zlasti prvi prispevek, ki sem ga posvetila kolegom z besedami, da bi želela, da ga poslušajo ne samo kot strokovnjaki, kot zdravniki splošne/družinske

medicine, pač pa kot starši, kot ljudje, ki imajo otroke radi in ki ne prenesejo in sprejemajo ali celo odobravajo kakršne koli oblike nasilja, še posebej nasilja nad otroki. S čustvi nabito predavanje, opremljeno z dih jemajočimi fotografijami trpinčenih ali kako drugače zlorabljenih otrok, je doseglo svoj namen. Med prisotnimi se je razvila živahna razprava. Vsi brez izjeme so obsodili nasilje in skupaj ugotovili, da zdravniki na tem področju še vedno nimamo dovolj izkušenj, kar seveda botruje majhnemu številu prijav v primerjavi z dejanskimi številom poškodb, povzročenih po tretji osebi. Brez dvoma lahko v zvezi s to problematiko govorimo o vrhu ledene gore. Zdravniki se ob njej srečujemo z lastnimi frustracijami, nemočjo, ki jo še pogloblja zavest o resnični ogroženosti otroka. Zavedamo se, da je pot od suma do potrditve nasilja dolga in trnova in da smo še posebej omejeni z bojaznijo, da bi naše ukrepanje sprožilo še večje nasilje nad otroki. Opravičila za nasilje ni in dejstvo, da so tisti, ki so bili sami v otroštvu deležni nasilja, pogosto izvajalci nasilja nad lastnimi ali tujimi otroki, ne opravičuje njihovih dejanj, pač pa zgolj pomaga razumeti psihosocialne mehanizme, ki tako nasilje sprožijo ter pomagajo prekiniti tragično spiralo, ki bi sicer zajela naslednje generacije.

Povsem nepričakovano je bilo predavanje ocenjeno kot najboljše predavanje kongresa, za kar sem prejela zlato plaketo. Solze ob podelitvi so bile pristne in brez lažne skromnosti lahko zaupam bralcem, da sem nanj izredno ponosna. V svojem naslednjem predavanju sem spregovorila še o nasilju v družini kot nevidnem zločinu, katerega žrtve so najpogosteje žene. Tudi ob tem prispevku se je razvila živahna razprava, ki je nakazala tudi problem nasilja nad zdravstvenimi delavci, o čemer ni spregovoril noben predavatelj in kar tudi sicer, razen v zaprtih krogih, ni predmet polemik ali javne razprave. Nasilje je še kako prisotno v najrazličnejših bolj ali manj prikritih oblikah tudi nad zdravstvenim osebjem in tudi o tem bi veljalo spregovoriti, predvsem pa pred njim zaščititi ljudi, ki delajo v zdravstvu. Obljubila sem pomoč pri posredovanju anketnega vprašalnika, ki ga je prav v zvezi s to problematiko sestavila in svojim članom poslala Zdravniška zbornica Slovenije. Z obema rokama so organizatorji sprejeli ponujeno sodelovanje in če podatki ne lažejo, se slovenski vprašalnik že prevaja v vse jezike držav udeleženk omenjenega kongresa. Pridobljene podatke bo tako mogoče primerjati med seboj in morda na podlagi rezultatov oblikovati strategijo za omejevanje nasilja, katerega žrtve so zdravniki in njihovi sodelavci.

Na kongresu se je zvrstilo veliko prispevkov, bolj ali manj kakovostnih, iz vseh pa je velo obilo delavne

vneme in prizadevanja za izboljšanje kakovosti dela zdravnikov splošne/družinske medicine v tem delu Evrope.

Organiziranih je bilo tudi več okroglih miz. Največja pozornost je veljala okrogli mizi, ki je bila posvečena reformi osnovnega zdravstvenega varstva. Poslušalci in predstavniki držav članic Združenja zdravnikov družinske medicine JV Evrope so pričakovali od Slovenije konkretna navodila in model, kako uspešno izpeljati reformo. Resnici na ljubo gre priznati, da jih je zelo razočaralo dejstvo, da reforma, ki smo jo začeli v Sloveniji takoj po osamosvojitvi, zaradi različnih političnih interesov še ni v celoti zaključena. Čeprav so se od leta 1991 postopno uvajale spremembe na podlagi zakonov, uradne reforme osnovnega zdravstvenega varstva ni bilo. Med predstavniki držav članic, ki so predstavili svoje poglede na reformo primarnega zdravstvenega varstva, in poslušalci v dvorani se je razvila živahna razprava, ki je pokazala na morebitne smeri razvoja v smislu povezovanja, zlasti pa na pomen in nujnost akademskega razvoja stroke in oblikovanja standardov kakovosti.

Organizatorji so si zadovoljno meli roke, kajti brez večjih težav ali spodrsrljavev jim je uspela velika stvar. Program je bil pester in zanimiv, spremljevalni program odlično zasnovan. Pripombe so bile edino na račun manjše udeležbe na predavanjih in skrbno pripravljenih učnih delavnicah ter okroglih mizah. Na zaključnem sestanku so iskali način, kako udeležence pripraviti do večje zavzetosti. A kot pravi prof. Švab: odrasli ljudje imajo jasno oblikovane cilje in pričakovanje ter osebne interese. V tem kontekstu odraslih ljudi ni mogoče prisiliti k večji zavzetosti s kakršnimi koli ukrepi, saj je mogoče ukrepe z malo iznajdljivosti vselej izigrati. Morda pa sta bila Ohrid, mesto z izjemno zgodovinsko in kulturno dediščino, ter čarobna lenobnost Ohridskega jezera (saj sploh ne smem pomisliti, da je nedavno terjalo krvavi davek) le prevelik izziv. Tudi sama sem mu podlegla...

Ksenija Tušek Bunc in prim. Ljubin Sukrijev, predsednik Združenja zdravnikov družinske medicine JV Evrope



Zdravčevi dnevi

Nasilje v zdravstvu in novosti v preventivi

Erika Zelko

V beltinskem gradu smo 11. in 12. septembra pripravili druge Zdravčeve dneve. Temi letošnjega srečanja sta bili nasilje v zdravstvu in novosti v preventivi. Glede na odziv – zbralo se nas je 60 udeležencev – je bila obravnavana tematika aktualna in dobro izbrana.

Tako kot na prvih Zdravčevih dnevih, ki so bili posvečeni romski problematiki, smo tudi letos poskušali obravnavano temo predstaviti s pomočjo različnih strokovnjakov. Tako smo medse povabili kolege, ki so sodelovali pri raziskavi zdravniške zbornice o nasilju, varuhinjo človekovih pravic, direktorja kriminalističnega urada, psihologe in zdravnika, ki nam je predstavil svojo osebno izkušnjo. Ob praktičnih primerih smo skušali ugotoviti, kako nam lahko pomagajo organi zdravniške zbornice v primerih, ko se zgodi nasilje, poslušali napotke, kako obravnavati nasilnega bolnika ter, ne nazadnje, kako prepoznovati, se odzivati in ukrepati ob pojavu različnih oblik nasilja v naših ambulantah. Večina predavateljev je ugotavljala, da nasilje ni dovolj pogosto prepoznano in zabeleženo, da pogosto poskušamo neprimerna vedenja čim prej pozabiti in ne izkoristimo vseh danih zakonskih možnosti, ki bi nas lahko zaščitile pred ponovitvami neprimernega ravnanja s strani nadrejenih, sodelavcev ali bolnikov. Zanimiva razprava se je razvila ob predstavitvi osebne izkušnje, ko smo udeleženci ugotavljali različne prakse ravnanj in ukrepanj s strani nadrejenih pri obravnavi nasilnih vedenj na terenu. Od popolne brezbriznosti, ko se žrtvi pripisuje celo krivda za nastalo dejanje, do skrbnega beleženja in obravnave neprimernih vedenj vseh udeležencev v incidentu.

Varuhinja človekovih pravic, asist. dr. Zdenka Čebašek Travnik, nas je opozorila, da ne smemo pozabiti na nasilje zdravstvenih delavcev nad bolniki, ki se včasih žal tudi zgodi v naših ambulantah. V svojem prispevku se je spraševala ter izzvala udeležence k razpravi, ali zdravstveni delavci ob množici različnih varuhov potrebujemo svojega varuha pravic. Podatki iz tujine na nek način potrjujejo, da bi bilo v nekaterih primerih celo smiselno imeti »mediatorja«, ki bi bil lahko posrednik med tistimi, ki se vključujejo v reševanje ali nereševanje konkretne situacije na terenu, ko se zgodi nasilje. Zagotovo pa je že drugo vprašanje, kdo bi lahko bil varuh pravic zdravstvenih delavcev, kakšne lastnosti bi moral imeti in katere pogoje izpolnjevati, da bi to funkcijo lahko verodostojno opravljal.

Asist. Irena Vatovec Progar in asist. dr. Danica Rotar Pavlič sta izjemno zanimivo predstavili področje in ukrepanja zdravniške zbornice v primeru nasilnih ravnanj na delovnem mestu. Še posebej zanimivi so bili zaključki drugega dne, ko smo pri delu v skupinah poskušali natančneje opredeliti naša ravnanja in zaključke ob srečanju, namenjenem nasilju v zdravstvu.

Drugi dan srečanja je bil namenjen novostim na področju preventive, kjer so naši kolegi predstavili rezultate doslej opravljenih preventivnih pregledov. Jožica Maučec Zakotnik, dr. med., je povzela osnovne podatke programa Svit, nas opozorila na nekatere podrobnosti in se ob zahvali za sodelovanje priporočala še naprej. Udeleženci smo se sicer strinjali, da je preventivno delo pomembno in dolgoročno najboljša naložba v zdravje posameznika, vendar je ob trenutni organizaciji dela v ambulantah zdravnika družinske medicine ter omejenih sredstvih zelo obremenjujoče. Tako je bilo seveda navdušenje nad presejalnim programom za odkrivanje depresije deloma deljeno. Presejalni program je sicer v fazi dokončne izdelave, kako natančno bi potekalo njegovo izvajanje, pa je še stvar dogovarjanja.

Program in delo sta bila pestra, vendar smo organizatorji predvideli v petek zvečer nekaj časa tudi za neformalno druženje, ko imamo možnost izmenjati osebne izkušnje in se med seboj bolje spoznati. Z ogledom Plečnikove cerkve v Bogojini ter obiskom tipične lončarske domačije v Filovcih smo zaključili prvi dan našega srečanja. Dobrote prekmurske kuhinje so nas pričakale v hiši kulinarike v Filovcih, kjer ob sproščenih zvokih kitare ni manjkala pesem, klepet in smeh. Kot smo družno ugotovili, je to najboljši antistresni program po celodnevem delu.

Izdani zbornik, nekaj fotografij, zadovoljni udeleženci in zaključni dogovor so obveza za organizatorje, da se naslednje leto spet potrudimo. Predlog udeležencev je že določil temo naslednjega srečanja ali bolje rečeno naslednjih treh srečanj. Močno upam, da bomo uspeli izvesti aktivnosti, za katere smo pooblastili naše predstavnike in s pomočjo katerih se bodo rezultati našega druženja v Beltincih tudi konkretno odrazili pri delu na terenu. Zdravčevi dnevi naj bi bili namenjeni izboljševanju dela na terenu in v praktično v pomoč vsem, ki delamo v ambulantah ter včasih potrebujemo tisto »nekaj več«, kar je začimba našega ustvarjalnega dne.

Srečanje so omogočili: Občina Beltinci, Krka, Pomurske lekarne, Bayer-Pharma, Aventis in Meit, d.o.o.



Medikalizacija: 18. mednarodni tečaj za učitelje v družinski medicini

Janez Rifel

*We can't find anything wrong with you so we are going to treat you for Symptom deficit disorder! **

Randy Glasbergen

Konec septembra smo se učitelji družinske medicine zbrali že na 18. mednarodnem tečaju v čudovitem blejskem okolju. Med okrog 50 udeleženci je bilo kakšnih 20 udeležencev iz tujine. Tečaja so se udeležili univerzitetni učitelji in mentorji iz Portugalske, Irske, Velike Britanije, Hrvaške, Srbije, Avstrije in Slovenije. Med udeleženci je bilo nekaj novih obrazov, večina med nami pa si nismo bili več tujci, ampak smo v vseh teh letih postali že pravi prijatelji.

Letošnja tema in program sta obljubljala zanimiva predavanja in razgrete debate, kar se je tudi uresničilo. Kratkim predavanjem so sledile razprave in delo v skupinah. Predavanja so se posvetila medikalizaciji začetka in konca življenja, etičnim temam, povezanim z medikalizacijo, kvartarni preventivi in farmacevtskemu pogledu na medikalizacijo. Pred predavanjem o medikalizaciji konca življenja smo si ogledali tri kratke izseke iz filma Wit (slovenski prevod: Um) z Emmo Thompson v glavni vlogi, kjer je bila neosebnost zdravniškega osebja prikazana na izredno skrajen način. Vse nas je ogled filma ganil, če ne že kar šokiral.

Kvartarna preventiva predstavlja dejavnosti, ki jih izvajamo z namenom, da bi odkrili paciente, ki so v nevarnosti, da bi postali (preveč) medikalizirani, da bi jih obvarovali pred novimi medicinskimi ukrepi in da bi jim predlagali etično sprejemljive ukrepe. Predstavljeni so nam bili štirje medicinski miti, in sicer: za vsako bolezen obstaja zdravilo; več kot presejaš, prej najdeš in prej zdraviš; prej kot zdraviš, bolje je; v zdravstvu več vedno pomeni bolje. Kot zanimivost je bil predstavljen pregledni članek, ki je bil objavljen v British Medical Journal. Raziskovalci so prek interneta iskali neboleznici. Našli so preko 200 neboleznici. Naj naštejemo samo prvih 10 najpogostejših neboleznici: staranje; delo; dolgočasje; podočnjaki; nevednost; plešavost; pegavost; velika ušesa; sivi ali beli lasje; grdota.

Večino tečaja smo preživeli v majhnih skupinah, kjer smo razmišljali, razpravljali in izdelovali učne module o medikalizaciji za različne ciljne skupine. Letos smo v štirih skupinah naredili šest zelo različnih izdelkov. Naredili smo module oziroma učne pakete za študente, specializante, mentorje v družinski medicini in

celo paket za samoučenje zainteresiranega zdravnika. Za specializante smo naredili tri module, dva za skupino specializantov, en modul pa tako, da ga lahko uporabi mentor za poučevanje enega specializanta v ambulanti. Med tečajem smo šli tudi na teren in v majhnih skupinah spoznali nekaj pacientov, ki so izpostavljeni medikalizaciji. Tako smo v nekaterih skupinah tudi v praksi spoznali, da ni vsaka medikalizacija nujno napačna, ampak lahko bistveno pripomore k dobri kakovosti življenja. Po napornem terenskem delu smo se že tradicionalno zbrali pred Zdravstvenim domom Bled, kjer so nam pravo gostijo pripravili člani Društva za priznanje praženega krompirja kot samostojne jedi.

Pravilna mešanica napornega dela in sprostitve v družabnem programu, v katerem ni manjkala tudi vaterpolska tekma med Slovenijo in ostalim svetom, nas je pripeljala do zaključka tečaja, kjer so pohvale v končni plenarni razpravi kar deževale. Udeleženci smo s tem tečajem dobili še eno potrditev, da smo zdravniki sposobni objektivno razpravljati o svojem delu, razbijati medicinske mite in se truditi za večjo kakovost lastnega dela.

Zaključek

Slovenska družinska medicina tudi z vsakoletno organizacijo tečaja za učitelje v družinski medicini kaže, da je v evropskem, če ne celo svetovnem vrhu. Slovenska družinska medicina ima svoje predstavnike v večini organov in združenj Evropskega združenja družinskih zdravnikov (WONCA) in prispeva pomemben delež k razvoju in krepitvi družinske medicine v Evropi in še posebej v jugovzhodni Evropi.

* Ne najdemo, da bi bilo z vami karkoli narobe, zato vas bomo zdravili zaradi motnje pomanjkanja simptomov!



Vodje 18. mednarodnega tečaja: Justin Allen, Manfred Maier, Janko Kersnik, Yonah Yaphe (z leve), stoji Igor Švab. Na sliki od vodij tečaja manjkata Jaime Correia de Sousa in Marija Petek Šter.

Otokirurgija v »centru sveta«

Nina Božanić, Saba Battelino

Od 3. do 5. septembra 2009 je v tokrat sončnem Londonu potekalo sedemindvajseto Politzerjevo srečanje otokirurgov. Politzerjevo združenje, poimenovano po pionirju otologije, Adamu Politzerju, je vodilno mednarodno združenje otokirurgov. Srečanja organizira na dve leti, obstaja pa od leta 1971. Na tem srečanju smo izvolili novega predsednika prof. dr. O. Nuri Özgürina iz Turčije.

Društvo ima poleg vodilne strokovne vloge v razvoju in širjenju otokirurgije nalogo, da vzpodbuja in omogoča bazično in klinično raziskovalno delo. Tako vsako leto podeljuje tudi za mlade zdravnike – raziskovalce Politzerjeve nagrade. Z željo, da bi se njihovih srečanj lahko udeleževali tudi mladi otokirurzi, za vsako srečanje podelijo tudi štipendije za udeležbo na srečanju. Bila sem ena izmed desetih srečnežev, ki so letos prejeli štipendijo.

Letošnjega tridnevnega srečanja v Londonu, posvečenega otologiji, otokirurgiji in kirurgiji stranske lobanjske baze, sva se z mojo mentorico udeležili kot edini predstavnici iz Slovenije. Že prvi dan srečanja sva predstavili del našega dela, in sicer s prikazom primera »Citelli-Mouretov absces – redek zaplet vnetja srednjega ušesa«. Vrsta pred predavalnico je bila dokaz, da so taki zapleti ob »običajnem« vnetju srednjega ušesa redki, a izjemno zanimivi. Poslušalci so bili navdušeni nad našim pristopom in odličnim funkcionalnim izidom našega zdravljenja, kar je svojevrsten dokaz, da se na naši kliniki zdravi po evropskih oziroma svetovnih standardih.

Predavanja so večinoma potekala kar v štirih predavalnicah sočasno. Prvi dan smo med drugim poslušali še o novih mednarodnih izkušnjah v zdravljenju otoskleroze. Danes otoskleroza zdravimo z operacijo, imenovano stapedotomija. Ta operacija je praktično enaka stapedektomiji, ki jo je leta 1956 prvič izvedel Shea, ko je zakostenelo stapesno ploščico odstranil v celoti. Danes se v zakostenelo stapesno ploščico naredi le odprtino (od 0,6 do 0,8 mm v premeru), skozi katero se vstavi proteza in pričvrsti na dolgi krak inkusa. Predstavljeni so bili različni pristopi, uporaba laserjev, mikrovrtalk, različnih protez, različnih načinov pričvrstitve proteze in še mnoge drobne, a pomembne podrobnosti. Predstavljenih je bilo veliko načinov iste operacije, a na koncu dneva so se vodilni otokirurzi strinjali, da so uspehi operacij primerljivi in da je najpomembnejše, kako dober in izkušen je kirurg.

V petek, drugi dan srečanja, smo imeli priložnost poslušati predavanje v svetu zelo priznanega otokirurga, sicer Slovenca, prof. Mirka Toša, predstojnika katedre za otorinolaringologijo MF Maribor, zaposlenega tudi v Univerzitetni bolnišnici Gentofte na Danskem. Kot eden bivših predsednikov Politzerjevega združenja, ki ima 458 objavljenih znanstvenih člankov ter 10 knjig, je vzpodbudil otokirurce, da se po evropskih državah uvažajo in postopoma razvijajo ter dopolnjujejo nacionalni registri vestibularnih švanomov po danskem vzoru. Prof. dr. Toš je v

imel Londonu zelo obiskano predavanje o retrakcijskih žepih bobniča, ki so glavni vzrok za pojav kroničnega holesteatomskega vnetja srednjega ušesa.

Holesteatom je destruktivna bolezen srednjega ušesa in lobanjske baze, ki pogosto erodira in uničuje pomembne strukture znotraj temporalne kosti. Holesteatom je bil, kot bolezen, prvič opisan leta 1829 (Cuveilhier). V samem začetku 20. stoletja edina metoda zdravljenja je bila radikalna mastoidektomija. Šele leta 1950 je Housova skupina otokirurgov uvedla nov pristop. Ideja je bila ohraniti anatomske strukture srednjega ušesa in temporalne kosti – s čuvanjem zadnje sluhovodne stene. Danes kirurzi operacijo prilagajajo razširjenosti bolezni in stanju sluha bolnika. Kot so nam predstavili predavatelji z Japonske, tamkajšnji kirurzi po popolni odstranitvi holesteatoma s tehniko brez čuvanja sluhovodne stene rekonstruirajo slušne koščice, sluhovodno steno ter preostalo votlino mastoidne kosti obliterirajo z avtologno kostjo.

Že drugi dan srečanja se je začela razprava o različnih pristopih zdravljenja vestibularnega švanoma. Odločitev o »pravi poti« do tumorja cerebelopontinega kota je odvisna od velikosti in lege tumorja, starosti pacienta, stanja sluha, predvsem pa od izkušnosti kirurga in, kot je priporočeno danes, od usklajenosti delovanja oto-nevrokirurškega tandema. Poleg kirurške odstranitve je na voljo tudi radioterapija, predvsem z gama žarki (gama-knife).

Zadnji dan srečanja se je začel z uvodnim predavanjem prof. dr. Johna W. Housa, predsednika House Ear Institute. Na njegovem inštitutu pacienti s tumorji cerebelopontinega kota operirajo večinoma s translabyrinthnim pristopom. Ta pristop je »najbližji« otokirurgu, varen je, kar zadeva obrazni živec, pacient je po operaciji gluha na to stran ter ima istostransko uničen aparat za ravnotežje, kar pa povzroča težave z ravnotežjem le kakih deset dni.

Glede na svetovne smernice, se tudi v Sloveniji zadnja tri leta v UKC Ljubljana vse bolj uporablja timski oto-nevrootološki pristop pri obravnavi vestibularnih švanomov in druge patologije pontocerebelarnega kota in notranjega sluhovoda.

Eden izmed »biserov« srečanja je bilo predavanje nevrokirurga in otokirurga prof. dr. Uga Fische iz Züricha, enega izmed dveh avtorjev slavne »Mikrokirurgije lobanjske baze« in »Timpoplastike ter kirurgije stapesa«. To sta skoraj »bibliji« velike večine kirurgov, ki se ukvarjajo z omenjeno patologijo in z operativnimi pristopi na paragangliome - glomus tumorje v področju glave in vratu.

Paragangliomi so neuroendokrini tumorji, ki izvirajo iz ekstrakranialnih paraganglijev AŽS-ja. Paragangliomi temporalne kosti nastanejo z neoplastično transformacijo paraganglijev, ki se v temporalni kosti normalno nahajajo v anterolateralni regiji fossae jugularis ter v srednjem ušesu. Na paragangliome, ki že

infiltrirajo kost vzdolž notranje karotidne arterije, prof. Fish pristopa infratemporalno, kar se je izkazalo kot pristop z najnižjo ravniyo kirurških zapletov v primerjavi z drugimi pristopi (transkondilarnim ter sprednjim endoskopskim).

Najbolj slavnostno predavanje, po izboru Kraljevega združenja kirurgov, je bilo »hunteriansko« predavanje Davida Moffata iz Univerzitetne bolnišnice v Cambridgeu. John Hunter, ustanovitelj »znanstvene kirurgije«, je deloval kot kirurg že v 18. stoletju. Želel je uvesti eksperimentalni in znanstveni temelj v delno že vpeljano kirurško prakso. Royal College of Surgeons podeljuje omenjeno nagrado najbolj prestižnim kirurgom vseh strok vsako leto. Letos je to bilo predavanje o operativnem zdravljenju ploščatoceličnega karcinoma temporalne kosti in njegovi uspešnosti. V zdravljenju je najbolj pomembno primarno radikalno kirurško zdravljenje s kooperativno radioterapijo.

Sicer zelo dinamičen program je bil razbremenjen z družabnimi dogodki. Srečanje je potekalo v Konferenčnem centru kraljice Elizabete II., ki ga je kraljica odprla leta 1986. Center se nahaja na izjemni lokaciji med Big Benom, Westminsterko opatijo ter Parlamentom. Opatijo smo imeli priložnost obiskati že prvi večer, ko je bil v tamkajšnjem križnem hodniku organiziran sprejem za dobrodošlico. Izjemno so nas presenetili z vodenim ogledom westminstrske cerkve, sami pa smo si lahko ogledovali njene lepote in grobnice izjemnih ljudi (Newton, Darwin...) vse do ponočnih nočnih ur.

Ničelnemu poldnevniku smo se po koncu križarjenja po reki Temzi približali zadnji večer. V soboto zvečer so v »Painted Hallu«, dvorani, ki je v celoti okrašena s čudovitimi freskami in je pred mnogimi leti služila kot jedilnica v kraljevi mornarski šoli (Royal Naval Collegeu), na Greenwichu organizirali slavnostno večerjo, kjer smo stoje, ob zvoku fanfar, počastili prihod novega predsednika združenja in predhodnih predsednikov združenja do slavnostnih sedišč. Tako smo se v elizabetinskem



ekskluzivnem slogu poslovili od gospoda Politzerja, v upanju, da nas bo z enako bogato ponudbo strokovnih in družabnih sladlic pogostil tudi leta 2011 v Atenah.

Dolgoletni vodja in resnično dolgoletni prvi človek slovenske otokirurgije, prim. Janez Zupančič, od katerega smo se žal prekmalu in za vedno poslovili to jesen, je desetletja skrbel, da je bila slovenska otokirurgija razvita tako dobro kot v otokirurško najbolj naprednih državah, npr. Franciji, Španiji, Nemčiji in ZDA. Tudi v otokirurgiji se vse bolj uveljavlja uporaba dražjih vsadnih, tudi elektronskih delov, kot so členaste titanijeve proteze, ki nadomestijo obolelo slušno koščico, naprednejši kohlearni vsadki in slušni aparati, ki se jih vsadi v srednje uho. Tako so pred nami novi izzivi. Tudi operabilnost tumorske patologije srednjega in notranjega ušesa je sedaj obsežnejša in naprednejša – skoraj brez pojma »neoperabilno«. Zaenkrat nam še uspeva loviti vedno hitrejši napredek na tem področju in prav razvoj sodelovanja med kirurškimi strokami, predvsem nastanek in razvoj oto-nevrokirurgije, nam omogoča, da bomo lahko kos novim terapevtskim izzivom.

Epidemija depresije

Strokovnjaki SZO na podlagi rezultatov najnovejših epidemioloških študij ugotavljajo, da se svet nahaja na pragu epidemije depresije. Obenem sodobna medicinska znanost svari paciente tudi pred nevarnostjo psihološke odvisnosti od zdravil: človek je prepričan, da bo vsakdanjosti kos le s pomočjo magične tabletke. Od tod do prave odvisnosti – tabletomanije – pa je le še majhen korak.

V zvezi s tem je spodbudno predvsem dejstvo, da si prizadeti lahko pomagajo (vsaj ublažijo in olajšajo depresivno simptomatiko) tudi sami, v spodbudnem čustvenem okolju. Strokovnjaki že dalj časa proučujejo brezskrbno počutje, optimistično razpoloženje in čarobno občutje, ki ga pri človeku pogojuje zadostna koncentracija določenih strogo specifičnih snovi v organizmu, katerih tvorbo lahko spodbudimo s telesno aktivnostjo, s sončenjem, s hrano, z glasbo ali preprosto s sanjarjenjem in pozitivnim hotenjem.

Proti depresiji se je mogoče učinkovito zoperstaviti tudi s pozitivnimi občutki in čustvi (najcenejši naravni antidepresivi), ki pa jim zdravniki in terapevti posvečajo premalo pozornosti. Na primer z ljubeznijo, navdušenjem in naklonjenostjo, s sproščajočo spolnostjo ipd. Zdravo in polno seksualno življenje sodi namreč med najpomembnejše dejavnike psihofizičnega zdravja in vitalnosti. Strokovnjaki na vseh kontinentih se že desetletja intenzivno ukvarjajo z vplivom spolnosti na delovanje organizma.

V pričujočih raziskavah so spet najbolj perspektivni ameriški znanstveniki, ki so o ljubezni, spolnosti in zdravju uspeli doslej ugotoviti in napisati že marsikaj zanimivega. Izsledki dosedanjih študij na tem področju pričajo, da pozitivna čustva in osrečujoča spolnost in harmonični partnerski odnosi pomagajo pri melanholiji, depresiji in stresu, saj se človek pri tem dejansko popolnoma razbremeni, sprosti in preda, prerodi, pomladi in prenovi.

Vira: Psychology Today, Contemporary Health

Nina Mazi

Ortodontija

Poslovilno predavanje profesorjev Vincenta G. Kokicha in Bjorna Zachrissona

Alja Meh

V Dubrovniku so 4. in 5. septembra 2009 pripravili poslovilno predavanje dveh velikanov ortodontije – prof. Bjorna Zachrissona in prof. Vincenta G. Kokicha. Oba sta izvrstna klinika in raziskovalca s številnimi objavljenimi članki, ki z veseljem in navdušenjem delita svoje znanje na predavanjih po vsem svetu. Predavanja prof. Zachrissona smo imeli priložnost slišati tudi v Sloveniji. Kot sta sama povedala, sta se odločila zaključiti svoji predavateljski karieri, dokler ju ljudje še z veseljem poslušajo.

Srečanje se je pričelo s pozdravnimi govori prof. Mladena Šlaja, predsednika organizacijskega odbora, Radovana Fuchsa, ministra za znanost, izobraževanje in šport Republike Hrvaške, Athanasiousa Athanasioua, predsednika Svetovnega ortodontskega društva, in doc. Maje Ovsenik, predsednice Evropskega združenja ortodontov. Sledila sta dva dneva predavanj, v katerih sta predavatelja predstavila tudi številne klinične primere.

Prof. Kokich je poudaril pomen natančne diagnoze pri načrtovanju zdravljenja odraslih z vertikalnimi nepravilnostmi. Kot pomemben diagnostični pripomoček je omenil telerentgensko analizo, kjer določimo položaj zgornjih in spodnjih sekalcev glede na okluzijsko ravnino ter tako ocenimo, ali obstaja možnost zdravljenja pacienta samo z nesnemnim ortodontskim aparatom ali pa bo potrebno kombinirano ortodontsko-kirurško zdravljenje. V svojem drugem predavanju je predstavil zahteve, ki morajo biti izpolnjene, če želimo z vsadkom estetsko oskrbeti pacienta z manjkajočim zgornjim stranskim sekalcem. Pozorni moramo biti na razdaljo med koreninami, položaj korenin, debelino alveolarnega grebena ter na obliko mehkih tkiv. V predavanju z naslovom »Ortodontsko-parodontalni problemi: Kaj mora vedeti

ortodont?« je prof. Kokich opozoril na pomen natančne ocene stanja obzobnih tkiv pred začetkom ortodontskega zdravljenja, da ne bi pacientu še pospešili propadanje obzobnih tkiv. V svojem zadnjem predavanju je predstavil zahteve po končanem ortodontskem zdravljenju, ki jih za sprejem novih članov pričakuje Ameriški odbor za ortodontijo, ter razpravljal, ali so le-te znanstveno podprte ali gre zgolj za estetiko.

Prof. Zachrisson je predstavil estetske zahteve v sodobni ortodontiji. Poudaril je, da mora človek med govorjenjem pokazati zgornje zobe, kar moramo upoštevati pri načrtovanju zdravljenja, da pacienta ne postaramo. Pri idealnem nasmehu pa naj bi se nekoliko videlo črne hodnike. Predstavil je tudi možnosti oskrbe manjkajočih zgornjih sekalcev, kjer je, poleg nadomeščanja manjkajočih zob z vsadki, prikazal še primere ortodontskega zapiranja prostora in avtotransplantacije razvijajočih se ličnikov na mesto sekalcev. Prof. Zachrisson tudi meni, da je za sodobno ortodontsko zdravljenje nujno potrebna interproksimalna redukcija sklenine zob. Natančno je predstavil tehnike, ki se uporabljajo v ta namen. Zelo zanimivo je bilo predavanje, v katerem je prikazal, kako lahko z ortodontskimi premiki zob tvorimo kostnino ter tako dobimo kost, v katero lahko potem vstavimo vsadke. Vstavitve vsadkov v tako pridobljeno kost je možna šest mesecev po zaključeni ortodontski obravnavi, ko kost dozori.

Poleg predavanj so organizatorji poskrbeli tudi za prijeten družabni program. Na predvečer srečanja je bil za vse udeležence pripravljen sprejem ob svetlobi sveč v trdnjavi Revelin, od koder je lep pogled na Dubrovnik. Naslednji večer pa smo se udeležili »Ribiške noči«, kjer so nam postregli z dobro hrano in pijačo ter prijetno glasbo.



Srečanje je bilo zelo prijetno in dobro organizirano, piko na i pa sta dodala vrhunska predavatelja. Njuno slovo je bilo zelo čustveno, tako zanju kot tudi za občinstvo. Resnično je škoda, da sta se odločila za končanje svoje predavateljske kariere, smo pa veseli, da smo ju še zadnjič slišali.

Z leve: prof. Toreskog, prof. Zachrisson, doc. dr. Maja Ovsenik, prof. Kokich, prof. Mladen Šlaj (predstojnik katedre za čeljustno in zobno ortopedijo, Zagreb)

Svetovni kongres

Ultrazvok v ginekologiji in porodništvu

Darija Strah

Od 13. do 19. septembra letos je v Hamburgu v Nemčiji potekal 19. svetovni kongres ultrazvoka v ginekologiji in porodništvu, na katerem se nas je zbralo preko 1500 udeležencev. Žal je bilo odprtje kongresa za mnoge boleče in žalostno, kajti junija letos je umrl starosta in veliki pionir na področju fetalne medicine in ultrazvoka prof. dr. Manfred Hansmann.

Prof. dr. Manfred Hansmann se je intenzivno posvečal ultrazvoku od leta 1968. Leta 1973 je prvi objavil biometrijske algoritme za oceno teže na osnovi biparietalnih in torakalnih parametrov in utemeljil pojem zastoj rasti. Prvi je opravil intrauterino transfuzijo krvi pri plodu zaradi nekompatibilnosti Rh. Njegovo znanje je botrovalo razmahu ultrazvočno vodenih invazivnih diagnostičnih preiskav. Kot vodilni strokovnjak je dosegel, da so leta 1979 v Nemčiji prvi uvedli nacionalni presejalni program za nosečnice v obliki dveh ultrazvočnih preiskav za pravilno postavitev predvidenega termina poroda, odkrivanje nepravilnosti in zastoja rasti. Kot profesor na ugledni Univerzi v Bonnu je užival spoštovanje kolegov po vsem svetu. Njegova najbolj odmevna knjiga *Textbook and Atlas of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* je pomenila pomemben temelj pridobivanja ultrazvočnega znanja mnogih generacij. Bil je dobitnik številnih priznanj, med drugim tudi Ian Donald Gold Medal ISUOG in Pioneer Reward WFUMB. Sama se ga spominjam zelo dobro, saj je bil tudi v zadnjih letih prisoten na kongresih, vedno pripravljen spremljati novo znanje.

V pričujočem članku povzemam vsaj del odličnih znanstvenih prispevkov z željo, prenesti znanje za naše pacientke in morda olajšati odločitev katerega od kolegov, da se udeleži naslednjega kongresa, ki bo od 10. do 14. oktobra 2010 v Pragi. Leta 2011 se kongres seli v Avstralijo.

Kongres ima vedno dan predkongresnih enodnevnih tečajev. Tokrat sta bila tečajem posvečena kar dva dneva. Možno je bilo obiskati naslednje teme: fetalna kardiologija od 2D-prikaza na tehnike 3D/4D, živčni sistem od 2D-prikaza na tehnike 3D/4D, nova vloga ultrazvočnega pregleda v 11. do 14. tednu, praktična uporabnost ultrazvoka v vsakodnevni ginekološki praksi in ultrazvočne preiskave dojk. Kongres je zajel naslednje teme: endometriozina in pelvična bolečina, ultrazvok v asistiranu reprodukciji, menopavzni endometriji, nepravilne krvavitve in menoragije, študija IOTA – ocena malignosti/benignosti ovarijskih tumorjev, ovarijske neoplazme, uroginekologija ter vse teme porodništva od nepravilnih oblik zgodnje nosečnosti, anomalij po posameznih organskih sistemih, doplerske študije, prezgodnji porod, UZ v rodni sobi, invazivne tehnike, presejalni testi in diagnostika dojk.

K. Hecher kot predsednik Mednarodnega združenja za rabo ultrazvoka v ginekologiji in porodništvu (ISUOG) je predstavil novega dobitnika Ian Donald Gold Medal, najprestižnejše nagrade s področja UZ. To je nemški profesor Ulrich Gembruch, znan kot odličen predavatelj s področja fetalnega srca in avtor najpomembnejših člankov o zdravljenju fetalnih aritmij. Uvodno predavanje kongresa je pripadlo K. Nicolaidesu z naslovom: Zgodnje presejanje za preeklampsijo. A. Abuhamad nam je osvetlil maternalno umrljivost in globalno svetovno krizo ter predstavil projekt ISUOG-a, pri katerem so pomagali najrevnejši državi zahodne poloble – Haitiju, z donacijo 10 ultrazvočnih aparatov v namen manjšega umiranja žensk. Na leto znaša maternalna umrljivost na Haitiju kar 670 na 100.000, v Ameriki 11 na 100.000, na Švedskem 3 na 100.000, v Afganistanu pa 1800 na 100.000 živorojenih. Še vedno so glavni vzroki krvavitve, infekcije, nelegalni splavi in eklampsija, od 50 do 70 odstotkov pa jih umre po porodu. Zapleti v času poroda povzročijo približno 60 odstotkov vseh mrtvorojenih in neonatalnih smrti. V poročilu Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) leta 2007 je med glavnimi nalogami za izboljšanje globalnega zdravja žensk ultrazvočna diagnostika prepoznana kot temelj za kakovostno pred- in perinatalno oskrbo. Do sedaj je ISUOG s podarjanjem aparatov in izobraževanjem zdravnikov sodeloval v osmih projektih od leta 1996, v novih načrtih za pomoč so Mali, Eritreja in Liberija.

Poglavjem o ultrazvočni diagnostiki dojk nisem prisostvovala, ujela sem le uvodno najpomembnejše predavanje, pri katerem so izdali priporočila o ultrazvočni opreми. Aparat naj ne bi bil starejši od petih let, cenejši kot 40.000 EUR ni primeren za ultrazvočno presejanje, tipala morajo biti redno kontrolirana. Občutljivost mamografije pri ženskah z mamografsko večjo gostoto znaša le 80 odstotkov, pri ženskah z mamografsko visoko gostoto občutljivost lahko pade na 30 odstotkov. Zato je ultrazvočna diagnostika pomembna dodatna preiskava. Trenutno potekajo ocenjevalne študije novega prikaza elastografije, ki ob klasični ultrazvočni preiskavi lahko še dodatno potrdi ali ovrže maligni proces. Elastografija je ultrazvočna tehnika, kjer se ocenjuje različno nihanje tkiva v dojki, in preliminarne študije kažejo, da je enako občutljiva kot mamografija normalno goste dojke.

Poglavje o ultrazvočnem pregledu v 11. do 14. tednu je bilo obširno in poročali so tako o analizah dosedanjega dela kot o novih potencialnih označevalcih kromosomopatij. Tako je P. Calda poročal o novem označevalcu Left ventricle shortening fraction (SFLV). Znano je, da imajo otroci z Downovim sindromom (DS) lahko okvarjen tudi miometriji – SFLV ocenjuje sistolno

funkcijo srca. S prikazom M-mode preko obeh prekatov in izračunom sistolnega delovanja srca se kaže, da je SFLV statistično značilno daljši pri DS. Verjetno bomo o tem v bodoče še slišali. K. Billardo je strnila podatke o veliki skupini otrok s povečano nihalno svetlino (NS) in normalnim kariotipom: 20 odstotkov ima slab perinatalni izid, od 1 do 2 odstotka ima genetske sindrome z razvojnim zaostankom, a od tega le dve tretjini kažeta blage ultrazvočne znake. Sicer pa velja, kot je že znano, da je enako dober izid, če zatilna brazda v 20. tednu ni več prisotna ob ostalem normalnem sonogramu, ne glede na velikost povečane NS. Podrobno je opisala Noonan sindrom, za katerega kaže, da ima v skupini povečane NS in normalnega kariotipa posebno mesto. Sindrom je avtosomno dominanten s prevalenco 1 : 2000, glede na znano pa je očitno pri povečani NS in normalnem kariotipu zastopan verjetno zelo pogosto, 1 : 200! V četrtini primerov so otroci duševno zaostali, z nizko rastjo, kratkim vratom, napakami srca, pectusom excavatusom/carinatusom, hipertelorizmom, a vseeno obstajajo velike variacije v fetotipskem razvoju, stopnji IQ in razvoju, saj mnogi dokončajo univerzitetni študij. Dokazana je mutacija gena PTPN11, a za 40 odstotkov vseh primerov se mutacija skriva drugje, zato genska analiza sindroma ni vedno potrđitvena. Vseeno moramo ob sumu na opisane značilnosti otroka opozoriti pediatra na podatke o pred rojstvom ugotovljeni povečani NS. Med prispevki tega sklopa naj omenim še E. Timmerman, ki je poročala o večjem tveganju za obstoj volčjega

žrela/zajčje ustnice pri plodovih s povečano NS in normalnim kariotipom. Relativno tveganje je kar 20-krat večje, saj je bila pogostnost kar 7 na 1000 primerov, zato moramo ob morfologiji skrbno pregledati obraz.

V poglavjih o živčnem sistemu je W. Henrich podal pregledno predavanje o odprti in zaprti spini bifidi (SB). Prevalenca je 1 : 1000, najvišja v Walesu, najnižja na Japonskem, dejavnika tveganja sta sladkorna bolezen in debelost, od 2 do 3 odstotke pa je stopnja ponovitve ob predhodni nosečnosti s SB. Z uvedbo folne kisline se je prevalenca zmanjšala za polovico. Nevralna cev se zapre 22. do 28. dan. Že leta 1986 je Nicolaides opisal dva najpomembnejša ultrazvočna označevalca: znak limone in banane, ki sta ponavadi prisotna v 50 oz. kar 90 odstotkih in ventrikulomegalijo, ki je pridružena v 80 odstotkih. Morebitna mikrocefalija, ki je od 16. do 32. tedna opazna v 40 odstotkih, po 32. tednu ni več prisotna. Vloga diagnostike tako 2D- kot 3D/4D-tehnik je že prepoznana kot diagnostični način spoznavne stanja. Zaprta oziroma okultna SB se pojavlja v približno 7 odstotkih, ostalo predstavlja odprte defekte. Alfa fetoprotein seveda pri okultni SB ni prisoten in tudi kranium ni spremenjen. Kar približno 10 odstotkov vseh plodov s SB je kromosomsko spremenjenih, večinoma T 13/18. Slikanje z MR ni dokazalo nikakršne dodatne vrednosti glede na diagnostiko z UZ. Tudi vaginalni porod kot način rojstva otroka s SB naj ne bi poslabšal stanja zaradi okvare glede na elektivni carski rez. Napoved kakovosti življenja je odvisna od obsega okvare. Najboljša prognoza je pri sakralnih SB, kjer so ohranjene vse pomembne kognitivne funkcije otroka z nadzorom mehurja v 60 odstotkih, pri lumbosakralnih SB pa je viden upad kognitivnih funkcij ter slab, le okoli 7-odstotni nadzor mehurja.

Verjetno najpomembnejše predavanje celotnega kongresa je podala največja svetovna strokovnjakinja za fetalno srce L. Allan z naslovom Pomen in izid posameznih tipov prirojenih srčnih napak (CHD). Prevalenca vseh znaša od 8 do 10 na 1000 živorojenih in CHD predstavljajo 25 odstotkov vseh prirojenih nepravilnosti. V 20 do 30 odstotkih so pridružene druge nepravilnosti. CHD predstavljajo najpogostejši vzrok smrti v otroštvu zaradi prirojene napake. Po stopnji okvare jih je razdelila na 10 skupin. Prve tri skupine zajemajo 60 odstotkov vseh CHD in obsegajo VSD (ventrikularni septalni defekt), VSD in ASD (atrijski septalni defekt) ter blago do zmerno pulmonalno stenozo, ki potrebuje le lažje zdravljenje. 4. in 5. skupino predstavljajo tetralogija Fallot (TOF), transpozicija velikih žil (TAG), atriventrikularni septun defekt (AVSD) ali huda pulmonalna in aorta stenoza, ki še vedno v manj kot 5 odstotkih vodijo v smrtni izid, potrebujejo kirurško zdravljenje, ki je ponavadi uspešno. 6. skupina predstavlja kompleksno koarktacijo aorte, TOF s pulmonalno atrezijo in truncus art. communis. Ta stanja imajo zmerno veliko tveganje za smrt, približno 10-odstotno. Ločnica med 6. in ostalimi skupinami od 7. do 10. predstavlja pomembno mejo, ki je po mnenju pediatrov kardiologov večinoma usodna oziroma zdravljenje ne prinese dolgotrajnega uspeha. Te nepravilnosti so: trikuspidalna atrezija in double inlet ventrikel, mitralna atrezija, kompleksni AVSD, hipoplastično srce (HLHS). Smrtnost



Prof. dr. Manfred Hansmann

znaša od 30 do 50 odstotkov. Polovico vseh CHD predstavlja pet najpogostejših stanj: AVSD v 13 odstotkih, HLHS v 6 odstotkih, koarktacija aorte v 18 odstotkih, transpozicija v 3 odstotkih in TOF v 10 odstotkih. Omenjene prve tri lahko ugotovimo s prikazom srca pri pogledu na štiri votline – FCW, zadnji dve pa pri prikazu leve in desne srčne osi in pogledu na tri žile. Izid AVSD: v 63 odstotkih je bil plod kromosomsko drugačen, večinoma T 21. Za prekinitve nosečnosti se je odločilo 70 odstotkov parov, od ostalih nosečnosti pa je pri 40 odstotkih prišlo do intrauterine smrti ploda. HLHS je imel pridruženo kromosomopatijo v 20 odstotkih, večinoma Turnerjev sindrom. Več kot pol parov se je odločilo za prekinitve nosečnosti, pri živorojenih in kirurško zdravljenih pa je smrtnost v prvem letu starosti znašala več kot 50 odstotkov. Pomembno je vedeti, da tisti otroci, ki so kljub težki napaki in težkim operacijam še vedno živi, povprečno dosežejo IQ le 86. Transpozicije so ponavadi kromosomsko normalne, intrauterina smrtnost do poroda pa znaša 10 odstotkov. Koarktacije so ponavadi tudi kromosomsko spremenjene v 40 odstotkih, najpogostejši vzrok je Turnerjev sindrom, T 18/13 ter šele nato T 21. Intrauterina smrt do poroda znaša 30 odstotkov, večinoma se odločijo za prekinitve. TOF ima dve pomembni različici: s pulmonalno stenozo ali pulmonalno atrezijo. Le prva ima ugodno prognozo za naprej. Obe pa imata enako verjetnost, da je plod kromosomsko drugačen. Študija več kot 15-letnega sledenja 36 otrok s Fountanovo operacijo pokaže, da je bilo v tem času potrebnih 60 odstotkov reoperacij, 30 odstotkov otrok je umrlo, aritmije se pojavljajo pri 55 odstotkih, tromboembolične zaplete je utrpelo 25 odstotkov vseh bolnikov. Kakovost življenja je torej zelo nizka.

B. Benacerraf je zadnji dan kongresa predavala o obravnavi fetalnih sindromov. Ko najdeš določeno malformacijo, poskusi opredeliti najpogostejše sindrome na način, da vsakemu izmed njih dodaš najpomembnejšo podrobnost. Primer palatoshiza:

holoprozencefalija – T 13 (centralna shiza, glej polidaktilijo), Van der Voode sy (izolirana shiza, glej družinsko anamnezo), Goldenhar sy (lateralna shiza, mikrognatija, glej asimetrično uho in anomalije kože), in Amniotic band sy (ponavadi lateralna shiza in asimetrični že izoblikovani organi). Primer mikrognatija: Nager sy (manjko koželjnice), Treacher-Collins (uho, družinska anamneza in hipertelorizem), Goldenhar sy (asimetrično uho), Pierre Robin sy (palatoshiza), kromosomopatije (T 18 ali T 9). Primer maksilarna hipoplazija: T 21 (NS, nosna kost), Pfeifer sy (*clover-leaf* glava in velik palec na nogi), ahondrogenza (velikost in oblike kosti) ter cheilognatopalatoshiza (centralna, hipertelorizem). Primer kratki udi: ahondrogenza (neosificirana hrbtenica, kratke dolge kosti), diastrofična displazija (palec na roki, kot da bi štopal), ostogeneza imperfecta (neosificiran kranium), tanatofornna displazija (stegenica v obliki telefonske slušalke, noge v obliki črke S), kamptomelična displazija (manjkajoča fibula, neosificirana lopatica, ukrivljene noge). Tako bomo ob več možnostih lažje pravilno diferencialno diagnosticirali posamezni fetalni sindrom.

Izjava o konfliktu interesov

Podpisana Darija Strah, dr. med., avtorica članka Ultrazvok v ginekologiji in porodništvu, predvidenega za objavo v reviji Isis, izjavljam, da je strokovni povzetek predavanj kongresa namenjen seznanjanju slovenskih ginekologov in porodničarjev o novih dosežkih in razvoju stroke na področju ultrazvočne diagnostike. Ne vsebuje reklamnih sporočil in je verodostojen povzetek predstavljenih znanstveno potrjenih dejstev in tekočih študij.

Evropsko srečanje specializantov ginekologije in porodništva

Sonja Lepoša

Od 8. do 13. junija letos je v Budimpešti potekalo srečanje evropskih specializantov ginekologije in porodništva pod okriljem evropskega združenja specializantov ginekologije in porodništva (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology – ENTOG). Zbrali so se udeleženci iz 21 evropskih držav.

Prvi del srečanja je bil namenjen t.i. izmenjavi, ko je imelo 36 specializantov možnost preživeti štiri dni v bolnišnicah po Madžarski. Zadnja dva dneva srečanja sta bila namenjena srečanju evropskih specializantov, na katerem so trije specializanti predstavili svoje izkušnje in občutke na izmenjavi. Sledila je

predstavitev trenutnih možnosti subspecializacije (ginekološka onkologija, reproduktivna kirurgija, perinatologija, uroginekologija), predstavitev spletnega izobraževanja in možnosti telemedicine (Francija, Amerika). Predstavili smo tudi dostopnost in učinkovitost praktičnega izobraževanja med specializacijo. Zadnji dan smo izvolili novega predsednika in svet ENTOG-a.

Srečanje ni bilo zanimivo le z vidika spoznavanja prakse na Madžarskem, ampak predvsem zaradi spoznavanja evropskih kolegov ter izmenjave izkušenj in mnenj.

Naslednje leto bo srečanje v Belgiji, za leto 2011 pa smo izbrali Veliko Britanijo.

Poročilo

Zasedanje medicinske komisije mednarodne zveze gorskoreševalnih organizacij ICAR MEDCOM

Iztok Tomazin

V znanem švicarskem gorniškem in smučarskem središču Zermatt je od 22. do 27. septembra 2009 potekalo zasedanje medicinske komisije mednarodne zveze gorskoreševalnih organizacij ICAR MEDCOM. Izbira kraja zasedanja je bila velika skušnjava. Medtem ko se je Zermatt kopal v soncu in so okoliški štiritisočaki na čelu z Matterhornom žareli v jesenskih barvah, smo člani ICAR MEDCOM, predstavniki svojih držav oziroma njihovih gorskoreševalnih služb, od jutra do večera presedeli na zasedanjih in predvsem v odmorih hrepenече zrlj v višave. Samo praktični prikaz helikopterskega reševanja nas je za nekaj ur prestavil bližje goram. Nagrada za uspešno sedeče delo pa je bilo prosto sobotno popoldne, ki sem ga kljub snežnim ploham izkoristil za hiter vzpon na dva tritisočaka.

Rednega srečanja medicinske komisije, ki je potekalo v okviru generalne skupščine ICAR, se je udeležilo 48 zdravnikov, srečanja ostalih komisij ICAR (letalske, za plazove in za zemeljsko reševanje) pa skupaj preko 300 reševalcev različnih poklicev iz skoraj vseh kontinentov. Organizatorji iz KWRO (reševalna služba kantona Wallis) so se izkazali z lastnostmi, ki jih tudi sicer pripisujemo Švicarjem: točnostjo in učinkovitostjo.

Najprej smo obnovili vtise s spomladanskega srečanja v Banskem v Bolgariji. Dobra organizacija, balkansko gostoljubje in lepo okolje zasneženega gorovja Pirin so prispevali k odličnim vtisom in zelo uspešnemu delu, predvsem pri pripravi različnih smernic in priporočil. Več člankov oziroma priporočil naše komisije je bilo sprejetih v objavo v znanih recenziranih medicinskih revijah. Ugledna revija HAMB (High Altitude Medicine & Biology), kjer objavljamo del svojih priporočil in drugih besedil, je od letošnjega leta na voljo le še v elektronski obliki. Povečal se ji je obseg, uvedli so tudi »Clinician's corner«, kjer objavljajo praktično uporabne članke. Najceneje se lahko nanjo naročite z včlanitvijo v ISMM (International Society for Mountain Medicine), ker je naročnina že vključena v članarino.

Ena naših letošnjih osrednjih akcij je bil majski tečaj gorske urgentne medicine za nepalske zdravnike in gorske reševalce, ki smo ga v Nepalju izvedli na prošnjo HRA (Himalayan Rescue Association). Tečaj je odlično uspel in naletel na zelo pozitivne odzive, zanj se zanimajo tudi druge države. Poročilo o njem je bilo objavljeno v Izidi. Naslednje leto bomo organizirali podobnega tečaja v Peruju, kjer sta gorska medicina in reševanje kljub množici visokih gora in njihovih obiskovalcev še slabo razvita.

Predsednik ICAR MEDCOM Brugger je poročal o ustanovitvi Raziskovalnega inštituta za gorsko urgentno medicino na Južnem Tirolskem, ki je prva tovrstna raziskovalna ustanova na svetu. Inštitut, ki je podprt s sredstvi Evropske komisije in pokrajinskih oblasti, je prostorsko in organizacijsko umeščen v EURAC (European Academy) v Bolzanu, ki se ukvarja z različnimi oblikami raziskovanja v medicini in na drugih področjih na mednarodnem nivoju. Vsi, ki jih zanima sodelovanje z novoustanovljenim inštitutom, so prijazno vabljeni. Cilj inštituta je organizirati in podpirati raziskovalno delo na različnih področjih gorske medicine.

Letos so bila ali pa bodo v kratkem objavljena naslednja raziskovalna poročila in smernice ICAR MEDCOM:

- Elsensohn F, Niederklapfer T, Ellerton J, Swangard M, Brugger H, Paal P. *Current status of medical training in mountain rescue in America and Europe*. High Alt Med Biol, 2009; 10: 195–200. Natančen prikaz medicinskega usposabljanja v reševalnih službah večine goratih držav na obeh kontinentih. Razlike so velike, Slovenija je po obsegu usposabljanja reševalcev v zlati sredini.
- Ellerton J, Brugger H, Tomazin I, Paal P. *Immobilization and splintage in organized rescue*. High Alt Med Biol, v tisku. Predstavitve indikacij in možnosti različnih vrst imobilizacije poškodovancev v zahtevnih okoljih. Vakuumska blazina je še vedno osnova imobilizacije huje poškodovanih v gorah, po potrebi seveda v kombinaciji s številnimi ostalimi pripomočki, katerih prednosti in slabosti so opisane.
- Ellerton JA, Zuljan I, Agazzi G, Svajda D, Boyd J. *Prevention and on site treatment of eye problems in mountain and remote areas*. Wild Environm Med, v tisku. »Okulistični priručnik« v malem za zdravnike, gornike in reševalce.

Pred objavo pa so priporočila »Začetni pristop k ponesrečencem in bolnikom v gorah in drugih težko dostopnih krajih« ter »Vsebinska urgentnega zdravniškega nahrbtnika pri gorskem reševanju«.

V Zermattu pa je bil največje presenečenje in uspeh, tako zame osebno kot za ICAR MEDCOM v celoti, zaključek projekta »Recommended standards for helicopter emergency medical services in mountain rescue«. Končna verzija teh priporočil za optimalno organizacijo in izvedbo helikopterske nujne medicinske pomoči predstavlja večletno delo projektne skupine, sestavljene iz članov ICAR MEDCOM in Letalske komisije ICAR. V skupini sva bila kar dva člana iz Slovenije – jaz kot vodja projekta, Miha

Avbelj pa kot eden od devetih sodelavcev. Kljub zelo različnim stališčem in interesom glede nekaterih vročih tem, predvsem o primernih lastnostih reševalnih helikopterjev in zakonodaji, smo sprejeli končno besedilo. Ni manjkalo čestitk in zadovoljstva, saj gre za ena najpomembnejših, najkompleksnejših, pa tudi najbolj »vročih« priporočil ICAR, od katerih se pričakuje, da bodo koristila nadaljnjemu razvoju helikopterskega reševanja in nujne medicinske pomoči v goratih predelih sveta. Največji poudarek je na varnosti in usposabljanju vseh članov helikopterske ekipe za vse vidike helikopterske nujne medicinske pomoči oziroma reševanja. Dejstvo je, da je po eni strani helikopterska nujna medicinska pomoč izredno učinkovita, hkrati pa tudi nevarna dejavnost. V zadnjih mesecih sta se samo v Evropi zgodili dve hudi nesreči. Na Korziki je helikopter strmoglavil pri medbolnišničnem prevozu, v Dolomitih pa pri gorskem reševanju, obakrat so bili v helikopterju po štirje ljudje, preživel ni nihče.

Air Zermatt in gorski reševalci iz Zermatta so z dvema helikopterjema prikazali hitro in učinkovito reševanje večjega števila potnikov iz sedežev in gondol zaustavljene žičnice, nekateri so bili tudi »poškodovani«. Švicarji so v predavanju »Risk assessment – the GO decision« predstavili sistem odločanja na podlagi tveganja na reševalni intervenciji. Odločitev o (ne)odhodu na intervencijo naj bi bila čim bolj objektivna, odvisna od sistema, ne pa subjektivna, odvisna od posameznika. Poudarek je na razmerju tveganje : korist. Med najpomembnejšimi dejavniki vpliva na (ne)izvedbo nujne intervencije je mnenje zdravnika o nujnosti primera.

Ogledali smo si helikoptersko bazo Air Zermatt, iz katere zagotavljajo gorsko reševanje in nujno medicinsko pomoč za sicer samo 750 kvadratnih kilometrov veliko območje, vendar imajo na leto okoli 700 intervencij. Baza je majhna, urejena in odlično organizirana. Imajo precej helikopterjev, skoraj vedno je kateri od njih v zraku, saj z njimi opravljajo različne dejavnosti, od višinskih del, prevoza turistov do reševanja. Menjavajo samo

opremo. Seveda pa je vsaj eden od helikopterjev s posadko vedno na voljo za reševanje, 24 ur na dan. Prvi gre do ponesrečenca (s pomočjo vitle ali podvesne vrvi) običajno zdravnik. Le v zelo zahtevnih terenih gre prvi na mesto nesreče reševalec in če so poškodbe hude, mu praviloma sledi zdravnik, sicer delo opravi reševalec sam. Tudi pri njih so med gorniško usposobljenostjo zdravnikov razlike, podobno kot pri nas – nekateri lahko delajo praktično karkoli kjerkoli, drugi malo manj. Zdravniki so anesteziologi ali urgentni zdravniki, od njih bodo v prihodnosti zahtevali mednarodno diplomu gorske urgentne medicine. Rešujejo tudi ponoči, vendar je aktivacijski čas takrat nekoliko daljši, okoli 20 minut, podnevi pa le od 3 do 5 minut, kar je bistveno hitreje kot npr. pri nas. V Sloveniji imamo enako dobro medicinsko opremo in večje, boljše helikopterje, žal pa nas hromi organizacija in dejstvo, da naša država kot ena redkih v Evropi nima helikopterjev, ki bi bili samo za medicinsko in reševalno uporabo. To je velik dolg Slovincem, predvsem s strani Ministrstva za zdravje.

Odličen DVD »Time is life« o nesrečah in reševanju v plazovih, ki je bil spet predstavljen, imamo tudi v slovenskem prevodu. Pred bližajočo se zimo je spet čas za ogled. Zelo zanimiv, pravzaprav pretresljiv je tudi kratek, naključno posnet film o zasutju v plaz in reševanju. Z na čelado vgrajeno kamero ga je posnel smučar na Aljaski, ko ga je odnesel in zasul plaz. Impresiven vizualni in zvočni posnetek omogoča vsaj malo začutiti tisko in agonijo zasutih v plaz:

<http://gizmodo.com/5366887/pov-helmet-cam-captures-skier-causing->

Uporabni spletni naslovi:

www.mountain-medicine.org ima povezave za večino priporočil ICAR MEDCOM, www.ikar-cisa.org, <http://www.ismmed.org> International Society for Mountain Medicine

Udeležbo na zasedanju mi je omogočila Gorska reševalna zveza Slovenije (GRZS).

Foto: Iztok Tomazin



Matterhorn (4478 m), okras in simbol Zermatta.



Helikopter prinaša zdravnika z opremo k potnikom zaustavljene žičnice.

Goriški travmatološki dnevi

Jordan Polanc

V Novi Gorici so 25. in 26. septembra 2009 potekali 4. goriški travmatološki dnevi. To že tradicionalno strokovno srečanje je ponovno organiziral Travmatološki oddelek Splošne bolnišnice dr. Franca Derganca iz Šempetra pri Gorici pod vodstvom Francija Koglot, dr. med., v sodelovanju s Katedro za kirurgijo Medicinske fakultete v Ljubljani in Društvom travmatologov Slovenije. Tema srečanja je bilo, tako kot vsako leto, t.i. »konzervativno«, tj. neoperativno zdravljenje poškodb gibal, le da je bilo celotno letošnje srečanje namenjeno tovrstnim poškodbam pri otrocih. Sočasno se je v okviru srečanja odvijal tudi posvet medicinskih izvedencev o problematiki izvedenstva v primeru poškodb otrok.

Srečanje je potekalo v prijaznem okolju kongresnega centra Hotela Perla v Novi Gorici, ki omogoča pristen stik med udeleženci. Zanimanje za udeležbo je prijetno presenetilo organizatorje srečanja, saj je bilo v okviru programa konzervativnega zdravljenja pri otrocih prijavljenih preko sto udeležencev, posveta izvedencev pa se je udeležilo preko petdeset strokovnjakov z medicinskega, pa tudi s pravnega področja. Da trud slovenskih kirurgov na področju otroške kirurgije ni zaman in da v svetovnem merilu ni ostal neopazjen, je udeležencem v pozdravnem govoru potrdil generalni sekretar Svetovne zveze združenj otroških kirurgov (World Federation of Associations of Pediatric Surgeons), prof. Jose Boix-Ochoa. Gostiti tako odličnega gosta na srečanju v Novi Gorici pomeni za organizatorje še prav posebno čast, hkrati pa potrjuje pravilne naravnosti slovenske otroške kirurgije, in to ne samo na področju operativnega, temveč tudi na področju konzervativnega zdravljenja poškodb.

Uvodni del srečanja je potekal v okviru teoretičnih bioloških osnov konzervativnega zdravljenja poškodb pri otrocih in posebnosti imobilizacije pri otrocih, v nadaljevanju pa so bila predavanja razdeljena na obravnavo poškodb določenih telesnih regij, od poškodb zgornjih udov, preko poškodb hrbtenice in poškodb spodnjih udov do rehabilitacije poškodovanih otrok. Da gre pri zdravljenju poškodb gibal pri otrocih za temo, ki je v marsičem še nedorečena, pričajo številni prispevki v okviru prostih tem, prav tako pa so se zelo razvnele razprave, ki so sledile teoretičnemu delu srečanja.

Za delavnice mavčenja, ki so se odvijale v okviru simpozija in ki so bile v prvi vrsti namenjene specializantom splošne kirurgije in travmatologije ter mavčarjem, je prav tako vladal velik interes. Pod vodstvom

izkušenih kirurgov so se udeleženci seznanili s klasičnimi oblikami mavčenja zgornjega in spodnjega uda ter hrbtenice. Poleg tega pa so bili predstavljeni tudi sodobnejši materiali in načini imobilizacije, ki marsikje v svetu že predstavljajo tako imenovani »zlati standard«.

Za zaključek bi lahko navedli, da ostaja pri konzervativnem zdravljenju poškodb gibal pri otrocih še precej nedorečenosti in nejasnosti. Meja med operativnim in konzervativnim zdravljenjem se spušča vse nižje. Vzrokov za to je več, od strokovnih do socialnih in finančnih, prav tako tudi pritisk s strani proizvajalcev osteosintetskih materialov ni zanemarljiv. Največji problem pa dostikrat predstavlja omalovažujoč odnos kirurgov do konzervativnega zdravljenja, ki slednje, včasih tudi zaradi slabšega poznavanja, ocenjujejo kot manj vredno. Vsekakor mora pri izbiri načina zdravljenja poškodb pri otrocih prevladati tisto, kar je za otroka najboljše. Vsi razpravljavci pa so se strinjali, da je nujno potrebno v proces zdravljenja od vsega začetka vključiti tudi starše, ki v procesu zdravljenja lahko pomenijo otroku (in tudi kirurgu) veliko oporo, v primeru neustreznega, slabega stika pa prepreko.

Udeleženci delavnice pri mavčenju hrbtenice



Dojenje – smo pripravljeni na nove izzive?

Borut Bratanič

Že dvanajst let Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja pri Unicefu Slovenija, Ginekološko-porodniški oddelek SB Celje in zadnja leta tudi Društvo svetovalcev za dojenje in laktacijo Republike Slovenije vsako drugo leto zberejo predavatelje, gostujoče predavatelje iz tujine in poslušalce, ki jih zanima problematika dojenja in laktacije. Udeleženske in udeleženci prihajajo iz vseh slovenskih regij, občasno tudi iz sosednjih držav. Tako je 2. in 3. oktobra letos v Laškem potekal že 6. simpozij o dojenju in laktaciji z mednarodno udeležbo.

Prvo temo **Dojenje, kje smo in kaj kažejo novi podatki o Sloveniji**, sta vodili S. Hoyer in P. Tuden Dobrin.

S. Hoyer in R. Sotler sta poročala o razlikah v značilnosti dojenja 15 let po prvih raziskavah, ki ju je opravila S. Hoyer. V primerjavi z raziskavama leta 1993 in 1997, ko je bilo vključenih 881 in 203 otroci, je bil leta 1993 odstotek izključnega dojenja 0, leta 1997, 16,4 in 2008, 83,1 odstotka. Pri analizi podatkov o izključnem dojenju je bil ugotovljen relativno visok odstotek izključno dojenih do konca petega meseca starosti, nato pa je sledil izrazit upad. V zaključku sta avtorja poudarila, da »rezultati jasno kažejo, da se je dojenje v 15 letih, odkar se večina otrok v Sloveniji rodi v novorojencem prijaznih porodnišnicah (NPP), močno izboljšalo. Rezultate sta pripisala NPP, saj je to tisti pristop, ki je prinesel spremembe.

Skupina avtorjev iz mariborskega zdravstvenega doma (M. Frankič, S. Šrok, J. Završnik, A. Zorman, B. Šimunič), ki je prva zdravstvena ustanova v Sloveniji, proglašena za dojenje prijazno, je prikazala spremljanje pogostnosti dojenja z informacijsko podporo. Redno spremljajo prehrano od 1. do 18. meseca starosti, podatke s kartonov vnašajo v računalniško bazo podatkov. Od septembra 2007 do 15. aprila 2009 so vnesli v računalniško bazo več kot 15.000 podatkov, za približno 1660 otrok. Izključno dojenih je v spremljani kohorti v prvem mesecu 62, v šestem mesecu pa 16 odstotkov otrok. V bodoče bodo sistem spremljanja dopolnili z računalniškim programom za neposredno vnašanje podatkov o hranjenju.

R. Poličnik z Ministrstva za zdravje (MZZ) je s sodelavci (N. Fidler Mis, B. Bratanič, C. Hlastan Ribič, A. Čampa, V. Fajdiga Turk) predstavil »Priporočila zdravega prehranjevanja za dojenčke«, ki nastajajo v okviru Nacionalnega programa prehranske politike 2005–2010. Delovna skupina na MZZ pripravlja priporočila, ki veljajo za zdrave dojenčke. Priporočila bodo, na osnovi strokovnih podlag iz Evrope, dokončana do konca letošnjega leta. Dodana vrednost priporočil bo poenotenje doktrine prehrane dojenčkov za vse zdravstvene poklice in enotno

izobraževalno gradivo za vse ravni izobraževanja zdravstvenih delavcev ter ciljnih skupin, vključno za šole za bodoče starše.

P. Truden Dobrin, B. Mihevc Ponikvar in N. Delfar z Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ RS) so izdelale analizo republiških podatkov o dojenju glede na naziv NPP. Namen raziskave je bil ugotoviti trende pri vzpostavitvi dojenja oz. dojenju ob odpustu iz porodnišnic v obdobju od leta 1995 do leta 2007. Izključno dojenje se postopoma zmanjšuje na račun delnega dojenja. Odstotek nikoli dojenih otrok se je v daljšem obdobju zmanjšal. Prvorojeni v prvem obdobju niso bili dojeni v 2,48, v novejšem obdobju pa v 1,88 odstotka. Pri nedonošenčkih je bilo v prvem obdobju delno dojenih 20,8, v novejšem obdobju pa 32,5 odstotka otrok. Avtorice so sklenile, da so rezultati primerjav vzpodbudni in da je relativno visok delež otrok ob odpustu iz porodnišnic izključno dojenih.

Drugo temo **»Mlečne banke v Evropi in pri nas?«** sta vodili A. Domjan Arnšek in M. Pestevšek.

Gillian Weaver, predsednica angleške zveze mlečnih bank, koordinatorka Evropskega združenja mlečnih bank in predstojnica ene od mlečnih bank v Londonu je predstavila načela delovanja bank ženskega mleka. To so ustanove, ki zbirajo, pregledujejo, hranijo, predelujejo in zastonj razdeljujejo darovano žensko mleko oddelkom za nedonošene ali bolne novorojence. Prva mlečna banka je bila ustanovljena na Dunaju leta 1909. V Evropi trenutno deluje 140 mlečnih bank, podobne se nahajajo v številnih državah na vseh celinah (npr. v Braziliji več kot 200). V Evropi je bila v letu 2007 ustanovljena Evropska zveza mlečnih bank (EMBA), ki krepi sodelovanje med mlečnimi bankami.

V drugem predavanju je A. Domjan Arnšek iz ljubljanske porodnišnice predstavila načrt ustanovitve prve mlečne banke v ljubljanski porodnišnici. Opredelila je, kdo so lahko darovalke humanega mleka, kako bi potekalo zbiranje ženskega mleka in kako se po sprejemu v banko mleko toplotno obdelala ter kdo bi bili uporabniki podarjenega ženskega mleka. Posebej je še opisala hranjenje ekstremno majhnih nedonošenčkov z darovanim mlekom, kjer je pogostnost pojava nekrotizantnega enterokolitisa ob uporabi ženskega mleka izrazito manjša kot pri hranjenju z različnimi formulami. Rezultati ankete mater v ljubljanski porodnišnici kažejo, da bi od 115 mater, ki so odgovarjale, več kot 93 odstotkov darovalo svoje mleko za nedonošenčke.

M. Pestevšek in V. Novak iz ljubljanske porodnišnice sta prikazali delovanje laktarija v ljubljanski porodnišnici, kot predhodnika mlečne banke. V ljubljanski porodnišnici je bil prvi laktarij ustanovljen leta 1980. V novi porodnišnici je bil v letih od 1987

do 1988 laktarij organiziran kot samostojna enota. V letu 2006 je bilo izbrizganega 786 litrov (brizgalo je 324 mater) in letos, do simpozija, že več kot 1000 litrov ženskega mleka.

S tretjo temo **»Dojenje in poporodne duševne stiske«**, ki sta jo vodili A. Tekauc Golob in M. Blinc Pesek, smo razširili interdisciplinarna obzorja dojenja in laktacije na psihološko in psihiatrično področje.

J. Kordič Lašič, psihiatrinja z Oddelka za psihiatrijo v UKC Maribor, je predstavila poporodne duševne stiske v predavanju **»Od poporodnega bluesa do poporodne psihoze«**. Prikazala je stopnjevanje razpoloženskih motenj od najblažjega depresivnega odklona razpoloženja, preko blažje do zmerne depresije, do hude psihotične motnje z manijo ali bipolarno motnjo. Najblažjo motnjo (poporodni blues) ima v prvih 10 dneh po porodu lahko od 15 do 85 odstotkov žensk. Poporodna depresija prizadene približno 15 odstotkov žensk v obliki motenj spalnega ritma, apetita, izgube energije, občutkov ničvrednosti ali krivde, zmanjšane sposobnosti koncentracije in samomorilnih ideacij. Najhujšo obliko, poporodno psihozo, ima v povprečju ena od 500 mater, z nenadnim začetkom v prvih dveh do štirih tednih po porodu. Prikazan je bil primer pacientke s stopnjevanjem duševnih simptomov do poporodne psihoze.

M. Blinc Pesek, psihiatrinja, je predavala o **»Pomenu diagnostike, preventive in zdravljenja poporodnih duševnih motenj«**. Za te motnje je značilno, da so pogosto neprepoznane, njihovo zdravljenje pa je praviloma učinkovito. Zdravljenje obsega: izobraževanje mater, psihoterapijo, antidepresive in elektrokonvulzivno terapijo. Preventivni ukrepi veljajo predvsem za skupino z velikim tveganjem (predhodna poporodna depresija, genetska obremenjenost), v obliki izobraževanja, svetovanja, sodelovanja v podpornih skupinah in psihoterapije.

V. Velikonja Globevnik z Ginekološke klinike UKC Ljubljana je predavala o psihoterapevtski obravnavi poporodne depresije. Incidenca poporodne depresije je trikrat večja kot incidenca depresije v drugih življenjskih obdobjih žensk in večina epizod v treh do šestih mesecih preneha spontano. Med zdravili so antidepresivi učinkoviti tudi v poporodnem obdobju, učinek hormonske terapije (estrogeni) ni dokazan. Sledil je pregled učinkovitosti različnih vrst psihoterapije poporodne depresije. Malo je znanega o vplivu motenj razpoloženja na dojenje. Le ob ustrezni pomoči mati lahko sprejme svojo odločitev glede dojenja, ne da bi ga prezgodaj opustila.

J. Strniša iz Psihiatrične bolnišnice Begunje na Gorenjskem je predstavila **»Posledice poporodne depresije za žensko, otroka in družino«**. V prispevku so bile opisane možne posledice poporodne depresije na duševnem zdravju matere, razvoju otroka in v odnosu med staršema. Pri otrocih, katerih matere so bile po porodu depresivne, ugotavljajo specifične kognitivne zaostanke pri starostih 12 in 18 mesecev, pri treh, petih, sedmih letih in nižji splošni kvocient intelektualnega delovanja pri 11 letih. Matere s poporodno depresijo prej prekinajo dojenje kot druge. Dojenje lahko nastopa tudi kot zaščitni faktor. Poudarek

je na hranjenju v pristnem čustvenem odnosu in ne zgolj na hranjenju z materinim mlekom. Velik pomen ima očesni stik med materjo in otrokom med dojenjem. V zadnjem predavanju je A. Tekauc Golob iz mariborske porodnišnice spregovorila o **»Dojenju in poporodnih duševnih stiskah«**. Neredko se za težavami z dojenjem skriva nastanek poporodne depresije (PPD). Matere z znaki depresije pogosteje navajajo težave pri dojenju in izražajo manjše zadovoljstvo z otrokovim načinom hranjenja. Pomanjkanje serotonina zavira sproščanje oksitocina, kar vodi do slabšega sproščanja mleka iz dojke. Pojavljanje stresnih dogodkov zmanjšuje laktogenezo in ima negativne posledice na laktacijo. Pri zdravljenju PPD je znano, da se večina psihotropnih substanc izloča v materino mleko. Prehod teh zdravil skozi posteljico je znatno večji, kot prestop v mleko, zato ni razloga, da bi ženska, ki je jemala zdravilo v nosečnosti, zaradi zdravila prekinila dojenje. Dolgoročne posledice izpostavljenosti otroka psihotropnim substancam niso znane.

V soboto, 3. oktobra 2009, sta Z. Felc in C. Skale vodili dopoldansko temo **»Dojenje po odpustu iz porodnišnic in doma, s prostimi temami«**.

S. Padežnik z Otroškega oddelka SB Celje je predstavila prispevek z naslovom **»Izključno dojenje do šestega meseca otrokove starosti«**. Z anonimnim vprašalnikom so pridobili odgovore 60 mater otrok, starih med 7 in 12 mesecev, ki so bili hospitalizirani na Otroškem oddelku v Celju. Izključno dojenje je do šestega meseca starosti izvajalo 33 odstotkov mater. Večina mater je poznala pomen izključnega dojenja za matere.

Z. Felc in A. Mladenović iz Dispanzerja za otroke in mladino v Žalcu sta pripravila prispevek o očetovi vlogi pri dojenju doma. Anonimno anketo je izpolnilo 53 moških, 21 očetov, starih od 28 do 73 let, in 32 ostalih, starih od 20 do 34 let. Več kot 80 odstotkov obojih pozna pomen dojenja. V obeh skupinah (očetje in neočetje) so poznali prednosti dojenja za otroke in matere. Relativno velik pa je bil odstotek nepravilnih odgovorov glede priporočenega trajanja izključnega dojenja (pravilno šest mesecev). Veliko si jih želi več informacij o dojenju na računalniških medijih.

A. Šučurovič in D. Hudar, patronažni medicinski sestri iz ZD Velenje, sta prikazali primer uspešne podpore patronažne medicinske sestre pri hranjenju nedonošenčka z izbrizganim materinim mlekom na domu. Pri zapletenem poteku jima je uspelo skupaj z materjo vzpostaviti izključno dojenje do šestega meseca starosti.

K. Doler z Ginekološko-porodniškega oddelka SB Celje je predstavila poklicno in laično podporo dojenju. Analizirala je anketne vprašalnike 64 mater. Raziskava je pokazala, da je 89 odstotkom doječih mater, ki so iskale pomoč, pogovor s svetovalko pripomogel k uspešnejšemu reševanju nastalih težav. Dve materi (7 odstotkov) sta bili s pomočjo zadovoljni, vendar jima problema kljub temu ni uspelo rešiti. Ena mati (4 odstotki) pa z odgovorom ni bila zadovoljna, a je kljub temu težavo rešila sama in uspešno nadaljevala z dojenjem.

C. Skale in J. Baliban iz Odseka za neonatalno pediatrijo SB Celje sta se vprašali »Ali znamo zdravstveni delavci prepoznati pričakovanja in potrebe mater?«. Za zdravstveno osebje, ki dela z nosečnicami in materami po porodu, je zelo pomembno izobraževanje na področju komunikacije in tudi na področju kakovosti storitev. Z nekaterimi komunikacijskimi veščinami se rodimo, večino komunikacijskih spretnosti pa se moramo v življenju učiti in naučiti, sta poudarili avtorici v strukturiranem predavanju.

Zadnja tema je bila »**Dojenje v ruralnem in socialno ogrožajočem okolju ter pogojih**«. Vodila jo je M. Žefran Drole iz Zdravstvenega doma Tolmin. Sama je odprla temo s predavanjem »Ali matere na podeželju res manj dojijo?«. Za Slovenijo je možno iz področnih študij povzeti podatke o deležu dojenih otrok ob šestem mesecu starosti: Maribor 29 odstotkov, Hrastnik 35 odstotkov, Celje 56 odstotkov, Ljubljana 80 odstotkov, Vipava 73 odstotkov, Koper 70 odstotkov. Tolminsko (ruralno) je primerjala s področjem Ljubljana Šiška (mestno) v letih 2006 in 2007, kjer ni ugotavljala bistvenih razlik v pogostosti in trajanju dojenja. Avtorica ugotavlja, da so skupine z večjim tveganjem za zgodnje opuščanje dojenja: mlajše, manj izobražene matere in prvorojke. Predlaga zgodnjo razpoznavo – že med nosečnostjo, ko jim je potrebno nameniti več časa za pogovor, po porodu pa več obiskov patronažnih medicinskih sester.

M. Harmandič je predstavila »Dojenje v romski populaciji na področju ZD Novo mesto«, kjer živi 181 družin Romov (2,3 odstotka prebivalstva). Starost prvorojke je v tej populaciji večinoma pod 20 let. Spremljala je 163 otrok, pri katerih je 40 mater prekinilo dojenje v prvem mesecu. Tradicionalna

predstava, da romske matere brez problemov dojijo svoje otroke, se v zadnjem času precej spreminja. Pogosteje in bolj zgodaj se odločajo za dodatek formule po steklenički.

B. Čuk iz Zdravstvenega doma dr. A. Drolca v Mariboru je prikazala primer podpore patronažne medicinske sestre materi v oddaljenem zaselku. Težavne socialne razmere in ponekod oddaljenost od naselij zahtevajo dodatne napore in odločenost patronažne medicinske sestre, ki tudi v takih pogojih lahko z materami uspešno podpira izključno dojenje.

J. Čuk iz ZD Logatec in L. Bregant iz ljubljanske porodnišnice sta predstavili preliminarne rezultate spremljanja mater, ki so rodile in dojile ob metadonski terapiji. Kljub manjšemu številu spremljanih mater in njihovem zdravljenju, ki ga vodijo v centrih po vsej Sloveniji, je možno vzpostaviti dojenje, če so matere motivirane in imajo ustrezno podporo v zdravstvenem osebju in svojem okolju.

Zadnje predavanje z naslovom »Vzroki neuspešnega dojenja« je podala K. Kozorog z Otroškega oddelka SB Celje. Kljub jasnim navodilom Svetovne zdravstvene organizacije in Unicefa v redkih primerih dojenje »ne steče«. Po natančni anamnezi, pregledu otroka in izključitvi organskih vzrokov (ki niso bili predmet tega predavanja), sledi odpravljanje težav. Dojenje ne uspe zaradi različnih vzrokov, ki jih je predavateljica natančno opredelila in predstavila ustrezne rešitve.

Po vsaki od zaključenih tem so se razvile izmenjave mnenj predstavnikov vseh zdravstvenih poklicev.

Naslednji, sedmi simpozij o dojenju in laktaciji bo predvidoma v začetku oktobra leta 2011.

Strokovno srečanje

Novosti s področja osteologije

Miro Čokolič, Breda Pečovnik Balon, Radko Komadina

Po I. osteoloških dnevih pred dvema letoma, so 9. in 10. oktobra 2009 v organizaciji Univerzitetnega kliničnega centra Maribor in Splošne in učne bolnišnice Celje potekali na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru II. osteološki dnevi. Organizacijski odbor si je zadal nalogo, da bi v slovenskem prostoru bienalno predstavljal domače raziskovalne prispevke in novosti s področja osteologije. Strokovni in raziskovalni sestanek je bil namenjen zdravnikom, ki obravnavajo osteoporozo in njene posledice, ter kliničnim raziskovalcem s področja medicinskih specialnosti, strojništva, fizike, biologije, farmacije in informatike.

Zvrstilo se je 21 raziskovalnih poročil s področja slikovnih diagnostik v osteologiji, raziskav s področja bazične znanosti, genetike, biokemije, biofizike in biomehanike, do uporabe

novih bioloških modelov pri operativnem zdravljenju osteomuskularnega sistema. Po znani in danes že klasični izjavi tedanjega direktorja Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo je SZO v zadnjih treh desetletjih 20. stoletja področje mišično-skeletne medicine nekoliko zanemarila zaradi prednostnih raziskav na področju onkologije in srčno-žilnih bolezni. Zamujeno je želela nadoknaditi s projektom Desetletje gibal (Bone & Joint Decade), ki so ga 1. januarja 2000 skupaj proglasili SZO, Organizacija združenih narodov in Svetovna banka. Pozvali so strokovno javnost, da preko nacionalnih ekspertnih skupin pospeši raziskave na področju bolezni, poškodb in okvar hrbtenice, osteoartritis, revmatskih bolezni in zlomov zaradi krhkosti kosti – osteoporoze. Poleg referentov in raziskovalnih skupin se je srečanja udeležilo 75 prijavljenih udeležencev, registriranih pri Zdravniški zbornici Slovenije. To odraža realno



Del organizacijskega odbora v pogovoru s strokovnim direktorjem UKC Maribor.

sliko zainteresiranih raziskovalno naravnanih strokovnjakov v dvomilijonski Sloveniji, kar organizatorji ocenjujemo kot dober obisk.

Kako naprej? Na predlog prof. Marčeve s Fakultete za farmacijo bomo naslednje srečanje čez dve leti pripravili z mednarodno udeležbo z vabljenimi raziskovalci iz sosednjih dežel oziroma s sosednjih univerz, komunikacijski jezik bo angleščina.

Pred srečanjem je izšel bogat in recenziran zbornik člankov vabljenih predavateljev – raziskovalcev, ki so s svojimi poročili orisali širok spekter raziskav s področja osteologije. Tako je prim. Čokolič ob 15-letnici denzitometrije v UKC Maribor opozoril na nadzor kakovosti tovrstnih diagnostičnih storitev in na potrebo po pridobitvi certificiranega znanja zdravnikov, ki opravljajo denzitometrijo. Trenutno je v Sloveniji manj kot 10 strokovnjakov, ki so dobili status certificiranega kliničnega denzitometrista (CCD) pri mednarodnem združenju za klinično denzitometrijo (ISCD), z denzitometrijo pa se ukvarja vsak, ki kupi aparat. Kolegi Friedrich, prim. asist. Puklavec in doc. dr. Brecej so prikazali možnosti slikovne diagnostike, ki je v rutinski uporabi, in izjemno zanimive nove možnosti analize prosojnosti patološko spremenjene kosti v eksperimentalnem modelu.

Doc. dr. Hren, utemeljitelj medicinske fizike na Univerzi v Ljubljani, je opozoril na možnost premalo uporabljenega in zato slabo razumljenega neinvazivnega vpogleda v strukturo kosti z ultrazvokom, ki bi koristil v presejalne namene. Mag. Jagodič je z urološkega vidika poročal o posledicah karcinoma prostate na kostnino. Kolegica prim. asist. mag. Breda Jesenšek Papež je predstavila problematiko osteoporoze v fiziatrični klinični praksi, asist. dr. Salobir pa program SZO FRAX kot SZO-jevo metodo ocene tveganja za zlom, ki ima velike obete, a zaenkrat

pičle rezultate v praksi, saj je uvedba zdravljenja osteoporoze močno nadzirana in regulirana s strani plačnika, kar pomeni uporabo programa FRAX v različnih državah z različnim vstopnim pragom. Kolega Bukovnik je predstavil neodgovorjeno vprašanje o obratnem razmerju med pojavom osteoporoze in osteoartroze pri zlomih kolka.

Kolega s pediatrične klinike UKC Ljubljana, asist. mag. Nevenka Bratanič in asist. dr. Primož Kotnik, sta poročala o zmanjšanju kostne mase pri otrocih in mladostnikih s kroničnimi vnetnimi boleznimi in anoreksijo nervozo. Zapisali so provokativno trditev, da je senilna osteoporoza bolezen otroškega obdobja. Danes dodajamo vitamin D le v prvem letu otrokovega življenja. Glede na epidemijo hipovitaminoze D v slovenskem prostoru bi bilo smiselno dodajati vitamin D vse do mladostne dobe. Kolegica mag. Duša Marn Vukadinović je s primenom bolnice z revmatoidnim artritisom in glukokortikoidno osteoporozo kot posledico zdravljenja revmatoidnega artritisa prikazala primer značilne bolnice, ki je ob zdravljenju osnovne bolezni dobila hudo obliko osteoporoze in osem sočasnih zlomov. S tem primerom je želela pokazati izredno zahtevno zdravljenje sekundarne osteoporoze oz. posledic. Kolega Krajnc in prof. dr. Pečovnik Balonova iz UKC Maribor sta prikazala povezanost koronarnih kalcifikacij in kostnih sprememb pri bolnikih z diabetesom in kronično ledvično odpovedjo. Revmatologinja Gradišnikova je pri poročanju o novostih pri obravnavi in zdravljenju osteoartritisa opozorila, da je z dokazi podprt preventivni ukrep le zmanjšanje telesne mase bolnika, opozorila je na razhajanje v stališčih začetnega zdravljenja med evropsko in ameriško zvezo revmatologov ter da lokalne aplikacije hialuronidaze in podobnih zdravil ne kažejo pomembnih znakov uspešnega zdravljenja.

Sledile so predavitve domačih bazičnih in kliničnih raziskav v zadnjih dveh letih, in sicer posameznikov in članov raziskovalne projektne skupine, ki jo je pred več kot desetletjem na področju osteologije ustanovila prof. dr. Andreja Kocijančič in vključuje fizike, inženirje strojništva, farmacevte, zdravnike različnih specialnosti. Asist. mag. Trošt je predstavil DNA-mikromreže v raziskavah bolezni kosti in hrustanca, asist. dr. Mencej Bedrač vlogo in genske spremembe sistema RANK/OPG pri osteoporozni. Del velike in dobro delujoče raziskovalne skupine s področja osteoporoze v Sloveniji je bil tudi referat asist. Vindišarja o razumevanju znižane glomerulne filtracije pri pacientih z zlomom kolka kot enim od glavnih dejavnikov tveganja za osteoporotični zlom. Asist. dr. Vogrin je prikazal zanimiv nov biološki model LCA-plastike kolenskega sklepa, kjer s pomočjo rastnih faktorjev iz trombocitov pospešijo celjenje in ligamentizacijo transplantata sprednje križne vezi.

Asist. Gajšek je ob sodelovanju s Fakulteto za strojništvo v Ljubljani poročal o predhodnih rezultatih biomehanske študije z zapisom matematičnega modela nastanka vdovske grbe. Dr. Zavrtnik je proučeval pomanjkanje estrogenskih učinkov v pomenopavzalnem obdobju na polimorfizmih gena za estrogenski receptor alfa in njegov vpliv na odzivnost bolnic, ki jih zdravimo s selektivnimi modulatorji estrogenskih receptorjev. Dr. Završnik je predstavil aktualne slovenske smernice za zdravljenje pomenopavzalne osteoporoze, ki so bile prvič zapisane leta 2002 in potrebujejo posodobitev. Ob robu posvetovanja je mag. Gantar, strojni inženir, predstavil nadgradnjo aparata za

denzitometrijo, ki omogočijo morfometrijo hrbteničnih vretenc od 5. prsnega do 4. ledvenega. Podatki, ki jih pridobimo, so podobni podatkom rentgenskega slikanja prsno-ledvene hrbtenice v stranski projekciji, vendar je doza, ki jo prejme pacient pri VFA 8 μ Sv, pri rentgenskem slikanju pa kar 800 μ Sv. Metoda je nova, posamični denzitometrični centri jo že uporabljajo v vsakdanji praksi pri spremljanju zveznega nastajanja deformacij hrbteničnih vretenc zaradi osteoporoze in jo bo treba uvesti v vsakdanjo uporabo v vseh slovenskih denzitometričnih centrih.

Dvodnevni raziskovalni kolokvij je pokazal od industrije neodvisne slovenske raziskave v zadnjih dveh letih, ki so primer dobrega sodelovanja med raziskovalci iz različnih institucij z ljubljanske in mariborske univerze, kar je glede na slovensko majhnost temeljni pogoj za uspešne raziskave z morebitno mednarodno odmevnostjo. Želeli bi si večji odziv družinskih zdravnikov, ki so prvi v stiku z bolniki s tovrstno problematiko. Odkrivanje in zdravljenje osteoporoze je domena zdravnikov raznih specialnosti (družinski zdravniki, internisti, ginekologi, ortopedi, fiziatri, travmatologi), ki bi morali imeti dodatno znanje o osteoporozni, medtem ko naj subspecializirani internisti zdravijo predvsem sekundarno osteoporozo. Število zdravnikov, ki so opravili tečaj in izpit ISCD, se povečuje, v prihodnosti pa bi ga morali opraviti vsi zdravniki, ki se ukvarjajo z diagnostiko in zdravljenjem osteoporoze, morda tudi na račun ZZZS, saj bi lahko potem pričakovali tako zaželeno racionalizacijo in zmanjšanje stroškov v zvezi z diagnostiko in zdravljenjem.

Leto in svetovni dan boja proti kostno-mišični bolezni

Marija Cesar Komar

Slovensko združenje za zdravljenje bolečine (SZZB) je javnost opozorilo na letošnji svetovni dan boja proti bolečini (19. oktober) s sklicanjem novinarske konference, ki je bila 20. oktobra 2009 v Ljubljani. Obeležili smo začetek svetovnega leta boja proti kostno-mišični bolezni, ki bo trajalo o vse do oktobra 2010. Preko novinarjev smo želeli obvestiti širšo slovensko javnost o naših prizadevanjih za zmanjšanje bolečin v Sloveniji. Kot kaže velika študija, ki jo je izvedlo SZZB v letu 2006, je najpogostejša kronična bolečina med Slovenci prav bolečina v križu in hrbtenici, torej kostno-mišična bolečina.

Dan poprej se je končal EFIC-ov (European Federation of IASP Chapters) teden boja proti bolečini, tokrat posvečen kronični bolečini in depresiji (od 12. do 19. oktobra 2009). Huda kronična bolečina prizadene tudi bolnikovo psiho, vodi v izogibanje posameznika družbi, socialnim stikom na vseh ravneh – tako v družini kot tudi na poklicnem področju. Vodi v žalost, depresijo in celo samomorilnost. Zato je treba ob vsaki kronični bolečini zdraviti tudi depresijo.

Velika študija o pojavnosti kronične bolečine v Sloveniji, ki jo je v letu 2006 izvedla SZZB in v kateri je sodelovalo 1010 anketirancev, je pokazala, da trpi za kronično bolečino 23 odstotkov Slovencev. Ti podatki nas po pojavnosti bolečine med evropskimi državami uvrščajo na četrto mesto skupaj z Belgijo, za Norveško, Poljsko in Italijo. Saj je bila izvedena po vzoru velike evropske študije zato, da imamo rezultate primerjave? Iz študije je ob enem razvidno, da kar 62 odstotkov Slovencev, ki se soočajo s kroničnimi bolečinami, trpi za bolečinami v križu in hrbtenici. Prav slednja je najbolj značilna kostno-mišična bolečina in glavni vzrok bolniške odsotnosti bolnikov s kronično bolečino. Zaradi velikega števila izpadlih delovnih dni kostno-mišična bolečina predstavlja pomemben problem tudi za širšo družbeno skupnost.

SZZB je tudi tokrat pripravilo kratko predstavitev problematike. Vzroki za tovrstne bolečine so lahko različni – poškodbe, osteoporoza, posamezni procesi v kosteh (vnetja ali kostni zasevki rakavih bolezni) in kronične degenerativne spremembe.



Glavno vodilo pri zdravljenju kostno-mišične bolečine so zagotovo: zadosti gibanja, zgodnja mobilizacija, zgodnja rehabilitacija, fizioterapija in seveda po potrebi analgetiki in zdravila za sproščanje mišičnih krčev,« je ob tej priložnosti poudarila predsednica Slovenskega združenja za zdravljenje bolečine **prim. mag. Marija Cesar Komar** v prispevku Bolečina še vedno ni zadostno in zadovoljivo zdravljena.

Prisotni slovenski strokovnjaki s področja zdravljenja bolečine, ki se vsakodnevno zavzemajo za manj bolečin in trpljenja bolnikov, so na tiskovni konferenci poudarili vse prevečkrat nezadovoljivo in nepravilno zdravljenje bolečine. **Prim. Jelka Pirc** je predstavila doktrinarno zdravljenje bolečin kostno-mišičnega izvora in poudarila, da je bolečina sama po sebi bolezen. **Prof. dr. Zmago Turk** je v kratki predstavitvi osvetlil značilnosti in pomembnost medicinske rehabilitacije pri kostno-mišičnih bolečinah, ki je nerazdružljivo povezana z zdravljenjem bolečin v kosteh in mišicah. **Prim. mag. Nevenka Krčevski Škvarc** se je v svoji predstavitvi osredotočila na SCS-stimulacijo hrbtenjače (Spinal cord stimulacijo – centralno draženje hrbtenjače), ki velja za novo metodo zdravljenja trdovratnih bolečin v hrbtenici in okončinah, velikokrat uporabljeno pri neuspešnih operativnih terapijah na hrbtenici.

Širši problem je v premajhnem številu PBA (protibolečinskih ambulant) in storitvah protibolečinske medicine, ki niso ovrednotene in plačane s strani zavarovalnice.

Slovensko združenje za zdravljenje bolečine – SZZB

SZZB je strokovno združenje zdravnikov različnih specialnosti. Predvsem specialistov s posebnim znanjem terapije bolečine, ki delajo v PBA, in drugih zdravnikov, ki se vsakodnevno srečujejo z bolečino, se zavedajo njene razsežnosti in še vedno pomanjkljivega in nezadostnega zdravljenja. Poglavitna naloga SZZB je spremljanje novosti, formiranje in sprejemanje smernic in doktrin s področja zdravljenja bolečine. Obenem skrbi za zasnovo in izpeljavo študij s področja bolečine v Sloveniji ter objavo rezultatov v domači in tuji strokovni literaturi. Prizadevajo si ozavestiti bolnike, ki lahko sami s pravilnim ravnanjem in upoštevanjem navodil zdravnikov naredijo veliko za manj bolečin in boljše kakovost življenja.

Svetovna organizacija za študij bolečine (International Association Study of Pain – IASP), katere del je tudi SZZB, vsako leto določi posebno temo leta. Tako je letošnje leto posvečeno zdravljenju kostno-mišičnih bolečin in tej problematiki bodo namenjene vse aktivnosti. Pričelo se je 19. oktobra 2009 in bo trajalo do oktobra 2010, ko bo izbrana druga tema.

Aritmije/Pacing 2009

Luka Lipar

V okolju čudovitega renesančnega dvorca je v kongresnem centru na Brdu pri Kranju na deževno soboto, 10. oktobra, potekalo drugo znanstveno-strokovno srečanje o elektrostimulaciji srca in motnjah srčnega ritma z mednarodno udeležbo. Prof. dr. Igor Zupan je po dveh letih in pol ponovno zbral vrhunske strokovnjake (kardiologe, pediatre – kardiologe in kardiovaskularne kirurge iz celotne Slovenije), ki so več kot 250 udeležencem postregli z novostmi s področja elektrostimulacije srca in motenj srčnega ritma.

Tokratno srečanje sta dodatno obogatila predavatelj z dveh svetovno priznanih klinik – Luis R. Scott, predstojnik Divizije za kardiologijo in direktor Oddelka za aritmologijo in elektrostimulacijo Klinike Mayo v Arizoni, ZDA, ter Andreas Goette, predstojnik Oddelka za intenzivno interno medicino Univerzitetnega kliničnega centra Magdeburg, Nemčija.

Predavanja so bila razdeljena v tri sklope: resinhronizacijsko zdravljenje (CRT), srčni spodbujevalniki ter vsadni kardioverter/defibrilatorji (ICD) in atrijska fibrilacija.

Resinhronizacijsko zdravljenje z vsaditvijo biventrikularnega srčnega spodbujevalnika je uveljavljen način zdravljenja bolnikov z napredovalim srčnim popuščanjem (NYHA III ali IV, iztisni delež levega prekata ≤ 35 odstotkov) in širokimi kompleksi QRS (≥ 120 ms). Sklop predavanj je odprl dr. Scott, ki je povzel

glavne študije s področja CRT in predstavil trenutne prednosti in slabosti tega vse bolj razširjenega načina zdravljenja. Dr. Zupan je predstavil zadnje študije, ki širijo indikacije za CRT na bolnike v nižjih NYHA funkcijskih razredih, govoril je o CRT pri bolnikih z atrijsko fibrilacijo, prikazal pa je tudi statistiko bolnikov s CRT v UKC Ljubljana. Dr. Geršak je predstavil vlogo kardiovaskularnih kirurgov pri CRT z minimalno invazivnimi postopki. Pomen ehokardiografije pri CRT je poudarila Sabina Frľjak, dr. med., Luka Lipar, dr. med., pa je predstavil problematiko CRT pri bolnikih, ki že imajo »klasični« srčni spodbujevalnik.

V vsakdanji praksi se vse več zdravnikov srečuje z bolniki, ki imajo vsajen srčni spodbujevalnik ali ICD, zato postaja poznavanje osnovnih zakonitosti srčnega spodbujanja vitalnega pomena za slehernega zdravnika. Drugi sklop se je pričel s predavanjem dr. Rakovca, ki je razložil slabosti desinhronizacije, ki je posledica prepogoste prekatne stimulacije, in predstavil novejša srčna spodbujevalnika, ki zmorejo minimizirati stimulacijo v desnem prekatu. Asist. Borut Kamenik je govoril o vlogi atrijskega načina spodbujanja pri bolezni sinusnega vozla, s katerim se izognemo nepotrebni desinhronizaciji, njegov kolega iz UKC Maribor, dr. Pehnc, pa nam je prikazal osnove ambulantne kontrole srčnega spodbujevalnika. Maja Česen, dr. med., se je dotaknila možnosti telemetrijskega nadzora delovanja srčnih spodbujevalnikov in

ICD v pediatrični populaciji, asist. mag. Berden pa je predstavil prvi nedavno izdelan srčni spodbujevalnik, ki bolnikom omogoča nemotene magnetno-resonančne preiskave (MRI), hkrati pa poudaril, da je MRI pod določenimi pogoji in v nujnih primerih mogoč tudi pri bolnikih z običajnim srčnim spodbujevalnikom.

Atrijska fibrilacija (AF) predstavlja najpogostejšo trajno aritmijo in je vodilni vzrok hospitalizacije med vsemi aritmijami. Zadnja dognanja s področja molekularnih osnov AF je predstavil dr. Goette. Dr. Zupan je pripravil pregled najnovejših spoznanj pri zdravljenju AF. Veliko si obetamo od novega aritmika iz skupine III dronedarona, ki bi lahko uspešno zamenjal amiodaron. Novosti pri antikoagulacijski zaščiti bolnikov z AF je predstavila dr. Nina Vene. Tudi na tem področju se v prihodnosti obeta novost v obliki dabigatrana, ki bi utegnil nadomestiti varfarin. O vse bolj razširjenem zdravljenju perzistentne AF z radiofrekvenčno ablacijo je spregovoril asist. Vokač, dr. Pernat pa je predstavil pomen nadzora uspešnosti zdravljenja AF z vsaditvijo majhne naprave »implantable loop recorderja« (v velikosti USB-ključa), ki je sposobna dolgotrajnega sledenja srčnemu ritmu.

V zadnjem »interaktivnem« delu predavanj sta dr. Scott in dr. Rakovec predstavila zanimive in zagonetne EKG-zapise iz svojih bogatih kliničnih izkušenj. Sodelujoči del publike si je prislužil tudi praktične nagrade, vsi pa smo ugotavljali, da imamo še precejšnje rezerve v svojem elektrokardiografskem znanju.

Potekala sta še dva satelitska simpozija: dr. Rakovec je predstavil najnovejše podanalize študije Beautiful, ki kažejo na učinkovitost ivabradina pri bolnikih z angino pektoris. Drugi satelitski simpozij pa je popestril vedno izvirni Marko Gričar, dr. med., ki je prikazal preteklost, sedanost in prihodnost na področju žilnih opornic na čelu z revolucionarnimi razgradljivimi opornicami.

Aritmologija s pomočjo elektrostimulacije srca pridobiva vedno večjo težo znotraj kardiologije, odpirajo se številne nove možnosti, ki bolnikom izboljšujejo kakovost življenja in povečujejo njihovo preživetje. Veseli nas, da številna udeležba tako na letošnjem kot tudi na predlanskem srečanju potrjuje veliko zanimanje zdravnikov, medicinskih sester, tehnikov in študentov medicine za to razvijajočo se vejo medicine. Torej – nasvidenje na Brdu v letu 2011!



Predsednik organizacijskega odbora prof. dr. Igor Zupan in predstojnik Divizije za kardiologijo in direktor Oddelka za aritmologijo in elektrostimulacijo Klinike Mayo v Arizoni, ZDA, dr. Luis R. Scott.

Tečaj za učitelje anesteziologije za Vzhodno Evropo – ISIA 2

Iztok Potočnik, Špela Mušič, Jasmina Markovič Božič, Polona Mušič

Anesteziološki izobraževalni projekt Beer Sheva, ki deluje v okviru *World Federation of Societies of Anaesthesia (WFSA)*, poteka od leta 1992. Nekatera nacionalna združenja so se projektu sprva z veseljem pridružila, kasneje pa prenehala s sodelovanjem, nekatere članice pa so predlagale spremembo programa. Tudi druga evropska združenja s področja anesteziologije so se pridružila programu, ko so slišala za uspešen projekt. Končno se je projekt Beer Sheva preselil v Wolfsonov medicinski center v središču Izraela, kjer še vedno potekajo šestmesečna izobraževanja z različnih področij anesteziologije in intenzivne medicine.

Med letoma 2006 in 2007 se je pojavila nova ideja za izobraževalni program, ki poteka v okviru WFSA in se imenuje *The International School for Instructors in Anesthesiology (ISIA)*. Tečaj je namenjen učenju sodobnih metod poučevanja in prenašanja strokovnega znanja na različne ciljne skupine (študente medicine, specializante anesteziologije in sorodnih strok, medicinske sestre itd). Idejni oče projekta je prof. Gabriel Gurman. Prvega tečaja se je udeležilo pet držav: Moldavija, Bolgarija,

Srbija, Slovaška in Poljska. Vsako nacionalno združenje je poslalo na tečaj po štiri udeležence. Tečaj je potekal oktobra 2006 in aprila 2007 v Bratislavi in oktobra 2007 v Beogradu. Učili so jih znani strokovnjaki s področja anesteziologije in pedagogike. Tako je prvih 20 mladih anesteziologov uspešno opravilo tečaj in so letos pričeli z organizacijo nacionalnih oz. lokalnih tečajev.

Zaradi uspešnosti tečaja ISIA 1 je WFSA letos podprla nadaljevanje projekta. Tokrat so se tečaja ISIA 2 udeležili predstavniki Slovenije, Grčije, Makedonije, Romunije in Madžarske. Velik problem v pokomunističnih državah je način učenja mlajše generacije. Sodobne metode učenja so zasnovane predvsem na k problemom usmerjeni predstavitvi, razpravljanju in aktivnem sodelovanju učencev v razpravi. Vsako nacionalno združenje je predlagalo štiri predstavnike, ki naj bi osvojili takšno metodo poučevanja in v prihodnosti organizirali podobne tečaje s strokovno tematiko s področja anesteziologije v svojih državah.

Tečaj ISIA 2 je sestavljen iz treh delov, ki trajajo po en teden. Prvi teden je potekal **od 10. do 16. oktobra 2009 v Predealu v Romuniji**, naslednja dva pa bosta potekala na isti lokaciji

marca in oktobra 2010. Predeal je manjše mesto v Transilvaniji v romunski pokrajini Brasov. Je pomembno gorsko turistično smučarsko središče. Nahaja se v dolini Prahova in ga obdaja več gorskih vrhov (Postavarul, Piatra Mare, Bucegi, Baiului in Fițifoii). Ime verjetno izhaja iz arhaične romunščine »pre deal« in pomeni »na vrhu« ali pa iz slovanske besede »predel«, ki pomeni »meja«. V zadnjih letih se mesto zelo hitro razvija. Predeal je najvišje ležeče mesto v Romuniji (1033–110 m), v njem pa je leta 1945 umrl albanski princ. Je rojstno mesto romunskega pesnika Mihaila Saulescuja. Mesto nas je pozitivno presenetilo s svojo urejenostjo in gostoljubnostjo.

Tečaj je zajemal tri sklope: strokovni del, organizacijsko problematiko in metode poučevanja. Strokovni del tečaja je zajemal prikaze primerov iz anesteziološke prakse. Prvi teden je zajemal naslednja strokovna področja: predoperacijski anesteziološki pregled, intenzivno zdravljenje, področna anestezija, akutna bolečina in anestezija za travmatološke operacije. Organizacijski del tečaja je zajemal: pojasnitveno dolžnost anesteziologa in protibolečinsko službo. Metode poučevanja sta vodili dve strokovnjakinji s tega področja, ga. Shirley Dobson, profesorica nemščine in francoščine iz Oxforda, in dr. Lesley Bromley, anesteziologinja iz Londona. Poleg njiju so pri tečaju sodelovali še anesteziolog dr. Mike Dobson iz Oxforda in diplomanti tečaja ISIA 1. Naučili smo se tudi, kako pripraviti dober prikaz primera, kako voditi delavnico, kako motivirati udeležence, kako pripraviti dobro predstavitev.

Mednarodno srečanje

Periodični vročinski sindromi in druge avtoinflamatorne bolezni

Nataša Toplak

Na novi Pediatrični kliniki v Ljubljani je 9. in 10. oktobra 2009 potekalo dvodnevno mednarodno srečanje na temo **Periodični vročinski sindromi in druge avtoinflamatorne bolezni**. Srečanje je potekalo v organizaciji Službe za alergologijo, revmatologijo in klinično imunologijo, Pediatrične klinike, Medicinske fakultete v Ljubljani in Evropskega združenja za pediatrično revmatologijo – PRES (angl. *Pediatric Rheumatology European Society*).

Glavni namen srečanja je bil širjenje znanja o teh redkih boleznih v slovenskem prostoru in na področju srednje, vzhodne in južne Evrope. Udeležencev je bilo 123 iz 22 držav. Predavanja so bila na zelo visoki ravni, saj so se povabili odzvali skoraj vsi javljeni predavatelji, ki so na tem področju med vodilnimi v evropskem prostoru, nekateri pa celo v svetovnem merilu. Glavna predavateljica srečanja je bila Ivona Aksentijevich iz Združenih držav Amerike, zaposlena na Inštitutu za zdravje – NIH (angl. *National Institute of Health*).



Od leve proti desni: asist. mag. Iztok Potočnik, dr. med., Špela Elizabeta Mušič, dr. med., Polona Mušič, dr. med., Miodrag Milenović, dr. med., spredaj: asist. mag. Jasmina Markovič, dr. med.

Stroške izobraževanja sta pokrila izobraževalni odbor WFSA, katerega predsednici sta dr. Angela Enright in dr. Janicke Mellin-Olsen, in ESA/NASC (European Society of Anaesthesiology/National Anaesthesia Societies Committee), kateri predseduje prof. Hugo Van Acken.

Udeležbo na tečaju sta nam omogočila Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, UKC Ljubljana, in Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino.

Pred pričetkom strokovnega dela srečanja je javljene predavatelje sprejel prof. dr. Rajko Kenda, strokovni direktor Pediatrične klinike v Ljubljani. Gostje so si nato ogledali novo kliniko. Po ogledu ambulantnega dela smo jih povabili tudi na oddelek Službe za alergologijo, revmatologijo in klinično imunologijo, kjer se je ob predstavitvi konkretnih diagnostičnih problemov razvila tudi živahna strokovna razprava. Gostje so bili nad našo novo kliniko navdušeni in večkrat je bilo slišati, da imamo eno boljših otroških bolnišnic v Evropi.

Uvodne besede strokovnega srečanja je spregovoril prof. dr. Ciril Kržišnik, predstojnik Katedre za pediatrijo na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Sledil je pozdravni govor doc. dr. Tadeja Avčina, vodje Službe za alergologijo, revmatologijo in klinično imunologijo. V uvodnem predavanju je bila predstavljena vloga združenja za periodične vročinske sindrome in druge avtoinflamatorne bolezni v srednji, vzhodni in južni Evropi. V teh državah je število bolnikov s periodičnimi vročinskimi sindromi, v primerjavi

z zahodnimi evropskimi državami, zelo majhno. Malo verjetno je, da v državah te regije bolnikov praktično ni, bolj verjetno je, da niso prepoznani. Genetske napake, ki so vzrok teh bolezni, so bile odkrite šele v zadnjih desetih letih. Za boljše prepoznavo, diagnostiko in zdravljenje je potrebno širjenje znanja, timsko delo strokovnjakov bazičnih in kliničnih ved, revmatologov, imunologov, infektologov, pediatrov in splošnih zdravnikov na primarni ravni. Nujna je dostopnost genetskega testiranja tudi za države, ki doma te možnosti nimajo, in nujne so smernice za diagnostiko in terapijo. Marco Gattorno iz Italije je predstavil projekt *Eurofever*. Glavni namen *Eurofever* projekta je ugotoviti število bolnikov s temi boleznimi v evropskem prostoru ter postaviti temelje za bolj učinkovito diagnostiko in zdravljenje. Podatki se bodo zbirali v registru bolnikov.

V drugem sklopu predavanj prvega dne so bili predstavljeni posamezni vročinski sindromi, ki so heterogena skupina bolezni in predstavljajo diferencialnodiaagnostični izziv. Ko izključimo okužbe, avtoimunske bolezni ter hematookološke bolezni, pridejo v poštev pri bolniku s periodično vročino tudi periodični vročinski sindromi. Na prvi pogled so te bolezni podobne bolje prepoznanim avtoimunskim boleznim, kot je npr. sistemski lupus eritematosus (SLE), vendar se od njih razlikujejo v mnogih pomembnih značilnostih. Pri avtoinflamatornih boleznih ni avtoprotiteles niti avtoreaktivnih T-celic. Efektorske celice so v glavnem monociti in nevtrofilci in ne limfociti. Razen sporadičnega periodičnega vročinskega sindroma z adenitisom, faringitisom in aftoznim stomatitisom – PFAPA (angl. *Periodic Fever, Aphthous stomatitis, Pharyngitis, cervical Adenopathy*), so to genetske bolezni. Avtosomno recesivno se dedujeta družinska mediteranska vročica – FMF (angl. *Familial Mediterranean Fever*) in periodični vročinski sindrom s hiperimunoglobulinemijo D – HIDS (angl. *Hyperimmunoglobulinemia D syndrome*). Ta sindrom se imenuje tudi sindrom pomanjkanja mevalonske kinaze – MKD (angl. *Mevalonate kinase deficiency*), encima, ki sodeluje pri sintezi holesterola. Pri popolnem pomanjkanju aktivnosti encima se bolezen kaže v

pomanjkanje in bolezen poteka s periodičnimi vročinami, bolečinami v trebuhu, izpuščajem, artritisom, lahko pa tudi z drugimi znaki. Periodični sindrom, povezan z mutacijo v genu za TNF-receptor – TRAPS (angl. *Tumor necrosis factor Receptor Associated Periodic Syndrome*), in skupina bolezni, ki so posledica mutacij v genu CIAS-1 (angl. *Cold Induced Autoinflammatory Syndrome*), poimenovanih tudi kriopirinopatije, se dedujejo avtosomno dominantno. Glavna motnja pri periodičnih vročinskih sindromih je v regulaciji imunskega odziva. To niso bolezni imunske pomanjkljivosti, temveč imunske disregulacije, čeprav jih najdemo tudi na seznamu primarnih imunskih pomanjkljivosti. Gre za genetsko napako v genih, ki uravnavajo nespecifični imunski odziv. Npr. pri FMF je napaka v genu, ki kodira beljakovino pirin, katerega vloga je blokada imunskega odziva, zato pride do pretiranega vnetnega odziva.

V tretjem sklopu predavanj je študentka medicine Mojca Kolnik predstavila študijo z naslovom Pogostnost mutacij v genu za familiarno mediteransko vročico (MEFV) pri zdravih osebah in pri otrocih, ki so preboleli Henoch-Schonleinovo purpuro (HSP). Študija je bila opravljena na Pediatrični kliniki. Z raziskavo smo potrdili, da so mutacije gena MEFV prisotne tudi v slovenski populaciji. 7 odstotkov domnevno zdravih preiskovancev in 6 odstotkov otrok, ki so preboleli HSP, je heterozigotnih nosilcev za mutacije v genu MEFV. Delež heterozigotnih nosilcev mutacij v MEFV-genu v obeh skupinah se ni statistično značilno razlikoval. Rezultati naše raziskave niso potrdili izsledkov raziskav, opravljenih v drugih sredozemskih državah, kjer prisotnost mutacije v MEFV-genu predstavlja dejavnik tveganja za razvoj HSP. To je bila prva raziskava, ki je ugotavljala pogostnost mutacij v genu za FMF v srednjeevropskem prostoru in prvič smo uspeli dokazati, da so mutacije prisotne tudi v naši populaciji. Za raziskovalno nalogo je bila letos podeljena fakultetna Prešernova nagrada. Sledile so predstavitev primerov bolnikov s periodičnimi vročinskimi sindromi. Predstavljen je bil tudi prvi bolnik s TRAPS-sindromom v Sloveniji, po nam znanih podatkih do sedaj tudi najstarejši bolnik s to boleznijo, ki je zbolel v starosti 53 let. Diagnoza je bila potrjena z genetskim testiranjem v Genovi, v bolnišnici Gaslini.

Kako pristopiti k bolniku z rekurentno/periodično vročino?

V primeru pozitivnih odgovorov na vprašanja razmišljaj v smeri periodičnega vročinskega sindroma

3 ali več vročinskih epizod v obdobju 6 mesecev, vsaj 7 dni vmes brez vročine?

DA

Ali so pridruženi simptomi in znaki v epizodah enaki in jih lahko vnaprej napovemo?

DA

So vnetni kazalci v napadu visoki in med napadi normalni?

DA

Pozitivna družinska anamneza/Etnično poreklo



Izključitev:

- okužbe
- imunske pomanjkljivosti
- ciklične nevtropenije
- avtoimunske bolezni
- maligne bolezni

Napotitev?

Kam?

Revmatolog, imunolog, infektolog, onkolog

Pristop k diagnostiki bolnika s periodičnimi vročinskimi stanji

Prvi dan predavanj je z glavnim predavanjem srečanja zaključila dr. Ivona Aksentijevich. Dr. Ivona Aksentijevich je leta 1986 zaključila študij medicine v Beogradu in se na NIH v ZDA leta 1990 vključila v skupino Dana Kastnerja. Leta 1992 je ta skupina mapirala gen za FMF na kromosomu 16, leta 1997 pa so uspeli s pozicijskim kloniranjem gena za FMF. Leta 1999 so odkrili mutacijo v genu za TNF-receptor, ki povzroči klinično sliko TRAPS-sindroma. Poleg številnih drugih

raziskav so pred kratkim odkrili še novo bolezen zgodnjega otroškega obdobja, imenovano DIRA (angl. *Deficiency of IL-1 Receptor Antagonist*). Glavna klinična značilnost te bolezni je generalizirana pustuloza, pridruženo pa je tudi otekanje sklepov in spremembe na ustni sluznici. V svojem predavanju je Ivona Aksentijevich podala zgodovinski pregled in molekularno genetsko diagnostiko periodičnih vročinskih sindromov. Njeno predavanje je navdušilo vse prisotne. Poleg tega, da je odlična znanstvenica, je tudi izjemna predavateljica ter izjemna oseba. Upam, da jo bomo imeli še kdaj priložnost pozdraviti v Sloveniji. Prvi zelo uspešni dan smo zaključili s sprejemom za udeležence v avli Pediatrične klinike in živahno razpravljanje iz predavalnice preselili za obloženo mizo.

Drugi dan predavanj so bile predstavljene bolezni iz razširjenega spektra avtoinflamatornih bolezni – Blau sindrom ali zgodnja družinska sarkoidoza, za katero je značilen uveitis, artritis in kožni izpuščaji, SoJIA in rekurentni perikarditis, kronični rekurentni multifokalni osteomielitis, Behcetova bolezen, Crohnova bolezen in Schnitzlerjev sindrom, za katerega je značilno, da se pojavlja predvsem pri odraslih, opisan pa je bil tudi pri otrocih. Do sedaj je bilo opisanih približno 90 bolnikov, najmlajši je imel 12 let. Za sindrom so značilna ponavljajoča vročinska stanja z urtikarijo, artralgijami ali drugimi znaki ter monoklonalno IgM-gamopatijo.

Zdravljenje periodičnih vročinskih sindromov je zahtevno. Predstavljena so bila biološka zdravila – etanercept, infliksimab, adalimumab in tocilizumab, ki so bila učinkovita pri zdravljenju periodičnih vročinskih sindromov in drugih avtoinflamatornih bolezni. Zdravljenje kriopirinopatij, pa tudi nekaterih drugih periodičnih vročinskih sindromov, je uspešno z blokatorjem interleukin 1 (IL-1) receptorja, anakinro. Danes so v fazi kliničnih preiskušanj novejša zdravila, ki blokirajo delovanje IL-1. Za potrditev diagnoze periodičnih vročinskih sindromov je potrebno genetsko testiranje, ki je drago in v mnogih državah vzhodne Evrope ni na voljo. Marco Gattorno iz Italije je predstavil, kako optimizirati drago genetsko testiranje. Skupina iz Genove je razvila statistični model, ki glede na prisotne simptome in znake bolezni ter anamnezo izračuna verjetnost za pozitiven rezultat na genetskem testiranju.

Za zaključek srečanja je potekala razprava, okrogla miza, o klinični poti in predlogih za diagnostiko in terapijo teh bolezni v našem prostoru. Predstavljena je bila klinična pot za pristop k bolniku s periodičnimi vročinskimi napadi v obliki vprašanj, na katera mora biti odgovor pozitiven, da pomislimo na periodični vročinski sindrom.

Ko pri bolniku s periodičnimi vročinskimi stanji izključimo okužbo, imunsko pomankljivost, maligno bolezen in avtoimunsko bolezen, razmišljamo v smeri diagnoze periodičnih vročinskih sindromov. Te bolezni so zelo redke in se v glavnem pojavljajo pri otrocih v zgodnjem obdobju, pred petim letom starosti. V Sloveniji se z diagnostiko in zdravljenjem teh bolnikov ukvarjamo na Pediatrični kliniki, v Službi za alergologijo, revmatologijo in klinično imunologijo. Število napotitev v našo ambulanto za periodične vročinske sindrome narašča. Prvega bolnika s PFAPA-sindromom smo odkrili pred tremi leti. Sedaj imamo v Sloveniji približno 10 bolnikov s to diagnozo. Pri dveh bolnikih sumimo na HIDS-sindrom. Genetske preiskave za ta sindrom ne moremo opraviti v Sloveniji. Na Pediatrični kliniki, v genetskem laboratoriju, rutinsko izvajamo genetiko za FMF, v primeru suma na druge sindrome pa nam pri diagnostiki pomaga bolnišnica Gaslini iz Genove v Italiji. Tam je bila opravljena tudi genetska analiza 58-letnega bolnika, pri katerem je bila prvič v Sloveniji odkrita mutacija v genu za TNF-receptor.

Prvo mednarodno srečanje Periodični vročinski sindromi in druge avtoinflamatorne bolezni v Sloveniji je odlično uspelo, tako strokovno kot tudi družabno, saj so bili naši gostje navdušeni nad Ljubljano, Pediatrično kliniko in prisrčnim sprejemom, za katerega ima zasluge celotna ekipa organizatorjev. Takšen projekt z omejenimi finančnimi sredstvi brez kotizacije lahko uspe le s trdim in predanim delom celotne ekipe, zato se na tem mestu še enkrat zahvaljujem prav vsem, ki so pripomogli k uspešni izvedbi srečanja.

Srečanje so v celoti omogočili Pharma Swiss, Schering-Plough, Roche in Abbott ter Evropsko združenje za pediatrično revmatologijo – PRES.



Udeleženci srečanja v avli nove Pediatrične klinike

Projekt

Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljanski, gorenjski in pomurski regiji

Andreja Peternelj, Urška Lunder

Paliativna oskrba (PO) je še vedno področje dela, ki ga ne prepoznavamo v zadostni meri, se mu včasih želimo izogniti ali pa se ga lotevamo z rahlo negotovostjo in zadrego. Ob pacientu z napredovalo neozdravljivo boleznijo prepogosto razmišljamo kot poraženci. Vendar je tako kot rojstvo tudi smrt del človekovega bivanja. S pravočasno paliativno oskrbo zgodaj v času napredovale kronične bolezni lahko preprečimo oziroma lajšamo telesne, psihosocialne in duhovne težave bolnika ter stiske njegovih bližnjih. Za to nismo dovolj le zdravniki in medicinske sestre, v obravnavo se morajo vključiti tudi drugi strokovnjaki, da lahko zagotovimo celostno podporo pacientu in njegovi družini na vsej poti med domom in zdravstvenimi institucijami.

»Naj se sliši vaš glas« je bil moto letošnjega svetovnega dneva paliativne oskrbe in hospica, ki smo ga obeležili 10. oktobra. Vsako leto je bolj prepoznaven in viden. Tudi v Bolnišnici Golnik – Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo smo ta dan obeležili tako, da smo predstavili naše delo širši javnosti in v želji, da bi pod pokroviteljstvom gospe Barbare Miklič Turk pričeli v večjem obsegu s prostovoljstvom prav pri bolnikih, ki so v paliativni oskrbi. Lahko trdimo, da je že celotno letošnje leto v naši bolnišnici zelo aktivno na področju paliativne oskrbe. S sodelovanjem tujih strokovnjakov smo izvedli poglobljena izobraževanja, namenjena vsem izvajalcem paliativne oskrbe po Sloveniji, tako v bolnišnici, doma ali v institucionalnem varstvu. Sodelujemo pri pripravi in izvedbi delavnic skupaj z Ministrstvom za zdravje (MZ) in Svetovno zdravstveno organizacijo (SZO), s predavanji se vključujemo na različnih strokovnih srečanjih, aktivni pa smo bili tudi pri pripravi predloga Nacionalnega programa paliativne oskrbe (NPPO) in akcijskega načrta zanj.

Ena od pomembnejših aktivnosti, ki jo želiva v tem prispevku predstaviti, pa je pilotni projekt »**Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljanski, gorenjski in pomurski regiji**«, ki smo ga pripravili v naši bolnišnici in je del Akcijskega načrta predloga NPPO, naročnik pa je MZ. Za izvajanje projekta v pomurski regiji je odgovorna SB Murska Sobotna, v ljubljanski Onkološki inštitut in gorenjski Bolnišnica Golnik – KOPA, ki pa je odgovorna tudi za koordinacijo celotnega projekta. V vseh regijah je aktivno vključeno tudi Slovensko društvo hospic.

Z izvajanjem projekta smo pričeli junija letos, zaključili ga bomo v septembru 2010. Projekt predstavlja pomemben korak v razvijanju paliativne oskrbe v našem prostoru. Z njim nudimo kontinuirano paliativno oskrbo na vsej poti bolnika med domom

in institucijami na osnovi dveh kliničnih poti: prilagojene Edmontonove, ki je namenjena daljšemu spremljanju, kadar bolniki izpolnijo kriterije vstopa v paliativno oskrbo za več mesecev ali leto, ko s celostno oceno bolnikovih težav, njegovih pričakovanj in ciljev ter ukrepanj s sprotim preverjanjem učinkovitosti tima preprečujemo oziroma lajšamo bolnikove težave ob poslabšanjih. Z namenom širšega timskega pristopa se bodo skozi proces obravnave pacienta v projekt vključevali izvajalci zdravstvenega varstva, socialnega varstva in hospica. Pomoč pri izvajanju osnovne paliativne oskrbe bodo nudili timi specialistične paliativne oskrbe (TSPO) v vseh treh regijah, v katere so vključeni strokovnjaki tudi iz drugih bolnišnic ali zdravstvenih domov. Tako TSPO za gorenjsko regijo vključuje strokovnjake iz SB Jesenice in patronažnega varstva Trzič.

Namen projekta je preizkusiti ustreznost predlaganega modela PO v NPPO, ki je v postopku sprejemanja. Z vključitvijo in povezovanjem vseh služb in izvajalcev bo preizkušeno tudi delovanje mreže izvajalcev in služb v okviru obstoječih kadrovskih in materialnih virov in ocena potreb dodatnih timov ali služb za celostno PO pacienta in njegovih bližnjih. Projekt bo omogočal kadrovske, organizacijske in finančne vrednotenje vpeljave celostne paliativne oskrbe v Sloveniji. Z integriranim in kontinuiranim izvajanjem PO, ki temelji na upoštevanju bolnikovih vrednot in potreb ter preprečevanju pričakovanih simptomov, bo pacientom s kronično napredovalo neozdravljivo boleznijo omogočena vključitev v PO in v čim večji meri izvajanje PO doma. Ugotoviti želimo potrebno mrežo izvajalcev, potrebno izobraževanje in tudi podporo specialističnih timov.

Cilji pilotnega projekta

Temeljni cilji pilotnega projekta so izboljšati **kakovost obravnave** in omogočiti **celostno obravnavo pacientom** s kronično napredovalo neozdravljivo boleznijo in njihovim bližnjim. S sistemskim pristopom in preverjenimi kriteriji želimo pacientom zagotoviti **enako dostopnost do storitev PO**, ne glede na raven obravnave, ter omogočiti pravočasno in **večjo prepoznavnost pacientov** v okolju, kjer živijo, ter **umestiti vrednotenje in izvajanje paliativne oskrbe na vseh ravneh v redni program storitev zdravstvenega varstva**.

Preverjali bomo tudi ustreznost predlaganega modela PO v NPPO, v kolikšni meri lahko omogočimo izvajanje PO doma, ustreznost kriterijev vključevanja pacientov v PO, kako naj bodo sestavljeni in številčni timi paliativne oskrbe ter načine, kako

vrednotiti kakovost izvajanja PO. Razvijali in predlagali bomo standarde PO in poskušali na podlagi rezultatov projekta čim boljše tudi finančno ovrednotiti področje PO za vse ravni zdravstvenega varstva. V času projekta bosta preizkušeni tudi dve klinični poti (prilagojena Edmontonova klinična pot in Liverpoolska klinična pot) in izdelana bo ostala dokumentacija, ki bo zagotovila kontinuirano obravnavo in učinkovit prenos informacij.

Kako bo potekalo izvajanje projekta?

Pacienti, ki izpolnjujejo kriterije za PO, bodo vključeni v pilotni projekt paliativne oskrbe v regiji na sekundarni ravni, kasneje tudi na primarni ravni ali v institucionalnem varstvu, če bo v okolju ustrezno usposobljen paliativni tim. Zelo pomembna in tudi velika ovira pri vključevanju pacientov je ustrezna komunikacija. Pacient mora vedeti, kaj je PO, kaj lahko pričakuje v tem času, in predvsem, kako mu bo tak način obravnave pomagal blažiti njegove težave. V obravnavo zato pacient vstopa s pisnim soglasjem.

Pacient je vključen v obravnavo, vodeno po dogovorjenem protokolu – dveh kliničnih poteh, kot pri pacientu pričakujemo, da bo živel (do pol ali do enega leta), in v obravnavo v zadnjih dneh/urah življenja. Ker je prav odločitev, kdaj bolnika vključiti v paliativno oskrbo, kljub znanim kriterijem še vedno najtežja, je pomembno, da v čim večji meri pri teh odločitvah sodeluje tudi TSPO. Po odpustu iz bolnišnice je pacient vključen v izvajanje PO na osnovni ravni, kjer se v obravnavo vključujeta osebni zdravnik in patronažna medicinska sestra. Glede na pacientove težave in potrebe pa se vključujejo še ostali člani multidisciplinarnega tima, ki so lahko socialni delavec, prostovoljci, sodelavci hospica, koordinatorji duhovne oskrbe in drugi. Tudi na osnovni ravni je pripravljena prilagojena enotna dokumentacija, ki bolnika spremlja na vsej njegovi poti. Prehod pacienta z napredovalo kronično boleznijo v domače okolje je kritični trenutek in zahteva dobro koordinacijo in timsko delo.

Izkušnje iz Anglije

Večino dogodkov v medicini je mogoče predvideti

Matija Krkovič

Večina stvari v medicini je predvidljivih. Predvidljivost je neposredno povezana z znanjem, ki ga premoremo. Občasno pa doživimo nepredvidljiv ali težko predvidljiv zaplet, ki lahko, posebno še v kirurških vejah, pomeni dokončno prizadetost ali izgubo funkcije določenega organa, okončine in v redkih primerih celo smrt bolnika. Smrt bolnika pomeni za lečečega zdravnika najslabši možni izhod zdravljenja, za svojce pa neprecenljivo izgubo. Vendar pa zapleti v zdravljenju obstajajo že od časa Hipokrata in ni podatkov, da so kje zaplete za določen poseg spravili na »ničlo«. Zelo verjetno je, da dokler bo obstajala medicina, bodo tudi zapleti. Vsi skupaj pa stremimo in moramo stremeti k temu, da jih bo čim manj, posebno takšnih z najslabšim možnim izidom.

V času izvajanja pilotnega projekta bodo organizirane delavnice in strokovna izobraževanja, usmerjena v področja, ki so med izvajanjem prepoznana za najbolj kritična. Predlagane teme obsegajo: sporočanje resnice in vodenje družinskega pogovora v ugotavljanju ciljev in načrta oskrbe ter prepoznavanje, ocena in obravnavo neugodnih simptomov v PO.

Povabilo k sodelovanju

Pomembnost projekta je velika, ne le za sodelujoče regije, temveč za razvoj PO v Sloveniji. Rezultati projekta bodo lahko postavili temelje nadaljnjemu organiziranemu razvoju PO. Žal glede razvitosti tega področja še vedno stopicamo precej na repu Evrope. Večina nas dnevno ugotavlja, da prav področja PO nimamo urejenega, še posebno pa smo občutljivi, ko bi drugačno, bolj človeško in čutno obravnavo potreboval nekdo, ki nam je blizu. V bolnišnici in v obravnavi pacientov zunaj nje se lahko vsi strinjamo, da je kakovostna obravnavo ob koncu življenja del osnovne dejavnosti zdravstvenega osebja. Dobra smrt ob koncu napredovale kronične bolezni naj bo torej običajno dogajanje in ne izjema. Vsi zdravstveni delavci in sodelavci potrebujemo dodatno izobraževanje in širjenje svojih stališč, saj je paliativna oskrba novejša veja medicine, ki se je v nekaj desetletjih razvila kot posledica sodobnih potreb v družbi. Potreben je celoten tim različnih strokovnjakov, ki pri reševanju pacientovih problemov uigrano sodelujejo in sledijo skupnemu cilju, ki je dogovorjen s pacientom in tudi z njegovimi bližnjimi, če se pacient s tem strinja. Vse to so razlogi, da projekt v vseh delovnih okoljih skupno podpremo in v njem tudi aktivno sodelujemo ter predlagamo izboljšave. Vse informacije o projektu, dokumentacija in ostalo gradivo je dostopno tudi na spletni strani <http://www.klinika-golnik.si/dejavnost-bolnisnice/klinicna-dejavnost/paliativna-dejavnost/projekt-po-09-10/>

Zdravniška praksa v Združenem kraljestvu (ZK) je razdeljena na prakso v okviru NHS (www.nhs.uk) (National Health Service – Državne zdravstvene službe) in zasebno prakso. Zdravniki, ki opravljajo zasebno prakso (npr. www.bupa.co.uk), morajo obvezno imeti zasebno zavarovanje, ki ga nudijo posebne zavarovalnice (npr. www.the-mdu.com), NHS pa zavaruje svoje zdravnike za zdravniške zmote in napake v okviru svojega zavarovanja. Zdravnik, ki dela v okviru NHS, je tako zavarovan za vse posege znotraj in zunaj delovnega časa v celotni regiji.

Kakršnokoli zdravljenje ali poseg v človeško telo se začne s privolitvijo bolnika v poseg, kar je podrobno opisano na spletni strani (www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/

[consent_guidance_index.asp](#)) GMC (General Medical Council – Splošni zdravniški svet) ([www.gmc-uk.org](#)). Smernice je priporočljivo v celoti izpolnjevati. Bolnik mora biti seznanjen s:

- podrobnostmi diagnoze in prognoze;
- nejasnostmi glede diagnoze, vključno z možnostmi dodatnih preiskav pred začetkom zdravljenja;
- možnostmi zdravljenja ali nadaljnjega vodenja zdravljenja, vključno z možnostjo nezdravljenja;
- namenom predlaganega zdravljenja oz. preiskave;
- podrobnostmi preiskave oz. zdravljenja, vključno z:
 - dodatnimi postopki zdravljenja, kot je npr. lajšanje bolečine po operaciji,
 - pripravo bolnika na preiskavo oz. zdravljenje,
 - podrobnostmi o možnih občutjih med ali po preiskavi oz. zdravljenju, vključujoč pogoste in resne zaplete;
- predvidenim izboljšanjem in verjetnostjo le-tega;
- **razširjeno razlago resnih in pogostih zapletov in možnih potreb spremembe življenjskega sloga kot posledico zdravljenja;**
- pravico do drugega mnenja.

Če zdravnik ne omeni oz. ne pojasni možnega zapleta, dejstvo, da je zaplet dobro poznan in opisan v literaturi, ne zmanjšuje njegove odgovornosti. Razlaga tiči v tem, da bi si bolnik lahko premislil, če bi bil seznanjen z možnim zapletom pred posegom.

Patient Advocacy and Liaison Service (PALS – Služba za pomoč bolnikom) (<http://www.pals.nhs.uk/>) predstavlja prvo stopnjo oz. začetek ene od pritožbenih poti bolnika oz. svojcev. PALS zagotavlja zaupno pomoč, nasvet in podporo za bolnika, družino ali njegove skrbnike glede vseh težav, ki jih ima bolnik odnosu do NHS. Na drugi strani pa deluje kot zbiralec odzivov bolnikov, ki so pomemben dejavnik pri razvoju dejavnosti. Ne nazadnje služi tudi kot zgodnji odzivni sistem za NHS s spremljanjem trenutnih trendov in vrzeli v sistemu, s tem da zbrane podatke redno pošilja vodstvu bolnišnice, ki se mora nanje ustrezno odzvati. PALS tudi sodeluje z osebjem in vodstvom bolnišnice. Kjer je primerno, pa tudi z ostalimi ustreznimi organizacijami z namenom izbire rešitev, ki bodo ustrezen odgovor na trenutne težave v sistemu. Povezava bolnikov in svojcev s podpornimi lokalnimi ali nacionalnimi organizacijami je ena od domen PALS-a. Vsekakor pa lahko bolnik oz. svojci vložijo pritožbo zoper določeno bolnišnico sami, brez pomoči podpornih organizacij.

Po vložitvi pritožbe bolnišnica sledi postopku, predpisanem za takšne primere. Pritožba gre najprej v oddelek za pritožbe. Ko so pridobljene vse izjave vpletenih, strokovni direktor bolnišnice naredi zaključek. Odgovor je napisan v obliki pisma, ki ga podpiše generalni direktor bolnišnice. Odgovor mora vsebovati razlago vseh dejstev iz pritožbe in naj ne bi bil obramben. Celotni postopek ne sme trajati več kot 20 delovnih dni. V primeru, da bolnik ni zadovoljen z odgovorom, lahko pošlje svojo pritožbo neposredno varuhu človekovih pravic, ki predstavlja zadnjo stopnjo ter je povezan z **Ministrstvom za zdravje** ([www.dh.gov.uk](#)) in **Care Quality Commision** ([www.cqc.org.uk](#)). Vsekakor pa vedno obstaja pravna pot za zaščito interesov.

Clinical Negligence Scheme ([www.nhs.uk/Claims/Schemes/CNST](#)) je načrt, kako bolnišnice financirajo odškodnine in zagotavljajo učinkovit način vodenja slednjega. Vodena je s strani **NHS Litigation Authority** ([www.nhs.uk/home.htm](#)).

Bolnišnica mora videti pritožbo oz. celotni proces kot vodilo razvoja kakovosti, urad za pritožbe pa mora tesno sodelovati s skupino za obravnavo rizičnih dogodkov.

National Patient Safety Agency (NPSA) ([www.npsa.nhs.uk](#)) je bila ustanovljena julija 2001 z vodilno nalogo koordinacije vseh postopkov identifikacije in učenja iz napak, kjer zdravstveno osebe spodbujajo k prijavljanju incidentov brez strahu za povračilne ukrepe. NPSA ureja pogoje, da bo čim več incidentov javljenih, bodisi s strani javnosti bodisi s pomočjo spleta ali zaupnih telefonskih linij.

The National Reporting and Learning System (NRLS) ([www.nrls.npsa.nhs.uk](#)) zbira poročila zdravstvenih delavcev o incidentih, ki zadevajo varnosti bolnikov ter sistemske napake iz celotne Anglije in Walesa. Tako pomaga NHS razumeti razloge za težave ter hitro odgovoriti nanje s spremembo postopkov.

National Clinical Assessment Service ([www.ncas.npsa.nhs.uk](#)) za razliko od treh zgoraj omenjenih zagotavlja podporno službo zdravstvenim organizacijam, ki so zaskrbljene nad kvaliteto dela določenega zdravnika.

Dejanska odprtost NHS je verjetno najpomembnejši dejavnik v celotnem sistemu. Slaba kakovost dela in slaba praksa ne smejo ostati skriti. Vsi postopki so v celoti podvrženi pregledu s strani javnosti ob sočasnem spoštovanju zasebnosti tako bolnika kot zdravstvenih delavcev ter predstavljajo bistveni člen v zagotavljanju kakovosti zdravljenja. Vsekakor ne moremo preprečiti vseh napak, moramo pa se naučiti iz vsake napake, kolikor se le da.

Kaj se dogaja, ko gredo stvari narobe?

Zdravniku, ki ne dosega normativov, je treba pomagati. Obtoževanje ni na mestu. Z njim je treba vzpostaviti ustrezen stik in poiskati vzroke za neuspešno delo. V takšnem primeru je treba ponuditi dodatno izobraževanje v obliki različnih tečajev in vso ostalo podporo, ki jo potrebuje.

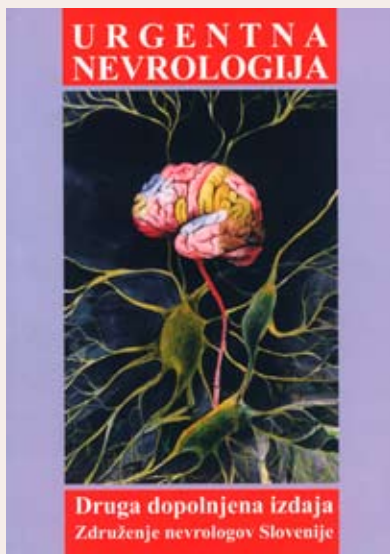
V primeru, ko zdravnik dosega pomembno slabše rezultate zdravljenja od ostalih, je treba najprej zaščititi bolnike. Bolniki so umaknjeni iz ambulant ali operativnih programov, dokler razlogi za slabše rezultate niso odstranjeni. Dodatno izobraževanje, neposredna pomoč sodelavcev ali sprememba ustaljenega načina dela večinoma reši problem. Podroben pregled dela določenega zdravnika mora pokazati, ali so zadnji primeri bolj ali manj osamljeni, ali pa so težave prisotne že daljši čas. V kolikor je zdravnik ravnal v skladu z bolnišničnimi smernicami, bo bolnišnica prevzela tako finančno kot pravno odgovornost za primer. Zelo težko je verjeti, da bi nekdo namerno delal napake.

Namerno izpostavljanje bolnikov tveganju iz različnih razlogov (predvsem finančnih, akademskih...), ponavljajoče se nestrokovno obnašanje do bolnikov ali sodelavcev so v tem trenutku najhujše napake, ki jih lahko stori zdravnik v svoji karieri in jim zelo pogosto sledi izbris iz zdravniškega registra pri GMC.

Urgentna nevrologija

Boris Klun

Urgentna nevrologija. Druga in dopolnjena izdaja. Izdajatelj in založnik: Zdrženje nevrologov Slovenije, naklada 500 izvodov, 204 strani, Ljubljana 2009.



Knjiga, ki je izšla prvič pred šestimi leti, je doživela drugo izdajo. Urgentna nevrologija kot pojem predstavlja tudi določen miselni preboj. Danes je komaj znano, da je bila nekoč, in tega ni več kot kakih petdeset ali šestdeset let, nevrologija tako izrazito konzervativna panoga medicine, da pojma nujnosti sploh ni poznala. Če je že kazalo, da gre za kaj nujnega, je bilo treba pač počakati in stvari so se same uredile na najboljši način, kot to ponavlja Voltairov Candide. K temu ni pripomogel le silen razvoj medicine na vseh področjih, temveč in predvsem način razmišljanja.

Knjiga ni namenjena nevrologu, čeprav bo nedvomno tudi ta našel marsikakšen koristen nasvet. V prvi vrsti je bo vesel zdravnik, ki ima v ambulanti občasno opravka z nujnimi stanji, ki so posledica prizadetosti centralnega ali perifernega živčevja, pri katerih mora neredko ukrepati sam, takoj in na kraju samem. Preudarna in strokovna odločitev je boljša kot panična napotitev v najbližjo ustanovo. Knjiga je napisana na klasičen način, s posameznimi poglavji, ki obdelajo določeno bolezensko sliko. S tem se je izognila skušnjavam »modernih« *checklist*, ki jih nosijo ameriški rezidenti v žepu svoje bele halje.

Knjiga ima 20 poglavij: *Orientacijski nevrološki pregled* (A. Grad), *Nezavesten bolnik v urgentni ambulanti* (V. Švigelj, S. Šteblaj), *Prehodna izguba zavesti* (A. Grad, B. Čebular), *Zmeden (deliranten) bolnik* (A. Mesec, P. Mesec Rodi), *Epileptični napad in podobna stanja s krči* (B. Lorber), *Akutne motnje gibanja* (Z. Pirtošek, M. Trošt), *Akutna hemipareza* (F. F. Bajrovič, B. Žvan), *Akutne monopareze, tetrapareze in parapareze* (S. Šega Jazbec, A. Horvat Ledinek), *Glavobol* (T. Pogačnik, M. Zaletel), *Bolečinski sindrom v urgentni ambulanti* (D. B. Vodusek, Z. Rodi), *Vrtoglavica* (A. Grad), *Motnje požiranja* (M. Žaletel), *Nevrološko pogojene motnje dihanja* (B. Meglič), *Dvojni vid* (B. Meglič), *Nenadna izguba vida* (M. Hawlina), *Poškodba glave* (T. Strojnik), *Poškodba hrbtenice in hrbtenjače* (T. Strojnik), *Akutno poslabšanje kronične nevrološke bolezni* (F. F. Bajrovič, M. Trošt), *Nujna stanja v psihiatriji* (M. Muršec), *Nevroradiološke preiskave pri obravnavi urgentnega bolnika* (N. Pečarič Meglič).

Posamezna poglavja so ostala ista kot v prvi izdaji, nekaj avtorjev se je zamenjalo. Dodano je poglavje o nujnih stanjih v psihiatriji. Vsebina nekaterih poglavij se včasih nekoliko pokriva, kar pa ne moti, saj večina bralcev bere knjigo selektivno z obzirom na tisto, kar ga v tistem trenutku zanima ali žuli, in ne od začetka do konca. Da se nekatera področja pokrivajo, je jasno in danes nujno. Pisanje o urgentnih stanjih mora biti napisano tako, da pokaže na vzroke in ukrepe. Teoretične in akademske razprave zaradi strahu, da se bo avtor izognil očitku, da je bilo kaj spuščeno, so odveč.

Poglavja so izbrana pretehtano, besedilo je razumljivo. Kakšno poglavje je dodano prej zaradi popolnosti kot zaradi nujnosti (na primer motnje požiranja), morda velja isto tudi za bolečinski sindrom, če strogo definiramo nujna stanja kot tista, ki ogrožajo življenje ali funkcijo. Odlično pa je bilo vključiti na primer nenadno izgubo vida, pa tudi vrtoglavico, obrobni

bolezenski stanji, s katerima se ukvarjajo druge specialnosti.

Nevrološka preiskava, na primer, velja za nekaj zelo zapletenega, kar je bolje pustiti pri miru. Avtor (A. Grad) na kratko opiše vse, kar je nujno, in doda, da je vse mogoče opraviti v desetih minutah. Morda se bo kdo opogumil. Pogrešam omembo intoksikacij, vsaj v tistem delu, kjer gre za diferencialno diagnozo nezavesti. Alkohol in/ali možganska poškodba, ali oboje, je klinično stalna dilema. Do neke mere velja to tudi za mamila.

V prvi izdaji je bilo poglavje z vrednostmi laboratorijskih preiskav. To poglavje je sedaj opuščeno. Dvomim, da so laboratorijske vrednosti vedno in takoj pri roki v vsaki ambulanti, likvorske prav gotovo ne. Nekatera poglavja so ilustrirana s tabelami, skicami in reprodukcijami nevroloških preiskav. Na skici okvare okulomotornega živca v poglavju »Dvojni vid« ni jasno, zakaj naj bi bili obe zenici široki in zakaj je na skici prizadeta zenica ozka.

Jezik je lep in strokovno (skoraj) brezhiben. V prvi izdaji je bilo nekaj pripomb predvsem zaradi žargonske terminološke rabe in nekaterih netočnosti, ki jih sedaj ni več. Na koncu večine prispevkov je seznam priporočenega branja, ki pa skoraj ne vključuje slovenskih del, če pa že, so to avtorjevi prispevki. Ali jih ni, ali niso vredna omembe?

Druga izdaja kakršnekoli knjige je, v Sloveniji, poseben dogodek in kaže na to, da je knjiga dobra. Zato je razveseljivo, da je »Urgentna nevrologija«, dopolnjena in izboljšana, po šestletnem razmaku ponovno izšla. Napredek medicine pa je danes tako eksponencialno nagel, da je šestletno obdobje med dvema izdajama že predolgo. Naj ne čakamo preveč na naslednjo izdajo. Tako, ki jo vzameš v roke, in ne On-line.

Devetdeset let slovenske splošne bolnišnice v Mariboru

I. del: Prevratni dogodki leta 1919

Gregor Pivec, Elko Borko

V razstavnih prostorih UKC Maribor smo 11. novembra odprli razstavo, posvečeno 90-letnici slovenske uprave Splošne bolnišnice v Mariboru in ustanovitvi novega oddelka za očesne, ušesne, nosne in vratne bolezni. Oddelek je pričel z delom 8. novembra 1919. S tem prispevkom želiva bralcem približati dogodke pred 90 leti.

Razpad avstro-ogrske monarhije so pospešili dogodki v zadnjih letih vojne. Z majniško deklaracijo so Slovenci 30. maja 1917 na seji avstrijskega parlamenta zahtevali združitev vseh ozemelj, na katerih so živeli Slovenci, Hrvati in Srbi, v samostojno državo, takrat še v okviru habsburške monarhije. Po neuspeli ofenzivi avstroogrske armade junija 1918 na italijanski fronti so slovenski politiki v Ljubljani 16. avgusta ustanovili Narodni svet, ki se je že kmalu preoblikoval v Narodno vlado za Slovenijo in Istro, ter začeli ustanavljati posebne pokrajinske svete. Narodni svet za Štajersko so ustanovili 26. septembra 1918, na svoji prvi seji se je sestel 28. septembra in dosegel, da je deželna vlada v Gradcu imenovala slovenske okrajne glavarje na področju spodnje Štajerske.

Že 6. oktobra 1918 so zastopniki Slovencev, Hrvatov in Srbov v monarhiji ustanovili skupno *Narodno vijeće* Slovencev, Hrvatov in Srbov s sedežem v Zagrebu kot predstavništvo jugoslovanskih narodov v monarhiji. *Narodno vijeće* je 29. oktobra v Zagrebu in Ljubljani proglasilo ustanovitev samostojne države Slovencev, Hrvatov in Srbov. Zgodovinar Lojze Ude je zapisal: »Vrstni red narodov v imenu te države je izražal dotedanji vodilni položaj Slovencev v jugoslovanskem gibanju na tleh habsburške monarhije«. Država ni bila mednarodno priznana, obravnavali so jo kot del premagane habsburške monarhije. Že po enem mesecu, 1. decembra 1919, se je združila s Kraljevino Srbijo v Kraljevino Srbov, Hrvatov in Slovencev.

Na Dunaju je nemško-avstrijska skupščina 30. oktobra 1918 imenovala začasno vlado Nemške Avstrije, ki je zahtevala novo mejo med novima državama na reki Dravi. Narodnostno povsem neurejene odnose v Mariboru dokazuje tudi resolucija mariborskega občinskega sveta, ki je bil v nemških rokah, »da se Maribor kot staro nemško mesto z nemškim prebivalstvom v smislu Wilsonovih načel o samoodločbi narodov vključuje v Nemško Avstrijo«.

V tako napetem ozračju, kjer sta si Maribor in spodnjo Štajersko lastili obe nastajajoči državi, je bila odločilnega pomena vojaška oblast. Zato je nastop 1. novembra 1918, takrat še majorja Maistra, na sestanku z vojaškim poveljnikom Maribora polkovnikom Antonom Holikom še danes vreden vsega občudovanja.

Na sestanku je izjavil: »Maribor proglašam za jugoslovansko posest in prevzemam v imenu svoje vlade vojaško poveljstvo nad mestom in vsem spodnjim Štajerskim«. Še istega dne je Narodni svet za Štajersko razglasil prevzem politične oblasti in majorja Maistra imenoval za generala, kar mu je zagotavljalo najvišji vojaški položaj in poveljstvo v Mariboru in slovenski Štajerski. Istega dne so razobesili na stavbi okrajnega glavarstva v Mariboru slovensko zastavo, Narodni svet za Štajersko pa je vsem občinam in župnijskim uradom poslal posebno okrožnico, s katero je pojasnil zgodovinske dogodke 1. novembra 1918.

Sočasno je nemško usmerjeni mestni svet ustanovil nemško varnostno službo Schutzwehr ali zeleno gardo, kakor so po zelenih uniformah imenovali to nemško usmerjeno vojaštvo, ki naj bi pod navideznim vodstvom generala Maistra opravljala mestno varnostno službo. Mestni svet je pripadnike zelene garde dobro plačeval, zato se je njihovo število močno povečalo, tako da je nemška stran v mestu ponovno pričela gojiti upe, da se bo Maribor priključil Nemški Avstriji. General Maister je zato 9. novembra 1918 objavil mobilizacijo v svojo vojsko. To je povzročilo veliko nejevoljo slovenske Narodne vlade v Ljubljani, ki se je takrat pogodila z deželno vlado v Gradcu, da se bo meja določila med državama šele na mirovni konferenci, kar kaže na neodločnost takratnega slovenskega vodstva v Ljubljani in nesposobnost ocenjevanja političnih razmer.

Napete razmere v Mariboru dokazuje tudi sklep mariborskega mestnega sveta, ki je 12. novembra, ko je bila na Dunaju razglašena Nemška Avstrija, razglasil, da se »nemško prebivalstvo Maribora skupno z organiziranim delavstvom čuti kot sestavni del nemško-avstrijske republike«. Kljub negativnim vplivom nemške propagande je mobilizacija, predvsem zaradi slovenskih prebivalcev na podeželju celotne slovenske Štajerske, uspela in general Maister je 18. novembra 1918 pričel z reorganizacijo slovenske vojske. Poveljevanje je postalo slovensko, avstrijske uniforme so okrasili s trakovi v barvah slovenske zastave ali nosili slovenske kokarde.

Napetost med slovensko in nemško stranjo je naraščala in pripeljala do medsebojnih spopadov in 19. novembra 1919 je padel slovenski dragonec Franc Vauhnik, ki je tako prvi Slovenec, ki je padel pri obrambi severne meje. Zato je general Maister sklenil, da razoroži in razpusti zeleno gardo. O tem dogodku 23. novembra 1918 je prof. Hartman zapisal: »Razorožitev je bila izvedena sijajno, v vsega sedeminštiridesetih minutah. Zelena garda je bila razorožena, žrtev ni bilo. Med gardisti sta bila ranjena častnik in vojak. General je mariborskemu županu

Maribor, 1. novembra 1918.

Vsem n. n. kn.-šk. župnijskim uradom in županostvom!

Narodni Svet za Sp. Štaj. je prevzel danes vlado. Nastavljene so novsod-
sami slovenski okrajni glavarji, katerim je podrejena tudi žendarmenija.
Slovensko vojaštvo je priseglo na jugoslovansko domovino.

I. n. župnijskim uradom in županom opošiljamo lepote ter jih nujno
prosimo, da ljudstvo o vsebini lepote iz pridivnice oziroma protom plaka-
tiranja natančno podučijo, da se naše ljudstvo ve v novih razmerah prav
ravnati. Posebno naj ljudstvo na srce položijo, da v novih razmerah rado
da na razpolago potrebna živila in živino, ki se bode porabila izključno
le za Slov. Štajersko. Ob enem naj ljudstvo tudi opozorijo, da si katoličarji
ziva Narod ne strave, ki mu bode branile življenje in imeje pred roparski-
mi kolpani, ki se bodo mogoče v najbližjem času prikvarale na naših kletih.
Priposloni lepote se morajo katoličarji nalepiti na primernih krajih.

Za Narodni Svet:
Dr. Karl Verstovšek, m. p.,
predsednik.

dr. Hansu Schmidererju poslal pisno sporočilo, da je Schutzwehr razpuščen. Zjutraj je prav tako dobil odpustnico podpolkovnik Anton Kodolitsch, poveljnik Schutzwehra, ki se je ob pol sedmih pripeljal z vlakom iz Gradca, kjer se je dogovarjal o napadu na Maistrovo vojsko. Po mestu so bili razobešeni plakati v slovenščini in nemščini z razglasom generala Maistra o razpustu Schutzwehra. Schutzwehrovci so morali do poldneva oddati orožje, če so ga še kaj imeli, uniforme in opremo. Mariborčani, ki so bili vključeni v zeleno gardo, so morali na svoje domove, zeleni gardisti iz drugih krajev pa so morali mesto zapustiti do mraka«. Hartman ta opis zaključí z ugotovitvijo: »Razorožitev Schutzwehra velja za drugo slovensko vojaško zavzetje Maribora.«

Takoj po tem dogodku so Maistrovi borci srbske narodnosti zasedli Špilje (Šentilj), pomembno železniško križišče, od koder je že takrat, po levem bregu Mure, vodila železniška proga do Radgone. Sočasno je po nasvetu generala Maistra poročnik Franjo Malgaj s svojimi vojaki zasedel Pliberk in Velikovec. General Maister se je na svojo pest dogovoril s polkovnikom Rudolfom Passyjem, ki ga je na pogajanja poslala zaskrbljena deželna vlada v Gradcu, o zelo ugodni razmejitveni črti, ki je celo presegala narodnostno mejo, in hkrati predlagal Narodni vladi v Ljubljani, naj zasede Koroško in posebno Celovec, ter pri tem ponudi pomembno vojaško podporo, kar pa je naša takratna vlada odklonila z mnenjem, da bomo vse dosegli s pomočjo pogajanj.

Zasedba Špilja je pretrgala povezavo Maribora z Gradcem, tako da je mariborsko nemško usmerjeno meščanstvo ostalo brez podpore. To je omogočilo, da je slovensko vodstvo v Mariboru že 28. novembra 1918 odstavilo nemške sodnike in pravnike na mariborskem okrožnem sodišču, ki so se izrekli za Avstrijo, in jih nadomestilo s slovenskimi. Istega dne so slovenski uradniki zamenjali nemškega upravnika na glavni mariborski pošti in postajenačelnika železniške postaje. Že naslednji dan se je začela velika železničarska stavka nemško usmerjenih delavcev, s katero so zahtevali, da se vrnejo na svoja mesta nemški sodniki in poštarji in da se odstranijo slovenski uradniki na železnici. Vse te zahteve je general Maister odklonil in stavka se je s pomočjo slovenske Narodne vlade v Ljubljani 13. decembra 1918 končala. Prof. Hartman je zapisal: »Mnogi železničarji, ki se niso mogli sprijazniti s slovensko upravo, so se sami odselili v Avstrijo, marsikaterega hujskača in saboterja pa so tjakaj odposlali slovenski vojaki ali policija«.

Mariborskim nemškutarjem je tako ostala samo mestna občinska uprava, ki pa jo je slovenska oblast, kljub nasprotovanju, prevzela 2. januarja 1919. Pred prihodom ameriške delegacije pod vodstvom podpolkovnika Shermana Milesa v Maribor 27. januarja 1919 so nemško usmerjeni prebivalci Maribora pripravili veliko demonstracijo, da bi pokazali pripadnost mesta Nemški Avstriji. Manifestacija se je končala tragično, saj je slovenska patrolja v samoobrambi streljala v množico, v kateri je bilo devet mrtvih in 18 ranjenih, preostali pa so se razbežali.

Zaradi tega dogodka so v Mariboru uvedli policijsko uro in začela se je doba odpuščanja nemško nacionalno usmerjenih ljudi po uradih, šolah in delavnicah. Po Hartmanu je šlo za pravo nacionalno revolucionarno akcijo z daljnosežnimi posledicami, tako da so dogodki 27. januarja 1919 tretji mejnik v merjenju sil med slovenskim in nemškim življenjem v Mariboru. V odgovor na krvave dogodke v Mariboru je prišlo do napada nemške strani na Radgono, ki jo je branil nadporočnik Benedikt Zeihofer s svojimi vojaki. Po težkih bojih so jo na koncu obranili.

Sledila so pogajanja, ki so se končala 13. februarja 1919 s sporazumom graške in ljubljanske deželne vlade o prekinutvi oboroženih spopadov od ogrske do koroške deželne meje. Meja med obema stranema je potekala skorajda po današnji državni meji. V tem času se je v Parizu začela mirovna konferenca. Zastopniki Nemške Avstrije so zahtevali mejo po Pohorju z Mariborom in Ptujem in še južno do Boča in Donačke gore. Kasneje so se s pomočjo italijanskih in ameriških delegatov (ki so podpirali avstrijsko stran zaradi krvavih dogodkov 27. januarja) potegovali za plebiscit za Maribor, Dravsko dolino, Slovenske gorice in Apaško kotlino.

Vrhovni svet mirovne konference je šele na zadnji seji 27. avgusta 1919 odločil, da na Štajerskem delu ne bo plebiscita. Vsa upanja nemško usmerjenega prebivalstva, da se Maribor dodeli Avstriji, so se sesula. Vse področje slovenske Štajerske, ki je takrat obsegala področje od Mute, kjer še danes stoji deželni mejnik, pa do nekdanje štajersko-ogrske meje pri vasi Korovci, so dodelili Kraljevini Srbov, Hrvatov in Slovencev. Odločitev je temeljila na dejstvu, da je bil Maribor s slovenskim delom Štajerske vojaško zaseden že od novembra 1918 in je imel ves čas urejeno jugoslovansko upravo, ki jo je uspešno organiziral general Maister s svojimi sodelavci. Z željo, da bi nemško stran nekako potolažili, so jim na mirovni konferenci dodelili Radgonski kot. V taki obliki je bila 10. septembra 1919 podpisana, v zgodovinsko pomembnem Saint-Germainu-en-Laye, mestu blizu Pariza, mirovna pogodba z Avstrijo. Zato v teh dneh praznujemo 90-letnico, ko je Maribor dokončno postal, tudi v mednarodnopolitičnem pogledu, slovensko mesto.

(Se nadaljuje.)

Petdeset let od prve uporabe umetne ledvice na urološkem oddelku Kirurški klinike v Ljubljani

Marjan Gros

Pojav dialize koloidnih raztopin je leta 1848 opisal in teoretično obrazložil Thomas Graham. Prvo umetno ledvico sta leta 1944 izdelala Kolff in Berk. Sledila je vrsta tehničnih izboljšav in modifikacij zaradi novih materialov, toda osnovni princip je ostal isti. Z dializo, osmozo in ultrafiltracijo skozi semipermeabilno membrano spreminjamo sestavo krvi. Tako lahko iz nje odstranimo abnormalno množino metabolnih produktov, nastalih pri akutni renalni insuficienci, in uravnavamo elektrolitsko in vodno disbalanco.

Na urološkem oddelku Kirurški klinike v Ljubljani je bila pred petdesetimi leti, 19. aprila 1959, pri bolniku prvič uporabljena metoda ekstrakorporealne hemodialize – umetna ledvica. Ekipa je štela šest članov, vodil jo je prof. dr. Slavko Rakovec. V medicinskem delu ekipe je bila še višja medicinska sestra Marjana Jeras, v laboratorijski ekipi pa doc. dr. Marjan Gros, Ivo Prijatelj, teh. sod., Mija Smrekar, višji lab. tehnik, in Albina Lenart, lab. tehnik. V ekipo prof. dr. Rakovca sta se kmalu nato vključila še prim. dr. Janez Drobnič in prof. dr. Ludvik Ravnik.

Ob navajanju dejstev in obujanju spominov na začetke dialize je prof. dr. Slavko Rakovec leta 1986 povedal: »Že v letu 1957 sem imel na občnem zboru Slovenskega zdravniškega društva

predavanje o možnosti dialize, ki se je v tistem času že uveljavila v svetovnih medicinskih centrih. Rekel sem, da smo z našim študijem, raziskovalnim delom in strokovno usposobljenostjo našega laboratorija tako daleč, da bi lahko začeli uporabljati dializo tudi pri nas, da pa obstajajo samo še finančne težave. Uporabil sem primer, da stroški za nabavo sestavnih delov za aparaturo ne bi presežali cene takrat popularnega avta »hrošča«. Spodbuda je rodila sadove. Že v začetku leta 1959 smo se oskrbeli s potrebnimi deli za pripravo aparature.«

Akademik prof. Božidar Lavrič, ki je začel spodbujati subspecializacije v kirurgiji in razvijanje njenih ožjih strok, je kot takratni predstojnik Kirurški klinike (1945–1960) že zgodaj predvidel, da bi lahko klinično-kemični laboratorij brez posebnih izboljšav postal ovira nadaljnemu razvoju kirurških strok. Ko je bil Biokemični laboratorij Medicinske fakultete še za vse klinike, je bil sprejem biološkega materiala časovno zelo omejen. Izvidi o rezultatih analiz so bili zdravniku večinoma posredovani šele naslednji dan, klinično-kemičnih določitev za bolnika ni bilo mogoče naročiti ob vsakem času, zahtevani volumni odvzete krvi pa so bili veliki. Tako je bilo samo za določitev preostalega dušika (RN) in kalija v plazmi treba odvzeti bolniku 25 ml krvi.



Prof. dr. Slavko Rakovec (levo) in prof. dr. Ludvik Ravnik (desno) ob bolniku, ki je priključen na dializator.



Prim. dr. Janez Drobnič ob bolniku na hemodializi

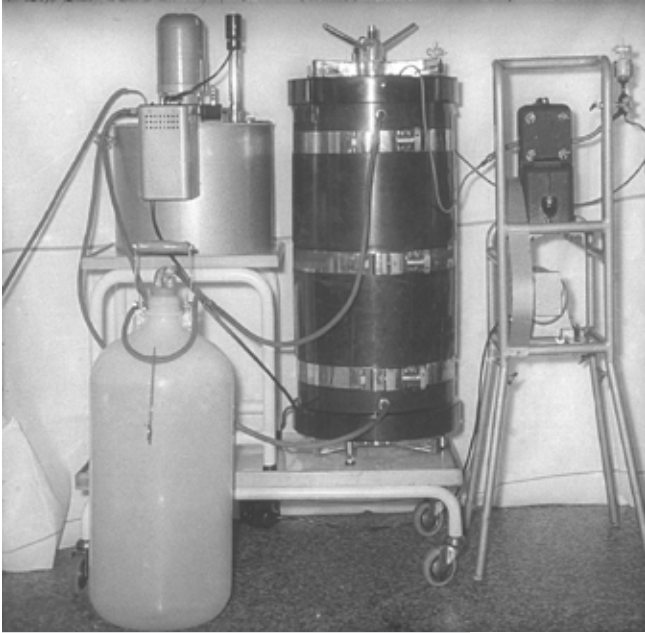
Z usmerjenim razvojem oddelkov Kirurške klinike je namreč nastala zahteva po vedno širšem uvajanju novih laboratorijskih naprav in metod za analize biološkega materiala. Rešitev je bila gradnja prizidka Kirurške klinike, za katerega je leta 1957 načrte izdelal inž. Ivo Vodopivec. Tako se je po dograditvi prizidka ob koncu leta 1960 v tako imenovanem nadstropju precej povečala površina laboratorijev.

Na urološkem oddelku Kirurške klinike smo za potrebe hemodialize v prostor, ki je bil namenjen hidroterapiji, namestili destilator in rezervoar za destilirano vodo, ki smo jo potrebovali za pripravo zunanje – izpiralne raztopine. V tem prostoru je bila opravljena prva hemodializa. Dializator tipa Moeller, ki smo ga uporabili, je imel aktivno površino celofanske membrane 0,9 m². Celofanska cev, dolžine 11 m, ki je delovala kot semipermeabilne membrane, je bila navita v obliki vijačnice med dvema cilindričnima valjema. Njun profil je bil izoblikovan tako, da je ohranila cev obliko tankega traku, skozi katerega je tekla kri, v nasprotni smeri pa izpiralna raztopina. Preoblikovana celofanska cev je dovoljevala pri tlaku 100 do 120 torov pretok 200 do 300 ml krvi in protitočno nekako približno dveh litrov izpiralne tekočine v minuti. Sestavni deli, arterijska in venska kanila, lovilca zraka, merilnik pretoka krvi in spojni elementi so bili stekleni. Pred sestavo in sterilizacijo so morali biti vsi stekleni deli silikonizirani. V komplet Moellerjevega hemodializatorja so bili vključeni še Höpplerjev ultratermostat za vzdrževanje pretoka in temperature zunanje raztopine, peristaltična črpalka za kri, 25-litrski rezervoar za zunanjo raztopino in jeklenka z zmesjo plina (5 odstotkov CO₂, 95 odstotkov O₂).

Z Moellerjevim hemodializatorjem smo pred začetkom hemodialize opravili serijo eksperimentov z različnimi modelnimi raztopinami in izdelali protokol, po katerem naj bo registrirana vsaka dializa. Izpiralno raztopino v koncentrirani sestavi smo pripravljali in nadzirali v Klinično-kemičnem laboratoriju klinike. Med potekom dialize smo vsako uro zamenjali izpiralno raztopino v 25-litrskem rezervoarju. Vzorce za analizo smo odvezemali sočasno pri vstopu in izstopu v dializator, in to na začetku, na koncu in dvakrat med dializo. Laboratorijski del ekipe je odvzete vzorce takoj analiziral.

Tako je lahko v Zdravstvenem vestniku še istega leta, ko je bila opravljena prva hemodializa pri bolniku I. U., to je bilo leta 1959, v številki 12 izšel članek *Naše izkušnje z umetno ledvico*, v katerem je prof. dr. Slavko Rakovec s pripadajočo laboratorijsko dokumentacijo opisal potek zdravljenja desetih bolnikov z akutno renalno isuficienco. V istem letniku Zdravstvenega vestnika sva skupaj z Alenko Žakelj, univ. dipl. inž. kem., objavila dva prispevka, in sicer v številki 8-9 prispevek z naslovom *Metabolične in respiratorne spremembe puferskega sistema krvi in njihova klinično-laboratorijska obdelava* ter v številki 12 prispevek z naslovom *Problematika določanja in standardizacija hemoglobina v krvi*. Ta dva članka sta neposredno povezana z uvedbo klinično-kemičnih in instrumentalnih metod za diagnostiko in kontrolo ekstrakorporealne cirkulacije in hemodialize.

Javnost je bila seznanjena z uporabo hemodialize na urološkem oddelku Kirurške klinike v Ljubljani ob zdravljenju Mariborčanke D. H. Dnevnik Večer je 12. junija 1959 objavil članek z naslovom *Rešitev z umetno ledvico*. Sledila je oddaja



Moellerjev hemodializator – umetna ledvica

na RTV Ljubljana, v kateri sva s prof. dr. Slavkom Rakovcem opisala delovanje umetne ledvice. Predstavljena je bila tudi gospa D. H. kot uspešno zdravljena bolnica z akutno renalno insuficienco.

Uvajanje hemodialize je potekalo v povezavi z dvema raziskovalnima nalogama. Vzporedno z izkušnjami pa smo opazali pomanjkljivosti in večkrat nezadostno zmogljivost aparature tipa Moeller. Povprečno smo delali 8 ur s hemodializatorjem, če smo želeli v bolnikovi krvi za nekako 50 odstotkov znižati vrednost preostalega dušika (RN). Tako znižanje nam je namreč v večini primerov zadostovalo za uspešno obvladanje akutnega uremičnega stanja. Bili pa so tudi primeri, ko je bil porast vrednosti RN tako hiter, da nismo bili kos napredujoči uremiji. To so bili primeri akutne zatajitve ledvic pri hitrem razpadu beljakovin, kot so travmatske zmečkanine in febrilna stanja. Ti primeri so nas opozorili, da smo začeli razmišljati o povečanju zmogljivosti aparature, in to z modifikacijo metode oziroma aparature.

Izboljšanje učinka hemodialize, če pospešimo cirkulacijo krvi, je sicer mogoče doseči s črpalko, vendar je težko izvedljivo, in to ne samo zaradi kalibra uporabljenih bolnikovih arterij in ven, temveč predvsem zaradi povečanja tlaka v celofanski cevi. Izkušnje so namreč pokazale, da celofanska membrana ne vzdrži tlaka, ki presega 300 torov. Tak tlak pa že dosežemo v Moellerjevi aparaturi pri pretoku krvi prek 300 ml na minuto.

Druga možnost je povečanje koncentracijskega gradienta med substancami v krvi, ki jih je treba dializirati, in med tistimi v izpiralni raztopini. Moellerjeva aparatura ima namreč zaprt sistem cirkulacije izpiralne tekočine. Kri, ki prihaja iz kanilirane arterije, potiska črpalka tipa Sigma skozi celofansko cev. Ta je navita na valju, ki ga oklepa cilindri. Celofanska cev tako dobi

sploščeno obliko, da se v njej pretaka kri v plasti, ki je tanjša od 1 mm. Kri se vrača v veno. Okoli celofanske cevi pa teče po žlebovih izpiralna raztopina v obratni smeri. Kri cirkulira s hitrostjo 300 ml/min, izpiralna raztopina, ogreta na 39° C, pa s hitrostjo 1,5 L/min. Vsakih 45 minut smo raztopino, ki je že sprejela iz krvi precejšnjo množino za dializo sposobnih snovi, delno zamenjali oz. regenerirali s 25 litri sveže raztopine. Slaba stran zaprtega sistema pa je predvsem ta, da izpiralno raztopino samo delno, torej od časa do časa, zamenjamo. Ta raztopina postane zato polagoma nasičena s substancami iz krvi, ki jih je treba dializirati, a pri tem postopoma pada gradient med ravno substance v krvi in v izpiralni raztopini. Najučinkovitejšo dializo dosežemo, kadar substanc, ki jih želimo dializirati, v izpiralni raztopini sploh ni. Toda to je v zaprtem sistemu samo v prvih trenutkih v začetku hemodialize.

Preuredili smo Moellerjevo aparaturu. Spremenili smo zaprt sistem cirkulacije izpiralne raztopine v odprtega, ker pri tem priteka vedno sveža izpiralna raztopina v hemodializator in ostane v kontaktu s semipermeabilno membrano samo v enkratnem pretoku. Posledica odprtega sistema je tudi mnogo večja poraba izpiralne raztopine, in sicer tri- do štirikrat večja. Zaradi tega smo poskušali pripraviti izpiralno raztopino z vodovodno vodo. Napravili smo analize vode in z dodajanjem soli NaCl, NaHCO₃, KCl in glukoze pripravili raztopino predpisane sestave. Z dovajanjem zmesi plinov CO₂ in O₂ smo pH uravnavali na 7,4. Z uporabo vodovodne vode smo zagotovili zadostno količino izpiralne raztopine, saj destilirane vode v tako velikih količinah nismo imeli. Z odprtim sistemom smo dosegli za 30 odstotkov večji učinek dialize.

Naslednja možnost izboljšanja učinkovitosti dialize je povečanje aktivne površine semipermeabilne membrane. Aparatura Moellerjevega tipa ima majhno površino, in to 0,9 m². Zaradi tega smo bili prisiljeni podaljšati čas hemodialize na 8 do 10 ur, če smo hoteli znižati vrednost RN v krvi za 50 odstotkov. Tako znižanje je pri lažjih obolenjih sicer zadostno, vendar dostikrat zahteva ponavljanje hemodialize v krajših intervalih. Popolna odprava uremičnega stanja pa s tako aparaturo sploh ni mogoča, zaradi česar je večja nevarnost za uremične zaplete, hkrati pa pomeni manjšo odpornost pri vnetjih in septičnih stanjih. S hemodializo nam lahko uspe odvrniti nevarnost uremije, funkcija ledvic se normalizira, bolnik pa kljub temu podleže zaradi okužbe oziroma sepse. Še težje je v tistih primerih uremije, ko vrednost RN v krvi naglo narašča (preko 30 mg% v 24 urah). Na podlagi Wolfovih ugotovitev so Persons in sodelavci dokazali, da je v primerih uremije s hitrim razpadanjem beljakovin in porastom RN prek 30 mg% v 24 urah potrebna površina semipermeabilne membrane v hemodializatorju najmanj 2,8 m². Aparature s tako površino pa so bile v literaturi omenjene le kot eksperimentalni modeli.

S prof. dr. Rakovcem sva se odločila izdelati manjši model hemodializatorja, ki bi imel večjo površino semipermeabilne membrane, kot jo ima Moellerjeva aparatura. Opustili smo namreč misel na aparaturu s togim telesom dveh valjev, ker ta

ne dopušča daljšanja semipermeabilne membrane. Zamislili smo si profiliran, gumijev trak, ki ga zvijemo v obliko spirale, skupaj s celofansko cevjo. Oddelek za strojništvo na Tehnični fakulteti Univerze v Ljubljani je izdelal kalup, tovarna Sava v Kranju pa prototip profiliranega gumijevega traku.

Zatesnjena spirala sploščuje celofansko cev tako, da se po njej pretaka kri v zelo tanki plasti. Po žlebovih profiliranega gumijevega traku teče izpiralna raztopina v obratni smeri. Dolžino tega traku lahko poljubno spreminjamo, s tem pa tudi dolžino navite celofanske cevi in posledično tudi njeno površino. Odločili smo se za 15 m dolgo celofansko cev, kar ustreza površini membrane 1,2 m².

Na Kirurški kliniki smo nato sestavili poskusni model novega hemodializatorja in ga v mesecu avgustu 1963 že uspešno uporabili pri štirih uremičnih bolnikih. Sestavljeni hemodializator se razlikuje od drugih po tem, da ni togo grajen, zato mu lahko poljubno večamo površino semipermeabilne membrane. S kombinacijo Moellerjeve in naše, doma izdelane aparature smo dobili 2,1 m² aktivne površine in s tem za 100 odstotkov večji učinek v primerjavi z rezultati, dobljenimi z originalno Moellerjevo aparatur in tehniko. Čas dialize se je skrajšal na štiri ure.

Od prve hemodialize v letu 1959 pa do septembra leta 1963 je bilo pri bolnikih z akutno odpovedjo ledvic opravljenih 180 hemodializ. Opravljali smo jih zunaj rednega delovnega časa. Priprava aparature je bila zamudna, za to delo smo rabili od 2 do

4 ure. Dializa se je tako večinoma končala šele v jutranjih urah naslednjega dne.

Skopje je 26. julija 1963 stresel močan potres. Uničenih je bilo več kot 70 odstotkov vseh stavb; 1070 prebivalcev je umrlo v potresu, težje poškodovanih je bilo prek 3300. Pri mnogih ljudeh, ki so jih rešili izpod ruševin, je zaradi različnih vzrokov nastopila akutna odpoved ledvic (*crush syndrom*). Takrat je bila Kirurški klinika v Ljubljani edina v skupni državi Jugoslaviji, ki je lahko takoj sprejela ljudi z akutno odpovedjo ledvic in pri zdravljenju uporabila umetno ledvico. Zato so 22 poškodovancev z letalom prepeljali v Ljubljano na zdravljenje. Pri njih je bila opravljena dializa z Moellerjevim in našim nadgrajenim dializatorjem.

Mednarodne organizacije so se na potres v Skopju odzvale in ponudile pomoč. V Jugoslavijo je bilo poslanih pet hemodializatorjav tipa Watschinger s sterilnimi kompleti za enkratno uporabo. Ekipa prof. dr. Slavka Rakovca je prejela en hemodializator tipa Watschinger in ga edina takoj uvedla v uporabo.

Na strokovnem srečanju Združenja urologov Slovenije v Zrečah (14. oktobra 2005) je spomine na pretekle čase obudil prof. dr. Ludvik Ravnik s predavanjem z naslovom *Ob 46-letnici prve dialize in 35-letnici prve transplantacije v Sloveniji*. V njem je povezal začetke hemodialize na urološkem oddelku Kirurške klinike v Ljubljani z začetki transplantacije v Sloveniji, ki je odprla nove možnosti zdravljenja ledvičnih bolnikov.

Literatura je na voljo pri avtorju.

Štirideset let prvega kluba za podaljšano zdravljenje odvisnosti od alkohola

Miloš F. Kopal

V septembru 1969 smo v Klinični bolnišnici za psihiatrijo ustanovili prvi klub, ki se je po hrvaškem zgledu imenoval Klub zdravljenih alkoholikov (KZA). Nastal je iz dveh skupin, prve, ki se je zbirala pri Levu Milčinskem na polikliniki, in iz pacientov I. moškega oddelka klinike v Polju. Obe skupini so v KZA povezali dr. Ljubo Djordjević in socialni delavki Milena Tanasković ter Mira Virant Jaklič.

V zamiku nekaj dni je oblikoval svoj klub tudi dr. Janez Zlokar, predstojnik takratne »stare« Škofljice v okviru Bolnišnice dr. Petra Držaja.

Oba kluba imata prelomni pomen za širino in oblikovanje zdravljenja odvisnosti od alkohola na Slovenskem. O popularnih stališčih do alkohola in »alkoholikov« ne bi govoril. Res pa je, da bi večina prebivalstva, s tem tudi večina zdravnikov, soglašala z mnenji, ki jih o tej stvari povedo znani slovenski pregovori o ljudeh s težavami te vrste.

A vendar se je že pred tem datumom marsikaj premikalo in v spominu je kar nekaj imen (Zalokar, Berce, Hribar, L. Milčinski, Zlokarnik in ne nazadnje tudi Kopal). Toda ustanovitev prvega kluba sovpada z obsežno in postopno uveljavitvijo zdravljenja oseb, odvisnih od alkohola, po vsej Sloveniji, predvsem z ustanavljanjem ustreznih oddelkov v vseh psihiatričnih bolnišnicah. Terapevti v prvem klubu in sam klub so bili v marsičem pravi kvas v tem razvoju.

Ničesar novega ne bom povedal, če le z besedo opozorim na hudo obdobje, ki so ga dve leti po ustanovitvi doživljali terapevti kluba in ki bi se lahko dotaknili tudi same skupine in njenih članov ter ogrozilo njen obstoj. Terapevti in klub so vztrajali v tistih časih, kljub skoraj vsakodnevnim žalitvam in podtikanjem. Nismo odgovarjali, nismo se pustili speljati v nekoristne in večinoma nepošteno polemike, vztrajali smo v medsebojni povezanosti in uspešnosti za posameznika in celoto.

Klub je bil tako s svojo urejenostjo in uspešnostjo neposredna opora prizadevanjem za ureditev razmer v slovenski alkoholologiji, ki so se uspešno zaključila z odločitvijo prof. dr. Slavka Ziherla za preselitev »nove« Škofljice na Poljanski nasip 58 v Ljubljani. Tu odtlej deluje strokovni tim, neodvisen od preteklosti, z jasnimi strokovnimi in etičnimi stališči. Prvi klub pa se je vrnil k pomoči svojemu članstvu.

Še je potreben trden oklep proti občasnemu neprijetnemu dogajanju v okolju. Domneval bi – po zapisih v časopisju, na internetu in celo v Izidi – da sem med najbolj napadanimi slovenskimi zdravniki. Ta čobodra tudi po smrti enega od nasprotnikov (spoštujem smrt, torej nič o njem) ne popušča. Novejša bi bila psevdološka domisljica skupine, ki si nadeva ime Goriški panterji. Ti vidijo »beograjsko zaroto« v vzpodbujanju vsesplošnega slovenskega utapljanja v alkoholu. To naj bi podpirali Kobal, Lokar in Majda Gaspari.

Namesto zarotniškega pripravljanja alkoholne usode za slovenski narod smo se v štiridesetih letih zdravljenja v klubu srečali z najmanj šesto ljudmi, kot nam o tem govore naše evidence: torej člani, njihovimi ožjimi in širšimi svojci, otroki. Ves čas govorimo, da klub deluje po načelih terapevtske skupnosti, dopolnjenih s skupinsko psihoterapijo. Čeprav smo prežeti z notranjo demokracijo, je jasen tudi osnovni koncept kluba: popolna abstinenca in osebnostna rast vsakega od članov v ožjem in širšem okolju.

Načela terapevtske skupnosti v klubu smo večkrat razložili. Izmed tistih, ki jih navaja eden vodilnih teoretikov tega področja, Anglež David Kennard, bi tudi za naš klub poudarili občutje povezanosti v skupnost, odprt in javen proces demokratičnega sprejemanja odločitev, prepoznavanja članov skupnosti kot pomernih terapevtov ali terapevtov v parih, vse to pa s terapijo kot

procesom učenja, skupaj z upanjem v spremembe ter uspešnost.

Zdravljenje odvisnih od alkohola v katerikoli obliki ne vzbuja pozornosti (razen, če se nas poveže s kakšnimi nevšečnostmi) in priznanja javnosti. Imeli me boste za premaknjena psihiatra, če trdim, da je uspešno zdravljena oseba, odvisno od alkohola, mogoče postaviti ob bok zahtevnim in odmevnim dosežkom v medicini. Takšne ocene z našim delom zanesljivo (še) ne doživimo. Opozorili smo že in ponovno opozarjamo na ovrednotenje našega dela v preteklih letih, ko je bilo pri 85 takratnih članih kluba mogoče ugotoviti 83 odstotkov uspešnega premagovanja njihove odvisnosti (Zdrav Vestn 1986; 55: 197–200).

Odstotki takrat in danes tudi pomenijo, da ob ogromni večini urejenih članov (leta 2008 je npr. priznanje prejel član kar za 28 let abstinence in osebnega napredka!) nekateri na robu skupine še vedno zanikajo in da so včasih posamezniki potrebni zelo obsežne, dolgotrajne in poglobljene pomoči. To opravičuje obstoj kluba v njegovem dolgoletnem, zdaj že kar štiridesetletnem trajanju.

Za sam klub, njegove člane, svojce in terapevte namesto javnih pohval veljajo besede koterapevtke in psihoterapevtke gospe Marte Jenko:

»Verjamem, da skupina lahko pripomore k urejanju načina življenja članov, saj se vzorci delovanja skupine prenašajo v osebni stil članov in v njihove družine. Znamo skupaj prenašati bolečino, znamo skupaj trdo delati, znamo skrbeti za drugega, znamo se skupaj tudi zabavati in se veseliti. To je polnost in uravnoveženost, ki sta resnični del skupine, za mnoge druge, tam zunaj, pa le nedosegljiva iluzija. Kot skupina imamo več, zato lahko premagujemo težave posameznika in smo v kritičnem pogledu lastne samopodobe vredni več.« (M. Jenko, Ob 35-letnici Kluba, ki deluje proti odvisnosti.)

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

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.dolhar@zss-mcs.si, telefon: 01 30 72 122

99 % opica – Kako evolucija sešteva

Jurij Kurillo

Kje so že časi, ko je v znameniti debati o teoriji evolucije leta 1830 prečastiti anglikanski škof Samuel Wilberforce porogljivo vprašal zdravnika in zoologa Thomasa Huxleya, vnetega Darwinovega zagovornika, ali le-ta misli, da izvira iz opice po dedu ali po babici. Ta ostrojezičneš – ki so mu rekli kar »Darwinov buldog« – mu je baje odgovoril, da bi raje imel za prednika opico, kot človeka, ki uporablja svoje veliko znanje, da zamegljuje resnico (po drugi verziji pa: raje kot škofa).

Kako so se časi spremenili! Letos praznuje ves svet 200-letnico rojstva Charlesa Darwina (1809–1882), največjega naravoslovca vseh časov, in 150-letnico izida njegovega revolucionarnega dela *O nastanku vrst z naravnim izborom ali ohranjenju boljših pasem v boju za obstanek* (*Origin of Species by Means of Natural Selection or the Preservation of Favorite Races in the Struggle for Life*). Vneto nasprotovanje kreacionističnih krogov je avtor doživel tudi leta 1871 ob izidu svojega drugega dela *Izvor človeka* (*Descent of Man*).

Ta knjiga je bila v slovenščino prevedena šele po dobrih sto letih (DZS, Ljubljana 1951), malo za njo pa delo *O nastanku vrst* (DZS, Ljubljana 1951). Sicer je v povojnih letih Slovence na veliko »prepričeval« o Darwinovi teoriji razvoja živih bitij v svojih objavah predvsem prof. Anton Polenec, ki je bil na kranjski gimnaziji tudi moj učitelj. Ta je tudi napisal knjižico o znamenitem naravoslovčevem potovanju na ladji Beagle (1831). Če je bil Darwin v prvih povojnih letih naše materialistične ideologije zelo dobrodošel avtor, smo pozneje nanj skoraj docela pozabili. V jubilejnem letošnjem letu pa se razprave o evoluciji, vsaj v strokovnih krogih, kar vrstijo. Tako je Društvo biologov Slovenije priredilo v Ljubljani kar nekaj poglobljenih predavanj o tej temi.

Presenetljivo malo je knjižnih publikacij in smo zato lahko toliko bolj veseli, da

je pri založbi Narava v Kranju (www.narava.si, 229 str., 19,90 EUR) nedavno izšlo v dobrem prevodu Milana Lovke poljudnoznanstveno delo *99 % opica – Kako evolucija sešteva*, ki so jo napisali britanski avtorji Caroline M. Pond, Jonathan Silvertown, David Robinson, Peter Skelton, Daniel Nettle, Monica Grady in Garry Slaper, vsi strokovnjaki s posameznih področij biologije in člani angleške Javne univerze (The Open University). Angleški izvirnik je leta 2008 izdal londonski Naravoslovni muzej (Natural History Museum).

Besedilo je dopolnjeno z mnogimi ilustracijami, tako s slikovitimi fotografijami kot z nazornimi risbami, še posebej pa so privlačne karikature očeta evolucije, ki ga prikazujejo kot polopico in naj bi ga nekdanj sramotile, danes pa se nam zdi, da so zadele v bistvo njegovega nauka. Delo je razdeljeno na 19 poglavij, ki obravnavajo sodobni pogled na evolucijsko teorijo, pri čemer pisci upoštevajo najnovejša odkritja biološke in drugih znanosti. Ta pač močno dopolnjujejo izvirmo Darwinovo teorijo, ki pa je v osnovi popolnoma veljavna. Gre predvsem za sodobna odkritja genetskih zakonitosti ter pomen koristnih in škodljivih mutacij pri dednih spremembah. Za bralca zdravnika bodo še posebej zanimiva razpravljanja o dednih spreminjanjih virusnih organizmov, ki so ilustriрана z najnovejšimi dogajanjmi v svetu, kjer so našli svoje mesto tudi v Libiji po krivici obsojeni palestinski zdravnik in bolgarske medicinske sestre.

Precej prostora je namenjenega utemeljitvi novejših teorij, da izvira vse človeštvo na našem planetu iz skupnih prednikov, ki so pred 143.000 (± 18.000) leti živeli v vzhodni Afriki in so se potem razselili po vseh današnjih celinah. Posebno poglavje je namenjeno psihološkim raziskavam evolucije, saj ta denimo ne zanika pomembnosti ljubezni in drugih čustev, pa tudi moralnih zakonitosti človeške družbe. O tem govori poglavje

z zanimivim naslovom »Čemu biti dober?«. Pisci te odlične knjige bralcu močno razširijo pogled od suhoparne biologistične evolucijske teorije – ki smo jo njega dni nekoliko naveličani poslušali v šoli – na usodo in razvoj celotnega živega sveta, vključno s človekom, in to na vsem našem planetu. In še k presenetljivemu naslovu! Sodobna znanost pač ugotavlja, da ima človek 99 odstotkov DNK enake kot jo ima šimpanz, kar je eden izmed trdnih dokazov o najbližji sorodnosti oziroma skupnih davnih prednikih. Potemtakem se ljudje lahko »postavljamo« zgolj z enim odstotkom lastne specifične nosilke genov.*

Knjiga bo bržkone zelo zanimiva tudi za pripadnike našega stanu, napisana pa je v jeziku, razumljivem slehernemu bralcu, ki ima še nekaj srednješolskega znanja iz naravoslovnih predmetov.

* Glej tudi avtorjev prispevek v Isis XIII, št. 3, marec 2004: Na obisku pri Charlesu Darwinu.



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

DECEMBER 2009

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
2.–5. • 3. EURACT (EVROPSKO ZDRUŽENJE MENTORJEV V DRUŽINSKI MEDICINI) TEČAJ OCENJEVANJA ZA MENTORJE V DRUŽINSKI MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice			
PORTUGALSKA Faro, Algarve, Univerza v Algarve	ni podatka	podiplomsko izobraževanje, namenjeno sedanjim in bodočim mentorjem družinske medicine, ki želijo izpopolniti svoje znanje, veščine in zmožnosti	Dr. Luís Gomes, koordinator CME/CPD Algarve, Polona Miselj, sekretarka EURACT
3.–4. • XL. MEMORIALNI SESTANEK PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA z mednarodnim simpozijem »Novosti v dermatopatologiji« podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Korytkova 2	ni omejeno	strokovni sestanek z mednarodno udeležbo, namenjen zdravnikom v osnovnem zdravstvu, dermatologom, kirurgom, pediatrom, specializantom ustreznih vej	Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut za patologijo, Inštitut za anatomijo, Inštitut za histologijo in embriologijo, Inštitut za sodno medicino v sodelovanju z Dermatovenerološko kliniko, Univerzitetni klinični center Ljubljana, in Združenjem slovenskih dermatovenerologov, doc. dr. Boštjan Luzar, dr. med.
3.–5. ob 15.00 • ŠOLA INTENZIVNE MEDICINE – 1. LETNIK			
NOVO MESTO Hotel Krka, Novi trg 1, 8501 Novo mesto	45	podiplomska šola je namenjena zdravnikom, ki delajo na intenzivnih oddelkih	Slovensko združenje za intenzivno medicino, prim. mag. Ognjen Cerović, dr. med.
4. ob 19.00 • 40. KONCERT ZDRAVNIKOV OB XXXX. MEMORIALNEM SESTANKU PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Dvorana Marjana Kozine (Velika dvorana), Slovenska filharmonija, Kongresni trg 10, Ljubljana	ni podatka	koncert zdravnikov	Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher, Inštitut za anatomijo MF v Ljubljani, Inštitut za histologijo in embriologijo MF v Ljubljani, Inštitut za patologijo MF v Ljubljani, Inštitut za sodno medicino MF v Ljubljani
4.–5. ob 8.30 • SOOČANJE S STRESOM V MEDICINI DELA podroben program na spletni strani zbornice			
STRUNJAN Hotel Salinera	60–70	strokovno srečanje in delavnice so namenjeni specialistom medicine dela, družinskim zdravnikom	Združenje medicine dela, prometa in športa, Bojan Pelhan, dr. med.
4.–5. ob 9.00 • OSNOVE ULTRAZVOČNE ANATOMIJE ABDOMINALNE VOTLINE podroben program na spletni strani zbornice			
MARIBOR UKC Maribor, Klinika za kirurgijo, 16. nadstropje, velika predavalnica	14	učna delavnica je namenjena specializantom	Klinika za kirurgijo, UKC Maribor, Katedra za kirurgijo MF MB, doc. dr. Vojko Flis

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave in informacije: prijavnico in dokazilo o plačilu tečaja pošljite do 20. oktobra 2009 na naslov: Zavod za razvoj družinske medicine, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, Slovenija, T: 01 438 69 13, F: 01 438 69 10, E: polona.miselj@zrdm-idfm.si	500 EUR (za člane EURACT 450 EUR)	***
informacije: doc. dr. Boštjan Luzar, dr. med., T: 01 543 71 30, F: 01 543 71 01, prijave na E: bostjan.luzar@mf.uni-lj.si	kotizacije ni	18
prijave: ga. Simona Rojs, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, UKC Ljubljana, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, informacije: ga. Simona Rojs, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, UKC Ljubljana, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, spletna stran SZIM: www.szim.si, T: 01 522 42 20, F: 01 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si, szim@mf.uni-lj.si, ognjen.cerovic@kclj.si	370 EUR	***
***	vstop prost	***
prijave: Metka Jovanovič, E: metka.korint@gmail.com, informacije: Zora Vadnjal Gruden, Metka Jovanovič, T: 04 206 56 21, 01 429 58 11, 041 714 848, F: 01 429 58 11, E: zora.gruden@sava.si	200 EUR, kotizacija vključuje DDV, zbornik srečanja, kavo in sok v odmorih, skupno večerjo z glasbo, udeležbo na delavnici v petek popoldan. Račun za srečanje prejmejo udeleženci po končanem srečanju po pošti. V primeru večjega zanimanja, kot je prostih mest, bomo srečanje ponovili v letu 2010	***
prijave: Nevenka Mlakar, Slavica Keršič, T: 02 321 12 33, 02 321 28 26, F: 02 332 48 30, E: nevenka.mlakar@ukc-mb.si, informacije: E: andrej@bergauer.si, Nevenka Mlakar, Slavica Keršič, T: 02 321 12 33, 02 321 28 26, F: 02 332 48 30, E: nevenka.mlakar@ukc-mb.si	specialisti 250 EUR, specializanti 120 EUR	12

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
8. ob 14.00 • PREŽIVETJE BOLNIKOV Z RAKOM V SLOVENIJI 1991–2005: KJE SMO IN KAJ LAHKO IZBOLJŠAMO NA PODROČJU ORGANIZACIJE IN KAKOVOSTI ZDRAVLJENJ podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, stavba C, pritličje, predavalnica	ni podatka	okrogla miza je namenjena zdravstvenim delavcem, ki zdravijo bolnike z rakom, in vsem, ki oblikujejo zdravstveno politiko	Onkološki inštitut Ljubljana, izr. prof. dr. Maja Primic Žakelj, dr. med.
11. ob 8.00 • AKUTNI GLAVOBOL podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Poslovna stavba Smelt, Dunajska 160	500	strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske in splošne medicine, nevrologom, psihiatrom, algologom, psihologom, farmacevtom in vsem, ki želijo izpopolniti svoje znanje na področju obravnave bolnikov z glavobolom in izvedeti več o tem najpogostejšem simptomu	Sekcija za glavobol – Združenje nevrologov pri Slovenskem zdravniškem društvu, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Nevrološka klinika, Klinični oddelek za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo, Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, doc. dr. Bojana Žvan
11. ob 8.00 • ŠOLA O MELANOMU podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Onkološki inštitut Ljubljana, stavba C, predavalnica, Zaloška 2	90	šola je namenjena specialistom in specializantom splošne medicine, medicine dela, prometa in športa, dermatologije, plastične in splošne kirurgije, internistične onkologije, radioterapije	Onkološki inštitut Ljubljana, Sekcija za internistično onkologijo SZD, dr. Janja Ocvirk, dr. med.
11. ob 7.50 • DRUGA MEDNARODNA DELAVNICA IZ INVAZIVNE KARDIALNE ELEKTROFIZIOLOGIJE V LJUBLJANI – RAZLIČNI PRISTOPI K ABLACIJI ATRIJSKE FIBRILACIJE – Z ŽIVO PREDSTAVITVIJO PRIMEROV podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA UKC Ljubljana, Predavalnica 1	150	delavnica je namenjena zdravnikom specialistom, specializantom, študentom medicine, medicinskim sestram	Univerzitetni klinični center Ljubljana, doc. dr. Matjaž Šinkovec
11. ob 8.30 • MULTIPLA SKLEROZA PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKI podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Grand hotel Union, Srebrni salon	ni omejeno	2. redno strokovno srečanje Sekcije za otroško nevrologijo z vabljenimi predavateljicami iz tujine je namenjeno pediatrom, otroškim nevrologom, nevrologom, zdravnikom družinske medicine in vsem, ki jih tema zanima (predavanja bodo v angleščini)	Sekcija za otroško nevrologijo SZD, asist. Natalija Krajnc, dr. med.
11.–12. ob 8.30 • 26. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: MEDIKALIZACIJA podroben program na spletni strani zbornice			
ZREČE Terme Zreče	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., asist. mag. Andrej Kravos, dr. med.

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
informacije: ga. Amela Duratović, T: 01 587 96 25, E: aduratovic@onko-i.si	kotizacije ni	***
prijave: Društvo MŽB, Mala ulica 8, 1000 Ljubljana, informacije: Andreja Merčun, E: andreja@glavobol.com, T: 05 901 12 34, F: 01 430 23 14	75 EUR z DDV, za organizatorja, nevrologe, študente medicine in upokojene zdravnike kotizacije ni	***
prijave: E: amavec@onko-i.si, informacije: Andreja Mavec, T: 01 589 76 19	kotizacije ni	***
informacije: Irena Orel, T: 01 522 28 44, F: 01 522 28 28, E: irena.orel@kclj.si	kotizacije ni	***
informacije in prijave: KO za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo, Pediatrična klinika, UKC, Bohoričeva 20, SI-1525 Ljubljana, Natalija Krajnc, Matevž Kržan, David Neubauer, T: 01 522 92 49, 01 522 35 99, F: 01 522 93 57, E: natalija.krajnc@mf.uni-lj.si	kotizacije ni	***
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	15

STROKOVNA SREČANJA

DECEMBER 2009

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
11.–12. ob 13.00 • 1. BANIČEVI DNEVI: OKUŽBE OSREDNJEGA ŽIVČEVJA in ODVZEM IN PRENOS KUŽNIN ZA MIKROBIOLOŠKE PREISKAVE podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Medicinska fakulteta, Korytkova ulica 2, velika in mala predavalnica	ni omejeno	strokovno srečanje – podiplomsko izpopolnjevanje je namenjeno zdravnikom mikrobiologom, medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom	Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe Slovenskega zdravniškega društva, prof. dr. Srečko Koren, dr. med.

17. od 13.00 do 17.00 • VIZIJA OBRAVNAVE PLJUČNE HIPERTENZIJE V SLOVENIJI podroben program in prijavnica sta na spletni strani www.klinika-golnik.si			
GOLNIK Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	70	simpozij	Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, Golnik; Favaloro Foundation and Favaloro University; MC Medicor - Mednarodni center za kardiovaskularne bolezni; Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergije, UKC Ljubljana

JANUAR 2010

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
7. ob 14.00 • MOTNJE POŽIRANJA IN HRANJENJA PRI OTROKU Z RAZVOJNO NEVROLOŠKO MOTNJO podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča	ni omejeno	seminar, namenjen pediatrom, fiziatrom, razvojnim pediatrom, logopedom, delovnim terapevtom, fizioterapevtom, psihologom, specialnim pedagogom, medicinskim sestram, strokovnim sodelavcem v šolah in vrtcih, ki se v svoji praksi srečujejo z otroki z razvojno nevrološko motnjo	Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, asist. mag. Katja Groleger Sršen, dr. med.

8. ob 9.00 • »OCENJEVANJE MOTENJ POŽIRANJA IN LESTVICA ZA RAZVRŠČANJE OTROK Z MOTNJAMI POŽIRANJA« podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, predavalnica, IV. nadstropje	40	delavnica je namenjena logopedom, delovnim terapevtom, medicinskim sestram, pediatrom, fiziatrom, razvojnim pediatrom, strokovnim sodelavcem v šolah in vrtcih, ki se v svoji praksi srečujejo z otroki z motnjo požiranja in hranjenja	Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, asist. mag. Katja Groleger Sršen, dr. med.

8.–9. ob 8.30 • 26. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: MEDIKALIZACIJA podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58	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., doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med.

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave: Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Zaloška 4, 1000 Ljubljana, prijavnice na spletni strani: www.mf.uni-lj.si/imi , zavihek Prireditve, informacije: Mihaela Oberdank Hrastar, E: mihaela.oberdank-hrastar@mf.uni-lj.si , T: 01 543 74 08, F: 01 543 75 18	zdravniki 120 EUR, medicinske sestre, zdravstveni tehniki 40 EUR (z DDV), za upokojene zdravnike, zdravnike specializante, pripravnike, študente ter za upokojene medicinske sestre in zdravstvene tehnike kotizacije ni	***
informacije in prijave: Irena Dolhar, T: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si , W: www.klinika-golnik.si	kotizacije ni	***

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave in informacije: ga. Vesna Grabljevec, T: 01 475 82 43, 01 475 82 53, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si	60 EUR	***
prijave: Vesna Grabljevec, Tajništvo Klinike, T: 01 475 82 43, 01 475 82 53, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si	100 EUR (z DDV)	***
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

STROKOVNA SREČANJA

JANUAR 2010

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
22.–23. ob 8.30 • ISKANJE ODLIČNOSTI V IVF: PRAKTIČNI PRISTOP podroben program na spletni strani zbornice			
MARIBOR Kongresni center Hotel Habakuk	200	Evropsko združenje za humano reprodukcijo in embriologijo (ESHRE, Special Interest Group »Embryology«) v sodelovanju z Univerzitetnim kliničnim centrom Maribor in Slovenskim društvom za reproduktivno medicino, prof. dr. Veljko Vlaisavljevič, dr. med., doc. dr. Borut Kovačič, univ. dipl. biol.	simpozij je namenjen ginekologom, kliničnim embriologom, genetikom in vsem, ki se ukvarjajo z reproduktivno medicino in biologijo. Pridobljeno znanje bo v pomoč zdravnikom pri iskanju najboljših načinov zdravljenja neplodnosti in tistim strokovnjakom, ki se pripravljajo na izpit za pridobitev evropskega certifikata za starejšega oziroma kliničnega embriologa
30. ob 9.00 • 2. KORAK NAPREJ V EHOKARDIOGRAFIJI podroben program na spletni strani zbornice			
ŠMARJEŠKE TOPLICE	ni podatka	strokovno srečanje	Združenje kardiologov Slovenije, Delovna skupina za ehokardiografijo

FEBRUAR 2010

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
1. • PRAKTIČNA DERMATOLOGIJA: 1. IN 2. DEL (1. del – AKNE, ROZACEA IN SEBOROIČNI DERMATITIS, 2. del – KRIOTERAPIJA IN LASERJI – z delavnicami)			
LJUBLJANA UKC Ljubljana	120	podiplomski seminar za zdravnike in specializante družinske medicine, pediatrije, dermatologije in druge zainteresirane zdravnike	Eroica, d.o.o., prof. dr. Miloš Pavlovič
5.–6. ob 8.30 • 26. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: MEDIKALIZACIJA podroben program na spletni strani zbornice			
STRUNJAN Zdravilišče Strunjan	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., asist. mag. Davorina Petek, dr. med.

MAREC 2010

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
5.–6. ob 12.30 • VI. ŠOLA ANTIKOAGULACIJSKEGA ZDRAVLJENJA			
LJUBLJANA Slovensko zdravniško društvo, Dalmatinova 10	25	podiplomski seminar je namenjen vsem zdravnikom	Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje in preprečevanje tromboemboličnih bolezni, Alenka Mavri
11.–13. ob 9.00 • XI. PODIPLomsKA ŠOLA BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKA HIPERTENZIJA			
LJUBLJANA UKC Ljubljana, predavalnica 1	ni omejeno	podiplomska šola z učnimi delavnicami je namenjena zdravnikom splošne medicine, specialistom interne medicine, internistom	Slovensko zdravniško društvo, Slovensko nefrološko društvo, doc. dr. Damjan Kovač, dr. med.
18.–20. ob 9.00 • 45. PODIPLomsKI TEČAJ IZ KIRURGIJE – KIRURŠKI DNEVI			
LJUBLJANA UKC Ljubljana, predavalnica 1	50	podiplomski tečaj je namenjen specialistom kirurgije, sekundarjem	Kirurška klinika, UKC Ljubljana, Združenje kirurgov Slovenije, asist. dr. Anže Kristan, dr. med.

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave: ESHRE, Meerstraat 60, 1852 Grimbergen, Belgium, T: 0032 2 269 09 69, F: 0032 2 269 56 00, E: info@eshre.com, W: www.eshre.com, informacije: Suzana Knuplež, UKC Maribor – Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo, T: 02 321 24 60, E: suzana.knuplez@ukc-mb.si	člani ESHRE 150 EUR, nečlani ESHRE 200 EUR, študenti, člani ESHRE 70 EUR, študenti, nečlani ESHRE 100 EUR	v postopku
prijave: Saša Radelj, Združenje kardiologov Slovenije, Ulica stare pravde 6, Ljubljana, T: 01 434 21 00 ali E: sasa.radelj@kclj.si	50 EUR, plačilo na račun ZKS ali ob registraciji	***

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave: DCP, d.o.o., Parmova 53, Ljubljana, F: 01 436 48 66, informacije: T: 01 436 63 30, F: 01 436 48 66, E: info@dcp.si	predvidoma 200 EUR	***
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	8

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave: W: www.trombo.net, informacije: Alenka Mavri, E: alenka@trombo.net, W: www.trombo.net	120 EUR	8
prijave: Klinični oddelek za nefrologijo, Hospitalni oddelek, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, informacije: doc. dr. Damjan Kovač, dr. med., doc. dr. Jelka Lindič, dr. med., prof. dr. Marko Malovrh, dr. med., asist. dr. Jernej Pajek, dr. med., T: 01 522 31 10, F: 01 522 24 08, E: damjan.kovac@kclj.si	200 EUR	***
informacije in prijave: ga. Saša Rus, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Kirurška klinika, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 47 88, F: 01 522 22 09, E: sasa.rus@kclj.si	teoretični del 80 EUR, teoretični in praktični del 180 EUR	***

STROKOVNA SREČANJA

MAREC 2010

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
26.–27. ob 16.00 • 21. ZBOR ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV SLOVENIJE			
OTOČEC konferenčna dvorana Šport hotela na Otočcu	250	srečanje je namenjeno zasebnim zdravnikom in zobozdravnikom	Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije in Zdravniška zbornica Slovenije
26.–27. ob 9.00 • INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2010 – NOVOSTI V INFEKTOLOGIJI, OKUŽBE PRI STAROSTNIKI podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA UKC Ljubljana, predavalnica 1	ni omejeno	simpozij je namenjen vsem zdravnikom	Sekcija za kemoterapijo SZD, Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo MF, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana, prof. dr. Bojana Beovič, dr. med.
26.–27. ob 8.30 • 21. DNEVI REHABILITACIJSKE MEDICINE: Z DOKAZI PODPRTA REHABILITACIJA (EVIDENCE BASED REHABILITATION) podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, predavalnica v 4. nadstropju, Linhartova 51	ni omejeno	seminar je namenjen zdravnikom specialistom FRM, družinske medicine, ortopedije, travmatologije, nevrologije, specializantom, drugim zdravstvenim delavcem ter ostalim strokovnjakom s tega področja	Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča v sodelovanju s Katedro za fizikalno in rehabilitacijsko medicino MF v Ljubljani, prof. dr. Helena Burger, dr. med., dr. Nika Goljar, dr. med.
26.–27. ob 15.00 • ASTMA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE S SPECIALIZIRANIMI UČNIMI DELAVNICAMI (Vzporedno bo potekala tudi Astma šola za sestre)			
LJUBLJANA Pediatrična klinika, Bohoričeva 20	30	šola je namenjena pediatrom	Pediatrična klinika, Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, asist. mag. Andreja Borinc Beden, dr. med.

MAJ 2010

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
7. ob 9.00 • KOGOJEVI DNEVI – URGENTNA STANJA V DERMATOLOGIJI			
LJUBLJANA Hotel Mons	100-150	srečanje je namenjeno družinskim zdravnikom	Dermatovenerološka klinika Ljubljana, v. d. predstojnik Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med
22. • IX. MEDNARODNI MEDICINSKI DUATLON IN VII. POLETNI MEDICINSKI TEK			
BRDO PRI KRANJU	ni omejeno	športna prireditev za zdravnike	prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat

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

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave niso potrebne, rezervacijo za nočitev/večerjo pošljite neposredno na kraj dogodka, informacije: pisarna Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Vojkova 4, 1000 Ljubljana, T: 01 433 85 35, F: 01 439 76 00, in Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, T: 01 30 72 123	kotizacije ni	***
prijave: Tajništvo Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, T: 01 522 42 20, 01 522 21 10, F: 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si	120 EUR z DDV	***
prijave: ga. Ela Loparič, tajništvo predstojnika, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, E: ela.loparic@ir-rs.si, informacije: prof. dr. Helena Burger, dr. med., dr. Nika Goljar, dr. med., T: 01 475 84 41, 01 475 83 43, F: 01 437 65 89	200 EUR za oba dneva, 100 EUR za en dan, 100 EUR za specializante in sekundarije	***
informacije in prijave: Pediatrična klinika, Bohoričeva 20, Mihaela Jurčec, E: mihaela.jurcec@kclj.si	200 EUR	***

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
informacije: Verica Petrovič, Dermatovenerološka klinika Ljubljana, tajništvo T: 01 522 42 80, F: 01 522 43 33, E: verica.petrovic@kclj.si	100 EUR	***
informacije: prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat, T: 031 318 161, E: mvelickovic@guest.arnes.si	***	***



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

Zdravstveni dom Koper

objavlja eno prosto delovno mesto
zdravnika specialista ginekologije in porodništva (m/ž)

v dispanzerju za ženske 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.

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,

- zaželeno 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. Adolfa Drolca Maribor

Služba splošne medicinske dejavnosti vabi v svoj delovni kolektiv za delo na področju splošne/družinske medicine

zdravnika specialista IV (specialista splošne ali družinske medicine) (m/ž)

za nedoločen čas s polnim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom.

Kandidati, ki se bodo prijavi na prosto delovno mesto, morajo izpolnjevati naslednje pogoje:

- opravljen specialistični izpit iz splošne ali družinske medicine,
- veljavna licenca za področje splošne ali družinske medicine ali
- zaključen sekundarijat in opravljen licenčni izpit,
- znanje slovenskega jezika.

Ponujamo vam:

- možnost vsestranskega strokovnega razvoja,
- delo v akademskem ter dinamičnem in urejenem okolju v primestni ter mestni ambulanti, v domu starejših občanov, kot tudi sodelovanje v službi nujne medicinske pomoči,
- vključitev v izobraževanje študentov, specializantov,
- podporo pri razvojnem in raziskovalnem delu,
- plačilo v skladu s Kolektivno pogodbo za javni sektor.

Vaše cenjene prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev nam, prosimo, pošljite v 15 dneh po objavi v Službo za pravne in kadrovske zadeve Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, Ul. talcev 9.

Za dodatne informacije lahko pokličete vsak dopoldan v Službo za pravne in kadrovske zadeve, T: 02 228 62 59.

Rok za prijavo je 15 dni po objavi razpisa.

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

Služba za skupne potrebe OE Medicina dela, prometa in športa vabi v svoj delovni kolektiv za delo na področju ultrazvočne diagnostike

zdravnika specialista V/VI (specialista radiologije) (m/ž)

za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Kandidati, ki se bodo prijavi na prosto delovno mesto, morajo izpolnjevati naslednje pogoje:

- opravljen specialistični izpit iz radiologije,
- veljavna licenca za področje radiologije,
- znanje slovenskega jezika.

Ponujamo vam:

- možnost vsestranskega strokovnega razvoja,
- delo v akademskem ter dinamičnem in urejenem okolju,
- podporo pri razvojnem in raziskovalnem delu,
- plačilo v skladu s kolektivno pogodbo za javni sektor.

Vaše cenjene prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev nam, prosimo, pošljite v 15 dneh po objavi v Službo za pravne in kadrovske zadeve Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, Ul. talcev 9. Za dodatne

informacije lahko pokličete vsak dopoldan v Službo za pravne in kadrovske zadeve, T: 02 228 62 59. Rok za prijavo je 15 dni po objavi razpisa.

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

Služba za skupne potrebe OE Medicina dela, prometa in športa vabi v svoj delovni kolektiv

zdravnika specialista IV (specialist oftalmolog) (m/ž)

za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Kandidati, ki se bodo prijavi na prosto delovno mesto, morajo izpolnjevati naslednje pogoje:

- opravljen specialistični izpit iz oftalmologije,
- veljavna licenca,
- znanje slovenskega jezika.

Ponujamo vam:

- možnost vsestranskega strokovnega razvoja,
- delo v akademskem ter dinamičnem in urejenem okolju,
- podporo pri razvojnem in raziskovalnem delu,
- plačilo v skladu s Kolektivno pogodbo za javni sektor.

Vaše cenjene prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev nam, prosimo, pošljite v 15 dneh po objavi v Službo za pravne in kadrovske zadeve Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, Ul. talcev 9.

Za dodatne informacije lahko pokličete vsak dopoldan v Službo za pravne in kadrovske zadeve, T: 02 228 62 59.

Rok za prijavo je 15 dni po objavi razpisa.

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

Organizacijska enota Varstvo otrok in mladine vabi v svoj delovni kolektiv za delo na področju pediatrije

zdravnika specialista V/VI (specialist pediater) (m/ž)

za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Kandidati, ki se bodo prijavi na prosto delovno mesto, morajo izpolnjevati naslednje pogoje:

- opravljen specialistični izpit iz pediatrije,
- znanje slovenskega jezika,
- veljavna licenca.

Ponujemo vam:

- možnost vsestranskega strokovnega razvoja,
- plačilo v skladu s Kolektivno pogodbo za javni sektor,
- delo v akademskem ter dinamičnem in urejenem okolju.

Vaše cenjene prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev nam, prosimo, pošljite v 15 dneh po objavi v Službo za pravne in kadrovske zadeve Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, Ul. talcev 9.

Za dodatne informacije lahko pokličete vsak dopoldan v Službo za pravne in kadrovske zadeve, T: 02 228 62 59.

Rok za prijavo je 15 dni po objavi razpisa.

Zdravstveni dom Izola

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista splošne ali družinske medicine (m/ž)

ali

zdravnika specialista pediatrije oziroma šolske medicine (m/ž)

Pogodba o zaposlitvi bo sklenjena za nedoločen čas.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega in

italijanskega jezika,

- zaželene delovne izkušnje pet let,
- vozniško dovoljenje B-kategorije,
- poznavanje dela z računalnikom.

Ugodnosti: možnost pridobitve družinskega stanovanja.

Rok za oddajo vlog je osem dni. Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratak življenjepis pošljejo na naslov: Zdravstveni dom Izola, Kadrovska služba, Oktobrske revolucije 11, 6310 Izola.

Za vse informacije pokličite v kadrovske službo zavoda na T: 05 663 50 53.

Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj OE Zdravstveni dom Škofja Loka

objavlja naslednja prosta delovna mesta:

zdravnik specialist splošne medicine oz. družinske medicine (m/ž)

ali

zdravnik specializant družinske medicine (m/ž)

ali

zdravnik brez specializacije po opravljenem sekundarijatu (m/ž)

- delovno razmerje se sklene za nedoločen čas, z možnostjo nadaljnje specializacije

Pogoji:

- zdravnik s končano medicinsko fakulteto, opravljenim strokovnim izpitom in sekundarijatom ali zdravnik s končano specializacijo iz družinske/splošne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje

splošne medicine,

- 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.

zobozdravnik v šolski zobni ambulanti (m/ž)

Delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas – nadomeščanje poročniškega dopusta.

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete – smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- poskusno delo tri mesece,
- znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B-kategorije,
- znanje dela z računalnikom.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

zdravnik – pedopsihiater (m/ž)

Delo poteka v Dispanzerju za mentalno zdravje enkrat na teden od 1. januarja 2010 dalje.

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete – smer pedopsihiater,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- znanje dela z računalnikom.

Delo bo kandidat opravljal enkrat tedensko s polnim delovnim časom. S kandidatom se lahko sklene podjemna pogodba.

logoped, univ. dipl. defektolog (m/ž)

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas.

Pogoji:

- visoka izobrazba ustrezne smeri,
- 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 razpisanih delovnih mest.

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 Celje

vabi k sodelovanju

zdravnik 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,
- zaželeno so delovne izkušnje,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidatu bomo omogočali ustvarjalno in dinamično delo v urejenem delovnem okolju, osebnih

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.

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.

Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj

razpisuje prosti delovni mesti

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 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 delovne izkušnje.

ali

2.a. specializanta s področja interne medicine

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.

Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik

objavlja eno prosto delovno mesto **zobozdravnika v zobni ambulanti za odrasle za določen čas (m/ž)**

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete, smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas s polnim delovnim časom – nadomeščanje delavke na

bolniškem in porodniškem dopustu. Nastop dela je s 1. januarjem 2010 do vključno 31. januarja 2011. Poskusno delo traja štiri mesece.

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.

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

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 Logatec

zaposli

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.

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,
- 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 – Zobozdravstveno varstvo Nova Gorica

zaposli

zobozdravnika specialista čeljustne in zobne ortopedije (m/ž)

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta, oddelek za dentalno medicino,
- opravljeno pripravništvo in strokovni izpit,
- specialistični izpit iz čeljustne in zobne ortopedije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- potrdilo zbornice, da je zobozdravnik vpisan v register zdravnikov RS, kot to veleva zakon,
- aktivno znanje slovenskega jezika, pasivno znanje enega tujega jezika,
- slovensko državljansko ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji,
- vozniški izpit B-kategorije,
- poskusno delo šest mesecev,
- znanje uporabe računalnika in osnovnih pisarniški

računalniških programov (Word, Excel).

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas s polnim delovnim časom za potrebe ortontije. Nastop dela po dogovoru.

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 delovne 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 delovne izkušnje – eno leto,
 - vozniško dovoljenje B-kategorije,
 - poskusno delo štiri mesece.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek 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.

Javni zavod Zdravstveni dom Radeče

objavlja prosta delovna mesta

1.

a) zdravnika specialista pediatrije (m/ž)

b) zdravnika specialista splošne ali družinske medicine z opravljenim podiplomskim tečajem iz varstva otrok in žena (m/ž)

c) zdravnika z opravljenim programom sekundarijata in opravljenim licenčnim izpitom (m/ž)

d) specializanta družinske medicine ali pediatrije (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 pediatrije,
 - veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
 - znanje slovenskega jezika,
 - zaželeno delovne izkušnje – eno leto.
- b)**
- končana medicinska fakulteta,
 - specializacija iz splošne oziroma družinske medicine,
 - opravljen podiplomski tečaj za varstvo otrok in žena,
 - veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
 - znanje slovenskega jezika,
 - zaželeno delovne izkušnje – eno leto.
- c)**
- končana medicinska fakulteta,

- opravljen program sekundarijata,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- zaželeno delovne izkušnje – eno leto.

d)

- končana medicinska fakulteta,
- specializant splošne, družinske medicine ali pediatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- zaželene delovne izkušnje – eno leto.

Za vse informacije, prosimo, pokličite na T: 03 568 02 00, Zdravstveni dom Radeče, direktorica Ingrid Kus Sotošek, dr. med.

Zdravstveni dom Šmarje pri Jelšah

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista splošne ali družinske medicine v Zdravstveni postaji Rogaska Slatina (m/ž)

Pogodba o zaposlitvi bo sklenjena za nedoločen čas.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljena specializacija iz splošne ali družinske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za delo na področju splošne ali družinske medicine,
- znanje slovenskega jezika,
- zaželeno so delovne izkušnje.

Rok za oddajo vlog je 30 dni.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis pošljejo na naslov: Zdravstveni dom Šmarje pri Jelšah, Celjska cesta 16, 3240 Šmarje pri Jelšah.

Za vse informacije, prosimo, pokličite direktorico Ireno Nunčič,

univ. dipl. ekon., univ. dipl. prav.,
Zdravstveni dom Šmarje pri Jelšah,
T: 03 818 37 30.

Zdravstveni dom Laško

objavlja prosto delovno mesto

a) zobozdravnika (doktorja dentalne medicine) specialista otroškega in preventivnega zobozdravstva (m/ž)

Pogodba o zaposlitvi bo sklenjena za nedoločen čas.

ali

b) zobozdravnika (doktorja dentalne medicine) (m/ž)

Pogodba o zaposlitvi bo sklenjena za določen čas za nadomeščanje delavke v času porodniškega dopusta in dopusta za nego in varstvo otroka.

Pogoji za zasedbo pod a):

- končana medicinska fakulteta, smer dentalna medicina,
- specializacija iz otroškega in preventivnega zobozdravstva,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- zaželeno so delovne izkušnje,
- poskusno delo v skladu s kolektivno pogodbo.

Pogoji za zasedbo pod b):

- končana medicinska fakulteta, smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- zaželeno so delovne izkušnje,
- poskusno delo v skladu s kolektivno pogodbo.

Rok za oddajo vlog je 15 dni.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis pošljejo na naslov: Zdravstveni dom Laško, Kidričeva

5 b, 3270 Laško.

Za vse informacije, prosimo, pokličite T: 03 734 36 00, direktor Marko Ratej, dr. med.

Zdravstveni dom Zagorje

Na podlagi 23. člena Zakona o delovnih razmerjih, 20. člena Statuta ZD Zagorje in 11. člena KP za zdravnike in zobozdravnike objavljamo prosto delovno mesto

zdravnika specialista pediatrije oz. družinske medicine za delo v otroško-šolskem dispanzerju (m/ž)

s polnim delovnim časom za določen čas 12 mesecev in štirimesečno poskusno dobo.

Pogoji:

- zdravnik s specialističnim izpitom iz pediatrije/družinske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- znanje slovenskega jezika.

Kandidati naj pošljejo svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju razpisnih pogojev v osmih dneh po objavi na kadrovsko službo ZD Zagorje, Cesta zmage 1, 1410 Zagorje.

O izbiri bodo kandidati obveščeni v osmih dneh po odločitvi.

Zdravstveni dom Ptuj

zaposli

1. zdravnika splošne medicine ali zdravnika specialista splošne 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.

Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice

objavlja prosta delovna mesta:

- **zdravnika specialista interne medicine (m/ž)**
- **zdravnika specialista radiologije (m/ž)**
- **zdravnika specialista anesteziologije in reanimatologije (m/ž)**
- **zdravnika specialista splošne kirurgije (m/ž)**
- **zdravnika specialista pediatrije (m/ž)**

Kandidati morajo poleg z zakonom predpisanih pogojev izpolnjevati še naslednje:

- diploma medicinske fakultete,
- opravljen specialistični izpit,
- znanje slovenskega jezika v skladu z uredbo,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas s trimesečnim poskusnim delom.

Pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh po objavi na naslov: Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice, Černelčeva 15, 8250 Brežice.

Kandidati bodo o izbiri obveščeni v 30 dneh po objavi.

Ambulanta Košir, d.o.o.

zaposli

zdravnika (m/ž)

za delo na področju družinske/splošne medicine na področju Občine Železniki.

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 nagrajevanje 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.

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,
- voziški 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, Kandijska c. 4, 8000 Novo mesto ali E: info@zd-nm.si.

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

Zdravstveni dom dr. Božidarja Lavriča Cerknica

zaposli

- **pediatra (m/ž),**
- **ginekologa (m/ž)** za polovični delovni čas
- in
- **pulmologa (m/ž)** za poln delovni čas ali vsaj 15 ur na teden.

Interesente vljudno vabimo na razgovor. Prosimo, pokličite na T: 051 601 313.

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 Osnovno varstvo Nova Gorica

zaposli

zdravnika specialista družinske medicine (m/ž)

Kandidati morajo poleg z zakonom predpisanih pogojev izpolnjevati še naslednje:

- diploma medicinske fakultete,
- opravljen specialistični izpit,
- znanje slovenskega jezika v skladu z uredbo vlade RS,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas. Delo je prosto v urgentni ambulanti.

Pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Nova Gorica, Rejčeva ulica 4, 5000 Nova Gorica.

Kandidati bodo o izbiri obveščeni v 30 dneh po objavi.

Zdravstveni dom Zagorje

Na podlagi 23. člena Zakona o delovnih razmerjih, 20. člena Statuta ZD Zagorje in 11. člena KP za zdravnike in zobozdravnike objavljamo prosto delovno mesto

zdravnika specialista interne medicine za delo v specialistični ambulanti za pljučne bolezni in alergologijo (m/ž)

s polnim delovnim časom za določen čas do 20. julija 2011 in štirimesečno poskusno dobo.

Pogoji:

- zdravnik s specialističnim izpitom iz interne medicine in podiplomskim študijem iz pulmologije in alergologije,
- veljavna licenca Zdravniške

zbornice Slovenije,

- državljanstvo Republike Slovenije,
- znanje slovenskega jezika.

Kandidati naj pošljejo vloge z dokazili o izpolnjevanju razpisnih pogojev v osmih dneh po objavi na kadrovska službo ZD Zagorje, Cesta zmage 1, 1410 Zagorje.

O izbiri bodo kandidati obveščeni v osmih dneh po odločitvi.

Zdravstveni dom Medvode

zaposli

zobozdravnika v otroško-mladinskem zobozdravstvu (m/ž)

Zaposlitev je za določen čas, in sicer za čas trajanja porodniške odsotnosti delavke. Kandidat mora imeti izobrazbo doktorja dentalne medicine in eno leto delovnih izkušenj.

Vaše vloge pošljite na naslov: Zdravstveni dom Medvode, Ostrovrharjeva ulica 6, 1215 Medvode.

Univerzitetni klinični center Maribor

želi zaposliti

dva zdravnika specialista pediatrije (m/ž)

za delo na delovnem mestu zdravnik specialist V/VI PPD3 za potrebe Otroške kirurgije.

Prednost pri izbiri imajo kandidati, ki imajo delovne izkušnje.

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

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v osmih dneh po objavi na naslov: Univerzitetni klinični center Maribor, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor.

Mali oglasi

V Ankaranu dam v najem novoopremljeno zobno ordinacijo z možnostjo kasnejšega prevzema!

T: 031 55 67 43

Mihaela Dolničar, dr. dent. med.

P.p. 74

6280 Ankaran

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

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

Pohod na Okrešelj 2009

Željko Jakelič

Prizadevni organizatorji iz Zdravstvenega doma Jesenice so v soboto, 3. oktobra 2009, v spomin padlemu prijatelju, zdravniku dr. Janiju Kokalju, organizirali že 12. pohod na Okrešelj, mesto, kjer so poleg dr. Kokalja pri rednem usposabljanju Gorske reševalne službe tragično izgubili življenja še štiri njegovi prijatelji, gorski reševalci.

Nesreča se je zgodila 10. junija 1997 nekaj po pol dvanajsti uri v ostenju Turske gore nad Okrešljem. Tega dne se je med rednim usposabljanjem gorskih reševalcev zgodila ena od najhujših nesreč v zgodovini slovenskega gorništv. Smrtno so se ponesrečili izkušeni reševalci in alpinisti: Mitja Brajnik, Luka Krničar, Jani Kokalj, Rado Markič in Boris Mlekuž.

Udeleženci pohoda smo se zbrali pred ZD Jesenice v zgodnjih jutranjih urah, kjer smo planinsko opremljeni z zanimanjem in strahom opazovali vreme, ki nam v jutranjih urah ni bilo najbolj naklonjeno. Kljub napovedi, da naj bi bilo vreme lepo, smo skeptično gledali v oblačno nebo.

Že nekaj dni pred pohodom je organizator predstavil načrt pohoda. Izpred ZD Jesenice bi se preko Kamnika in Gornjega Grada z avtobusom odpravili proti Logarski dolini, eni najlepših ledeniških dolin v Sloveniji. Sicer v Logarsko dolino peljejo iz osrednje Slovenije ceste skozi Gornji Grad ali Podvolovljek ali čez Jezersko in Pavličovo sedlo delno tudi po avstrijski strani.

Po prihodu v Logarsko dolino smo od parkirišča pred slapom Rinka v Kotu (998 m) po uri prijetnega vzpona mimo slapa (na 1100 m) in strmi poti po gozdičku na desnem bregu Savinje prišli do **Frischaufovega doma** (po graškem profesorju Johannesu Frischaufu – savinjski Kugy) na Okrešlju (1396 m), kjer smo se ustavili in obiskali spominsko obeležje.

Okrešelj je stara slovenska beseda za krnico – polkrožno zaprto kotanjo pod visokimi in strmimi pobočji v gorah, v kateri se je zbiral led, ki je pozneje spolzel v dolino, za sabo pa pustil korita, studence in slapove. Najlepši in verjetno tudi največji slovenski okrešelj je Okrešelj nad Logarsko dolino. Velikanska skalna arena je visoko dvignjena nad desnim zavahom Logarske doline, pod nazobčana obzorja Rink in Mrzle gore. Tu se stikajo in stiskajo Štajerska, Kranjska in Koroška.

Na Okrešlju smo se po počitku razdelili v dve skupini. Manj pripravljena skupina se je po okrepčilu v Frischaufovem domu vrnila po isti poti v dolino in od tod z avtobusom preko Pavličeva sedla na Jezersko.

Druga skupina pohodnikov se je odpravila po težji in bolj zahtevni poti preko Savinjskega sedla do Kranjske kočice na Ledinah (1680 m), od koder smo občudovali Jezersko in gore nad kočico. Koča ima tudi zimski bivak s štirimi ležišči. Do kočice pripelje tudi tovorna žičnica z Jezerskega, ki oskrbuje kočico.

Po kratkotrajnem oddihu smo se zaradi strme in nevarne poti zelo previdno in počasi po zelo zahtevni, z jeklenicami in klini opremljeni poti skozi Žrelo spustili v dolino, kje smo počakali avtobus.

Kljub napornemu dnevu smo uživali. Organizacija spominskega pohoda je bila odlična. Samo Cuznar, načelnik GRS Rateče, je poskrbel, da smo varno obiskali Okrešelj in se brez poškodb vrnilo v dolino. Zaradi spomina na dogodek, ki se je zgodil leta 1997, in čudovite narave se je večina pohodnikov odločila za naslednji pohod, ki bo v letu 2010.



Pohodniki na Okrešlju



Spominsko obeležje

Svečana podelitev jubilejnih diplom našim članom – 80-letnikom

Breda Poznič

Kar dolga leta sem bolj ali manj aktivna članica Sekcije upokojenih zdravnikov – SZD. Sekcija je doživela svoj razcvet v času dr. Betke Vrančič, ki je sprva kot tajnica, nato pa kot dolgoletna predsednica vse svoje moči posvetila razvoju številnih dejavnosti, tako strokovnih predavanj, rekreativnega turizma, počastitev jubilarntov, izletov po tujini in domovini, vsakoletnih obiskov ostarelih kolegov, izmenjave obiskov s kolegi iz sosednje Hrvaške in še in še.

Živelimo v boljših časih, imeli smo svoj »dom«, bivši sanatorij Emona, na Komenskega ulici, z lepo predavalnico in klubskim prostorom za sestanke. Jubilarntov tedaj še ni bilo veliko, praznovanje pa je bilo veselo, tako da je prenekateri svojo diplomu na poti domov kar pozabil! Z leti je število članov zaradi zanimivega programa hitro naraščalo, posebno, ko so se pojavili še »pridruženi« vdove po zdravnikih in intelektualci drugih strok.

Zaradi denacionalizacije smo zgubili svoj dom, po številnih razpravah pa se je odbor odločil za ugodno lokacijo v hotelu Turist. Najetje dvorane za praznovanja smo poravnali s sredstvi iz donacij in članarino. S prenovitvijo hotela in z nastopajočo recesijo pa smo se morali zadovoljiti z manjšo predavalnico, ki ob zanimivih predavanjih kar »poka po šivih«. Kot kaže, se nam v bodočnosti le obetajo boljši časi v zdravniški hiši Domus Medica, ki se gradi v Ljubljani.

V preteklosti smo se spominjali jubilarntov, starih 80, 85, 90, 95 let. Sedaj, ko nas vse več dosega lepa leta, smo obletnico 85 izpustili. Da ni nesporazumov, se vsakoletni jubilarnti počastijo



Ob končani predstavitvi se je za jubilejne diplome in celotno svečanost v imenu vseh jubilarntov zahvalila prim. Majda Ustar Latkovič.

1946 do 1948 izjemno velik, imamo sedaj tudi veliko jubilarntov, žal pa mnogi tega niso dočakali.

18. marca 2009 je bila, tako kot vsako leto, svečana podelitev jubilejnih diplom devetim članom 80-letnikom v prostorih hotela Turist – City na Dalmatinovi 15 v Ljubljani.

Po pozdravnem nagovoru predsednice Sekcije upokojenih zdravnikov SZD, mag. Božene Skalicky Kuhelj, sta jubilarntom čestitala še predsednica Zdravniške zbornice Slovenije, prim. Gordana Kalan Živčec, in predsednik Slovenskega zdravniškega društva, prof. dr. Pavel Poredoš. Jubilejne diplome jim je izročila podpredsednica sekcije prof. Meta Hren.

Jubilarnte je predstavila predsednica sekcije Božena Skalicky Kuhelj in prebrala še njihov kratek življenjepis z dosežki pri delu.

Diplome so prejeli:

- **Stojana Kratochvil Jerman**, dr. med., spec. pediatrija
Rojena 11. marca 1928 v Ljubljani, na medicinski fakulteti diplomirala leta 1953. Pediatrijo je specializirala v Bolnišnici Koper. Kot otroška zdravnica in kot spoštovana pediatrija je vso delovno dobo delovala v Centralnem otroškem disperanzju v Ljubljani. Leta 1989 je z ukazom predsednika SFRJ prejela red zasluge za narod s srebrno zvezdo.
- **Prim. Majda Ustar Latkovič**, dr. med., spec. pulmologinja
Rojena 6. aprila 1928 v Celju. Kot mlada zdravnica je začela z delom v Bolnišnici Topolšica, kjer so zdravili predvsem zbolele za tuberkulozo. Kasneje je kot pulmologinja delala vso delovno dobo kot vodja oddelka za pljučne bolezni v ZD Ljubljana, Enota Vič – Rudnik. Redno je sodelovala z bolnišnico za pljučne in alergijske bolnike Slovenije. Kot upokojenka še dela v ambulanti za nezavarovane osebe. Prejela je več nagrad in priznanj: Levičnikovo (1962), mesta Ljubljane (1977), odlikovanje z redom dela z zlatim vencem (1989), odlikovanje predsednika Republike Slovenije dr. Janeza Drnovška (2004), red zasluge za življenjsko delo v osnovnem zdravstvenem varstvu, priznanje filantropije za prostovoljno delo. Je častna članica sekcije SZD od leta 1972.
- **Alojzija Petric**, dr. med., spec. splošne medicine
Rojena 24. oktobra 1928 v Metliki. Redno je delala kot specialistka splošne medicine v ZD Ljubljana, Enota Šiška. Pri svojem delu je opravila nešteto obiskov in zdravljenj na domovih bolnikov, tudi težko zbolelih varovancev v zadnjem obdobju življenja. Redno obiskuje predavanja Sekcije upokojenih zdravnikov SZD, prisotna je tudi na vseh drugih programih sekcije.

- **Silva Škerlj**, dr. med., spec. šolske medicine
Rojena 29. novembra 1928. Kot mlada zdravnica je pričela delati na Zdravstveni postaji Ig. Delo je bilo terensko in je zahtevalo obvladovanje še drugih področij medicine, zato se je pri prof. Rantu izpopolnila tudi na področju zobozdravstva. Je priznana šolska zdravnica. Skoraj vse življenje je posvetila delu s šolskimi otroki in mladino v ZD Ljubljana, enota Center. Od upokojitve naprej živi v Preddvoru, ukvarja se s športom, zlasti smučanjem. Je redna članica Sekcije upokojenih zdravnikov, redno obiskuje strokovna predavanja.
- **Marija Trojar Avšič**, dr. med., spec. ginekologije in porodništva
Rojena 11. decembra 1928. Bila je redno zaposlena v Porodnišnici Kranj kot ginekologinja. Za svoje delo in prizadevnost pri delu je prejela medaljo za zasluge za narod in priznanje dr. Gregorja Voglarja, ki ga podeljuje Gorenjsko zdravniško društvo. Je članica ginekološke sekcije upokojenih zdravnikov SZD.
- **Peter Kobler**, dr. med., specialist infektolog
Rojen 15. maja 1928. Delal je kot zdravnik infektolog na Infekcijski kliniki v Ljubljani. Bil je zelo predan svojim pacientom, večino svojega časa je namenil reševanju in lajšanju njihovih zdravstvenih težav. Je član Sekcije upokojenih zdravnikov in redno obiskuje strokovna predavanja.
- Prof. **Stanka Kranjc Simoneti**, dr. med., specialistka socialne medicine in higijene
Rojena 2. septembra 1928 v Zagrebu, redno živi v Ljubljani. Od januarja 1944 do septembra 1945 je bila v koncentracijskem taborišču Ravensbrück. Na medicinski fakulteti je diplomirala leta 1955, doktorirala pa na *Školi narodnog zdravlja Andrije Štamparja* v Zagrebu leta 1976. Njeno ožje področje preventivnega dela je bila zaščita matere in otroka. Bila je

redna profesorica Katedre za higieno, socialno medicino in medicino dela na Medicinski fakulteti v Ljubljani. V letih od 1984 do 1988 je bila predsednica SZD. Prejela je več priznanj in odlikovanj. Leta 1986 plaketo Unicef za zasluge na področju zdravstvenega varstva matere in otroka. Leta 1963 medaljo za zasluge za narod, leta 1983 red zasluge za narod s srebrnimi žarki. Od leta 1992 je častna članica SZD. Redno se udeležuje vseh strokovnih predavanj in ostalih dejavnosti.

- Prim. **Jasna Müller**, dr. med., spec. anesteziologinja
Rojena 26. januarja 1928. Kot zdravnica anesteziistka je delala na Kirurški kliniki v Ljubljani. Na Kitajskem se je izpopolnjevala na področju akupunkture. Bila je ustanoviteljica protibolečinske ambulante in dosegla, da so bile storitve akupunkture priznane kot zdravstvene protibolečinske storitve tudi pri zdravstveni zavarovalnici (ZZZS). Ukvarjala se je s slikarstvom in je članica KUD-a dr. Lojz Kraigher na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Je članica sekcije, redno obiskuje predavanja in druženja sekcije.
- **Janja Kurbus Verk**, dr. med., spec. radiologije
Rojena 2. novembra 1928 v Ljubljani. Diplomirala je na Medicinski fakulteti v Ljubljani leta 1954. Kot specialistka je delala v Kliničnem centru, na Inštitutu za radiologijo. Usposobila se je predvsem za radiološko gastroenterološko diagnostiko. Je redna članica sekcije. Udeležuje se predavanj in ostalih dejavnosti.

Ob zaključku smo zbrano zapeli Gaudeamus in nazdravili jubilentom s kozarcem penine.



Predsednica sekcije čestita ob podelitvi jubilejne diplome prim. Jasni Müller.



V galeriji UKC spet sijejo barve

Tatjana Praprotnik

Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher je po poletnem premoru v septembru in oktobru ponovno pripravilo prireditvi za bolnike v veliki galeriji Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Na prvi so bele prostore bolnišnice v veliki galeriji obarvale nežne pastelne barve Iva Kolarja ter v mali galeriji osebne izpovedi Zlatke Pavlinič iz Maribora, v oktobru pa široka paleta živopi-snih likovnih del članov Likovne sekcije KUD-a KC in MF ter v mali galeriji barvite slike Dee Volarič. Glasbenemu programu so prisluhnili tudi bolniki, ki se lahko ob vsakem času sprehajajo skozi galeriji in si tako polepšajo dan v bolnišnici.

Skozi uvodno jesensko in bolnikom namenjeno prireditev je občinstvo vodila predsednica KUD-a Zvonka Zupanič Slavec. Osrednji razstavljaec prireditve je bil mag. Ivo Kolar (roj. 1939 v Vojniku), inženir gozdarstva, ki je že s svojim osnovnim poklicem povezan z naravo. Že od leta 1983 slika v Društvu šaleških likovnikov v Velenju, od leta 2006 pa je častni član Likovne sekcije KUD-a KC in MF. V svojem ustvarjalnem obdobju je veliko razstavljal doma in v tujini, predvsem s skupino ART FEMIPS. Za svoja dela je dobil več nagrad in priznanj. Kot samosvojega slikarja ga je predstavila umetnostna zgodovinarica mag. Milena Koren Božiček, ki njegovo umetniško zorenje spremlja že dvajset let. Pri opazovanju Kolarjevega ustvarjalnega razvoja je poudarila njegovo prehajanje od realističnega slikarstva, preslikavanja narave v akvarelu do zrele abstraktne vsebine. Pri tem je izpostavila, da: *»...so predvsem oblike osebnih doživetij in občutkov kot hommage naravi in spominom, ki jih Kolar, še bolj kot sublimno figuraliko, prenaša iz cikla v cikel s krajino na elementarnih podlagah. Strukture, plasti in nizanje detajlov osmišlja v nove predstavne oblike tudi z različnimi načini barvnih nanosov, ki so podlage novim vizualizacijam in vprašanjem ter novim možnostim svežih percepcij.«*

V mali galeriji je razstavljala prof. Zlatka Pavlinič, profesorica na Srednji gradbeni šoli in gimnaziji Maribor. Likovno ustvarja že vrsto let, najraje pa izbira akvarel, ki omogoča senzibilno izražanje lastnega videnja in raziskovanja. Svojo razstavo v UKC je poimenovala Znamenja. Kot je pojasnila sama, so slike njena osebna znamenja opazovalcem. Slike nastajajo iz potrpežljivega opazovanja tihožitij, krajine in človeške podobe, kar slikarka nato pretvori z osebnim likovnim odnosom do barve in oblike. Akademski slikar Oto Rimele, mentor Likovnega ateljeja v Mariboru, kjer se razstavljalna likovno izobražuje, je v predstavitvi zapisal: *»Slikarkina poteza je pomemben povezovalni element celotne razstave, saj je neposredno osebno znamenje. Njena poteza je namreč razvidna in konstruktivna, graditeljska in intimna. V njej je razvidna skrb po osmišljenem detajliranju barvne substance v celoto barvne kompozicije. In prav poteza je osnovni likovni element pomena in most, ki tvori vez med notranjim zorenjem in zunanjo pojavnostjo, med duhom in snovnostjo.«*



Z virtuozno igro na kitaro je navdušila zdravnica in akadem-ska kitaristka Alenka Okorn.



Slikar mag. Ivo Kolar prejema posebno odličje za veliko razstavo v galeriji UKC.

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

Obema razstavljavcema se je na odru pridružila akademska kitaristka Alenka Okorn, dr. med, ki je leta 1992 zaključila višjo stopnjo na Akademiji za glasbo v Ljubljani pri prof. Jerku Novaku. Prav tako je leta 1994 diplomirala še na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Že kot študentka MF je začela poučevati kitaro na Glasbeni šoli Ljubljana Vič – Rudnik, ker jo je poučevanje veselilo že od začetka in kjer ostaja še danes. Glasbeno se je vseskozi še dodatno izpopolnjevala pri priznanih profesorjih (J. Novak, I. Römer, T. Lorenz, H. Käppel in S. Tosić). Trenutno zaključuje izredni študij kitarare na visoki stopnji pri prof. Andreju Grafenauerju. Pogosto nastopa solistično ali v različnih komornih sestavih, nekajkrat je nastopila tudi z zdravniškim orkestrom *Camerata medica*. Skupno je nastopila okoli 100-krat, kar okoli 80-krat za zdravniško publiko. Izvedla je zahteven program in nam predstavila dela J. S. Bacha, A. Srebotnjaka, J. Rodriga in A. Bariosa.

Prav tako bogata je bila oktobrska prireditev, ki jo je s poetičnim nagovorom o jeseni, jesenskih barvah, minevanju in letnem ciklusu odprla in vodila podpredsednica KUD-a Bojana Boh. Prav posebej pa so člani KUD-a razveselili bolniki, ki so se v velikem številu udeležili njim namenjene prireditve.

V veliki galeriji so se predstavili KUD-ovi likovniki s svojimi deli s poletnih kolonij v Savudriji in na Velem Lošnju, ki jih bodo tudi poklonili UKC. Občinstvu sta jih predstavila njihov predsednik Tone Pačnik in podpredsednik Jano Milkovič – Jano. Med drugim sta omenila, da iz slik prihaja vzdušje, ki se je ustvarilo na kolonijah. Tisto, kar povezuje slike, jim je skupno, je prav sproščenost, ki vlada v njihovi likovni skupnosti. V njih se odražajo tudi poletna razposajenost in sproščenost, navdih morja in sonca... Gledali smo obmorska pročelja hiš, zapuščene čolne, tipična istrska dvorišča in trge, tihožitja, živi svet morja in kopnega, morsko prelivanje barv... Čeprav sekcija deluje homogeno, je bilo videti številne različne barvne pristope, kompozicije, stile in motive. Predstavili so se z deli, ki segajo od realizma do abstrakcij in eksperimentiranja z barvami in materiali, kar jih še posebej

bogati in vzpodbuja za nadaljnje delo. Likovna sekcija šteje 45 članov in prav toliko slik je tudi bilo razstavljenih. Njihovi avtorji so: Saša Boljkovac, Bogdan Breznik, Emilija Erbežnik, Blaža Fečur, Nada Fišer, Jure Godec, Janez Goltes, Višnja Grubišič, Karel Hruza, Ivo Kolar, Biserka Komac, Janez Kovačič, Jože Kovačič, Henrik Krnec, Petar Lazarevič, Judita Mandeljc Kuničič, Marjan Miklavc, Jano Milkovič, Radko Oketič, Ljudmila Pačnik, Tone Pačnik, Andreja Peklaj, Roman Planko, Rafael Podobnik, Franc Skerbinek, Draga Soklič, Marija Strnad, Pavle Ščurk, Zdenka Vinšek, Bernarda Zajec, Marjan Zaletel, Niko Zupan in Erika Železnik.

V mali galeriji pa se je predstavila slikarka Dea Volarič z Mosta na Soči, ki je članica Društva slikarjev amaterjev Tolminske. Predstavila se je s samostojno razstavo slik večjega formata, ki so takoj pritegnile s svojo izrazito barvitostjo. Kot je avtorica komentirala svoja dela, želi z njimi predstaviti svoje čudenje nad vsem, kar nam daje narava... In kakšno bogastvo je čutiti in videti, da smo iz iste snovi kot zemlja. Dea Volarič slika tako s čopičem kot z lopatico; največkrat v kombinaciji z obema, včasih pa tudi zgolj z enim orodjem. S tem sugerira prostor in hkrati atmosferski učinek vibriranja barv, kot jo je predstavila akademska slikarka in njena mentorica Jana Dolenc.

V glasbenem delu sta navdušila pevka Nataša Loborec Perovšek in glasbenik Rudi Loborec s slovenskimi priredbami pop uspešnic v prvem in slovenskimi narodnimi pesmimi v drugem delu. Navdušeno občinstvo sta ob koncu prireditve nagradila še z bisem.

Zbrano občinstvo je vse umetnike toplo pozdravilo. V prijetnem druženju po prireditvi so si ogledovali razstavljene slike in tako podaljšali prijetne občutke lepega doživetja.

Foto: Biserka Komac

Bolniki so bili navdušeni nad slovenskimi narodnimi pesmimi v izvedbi zakoncev Loborec.



Iz ciklusa v belem

Srečanje

Zlata Remškar

Komaj si me pričakala...
skoraj nestrpna si bila...

Toda vedela si, da bom prišla...

Hitela si mi pripovedovati,
da si se zjutraj bosa sprehajala po travi!

Zazrla si se mi naravnost v oči
in iskala v njih občudovanje,
ali vsaj presenečenje nad svojo jutranjo hojo
po travi...

Prevzelo ti je telo
in tudi dušo...

si mi priznala
in zaslutila sem neponovljivost tvojega
jutra,
zlivanje s trenutkom, v katerem si se znašla,
čudenje nad razkošjem rose,
občutenjem svoje živosti
in vem, da si pričakovala,
da bom razumela,
da je vredno živeti zaradi takega rosnega
jutra,
ki te prevzame z mokrim hladom v stopa-
lib...

da tudi vem,
da te je strah tistega na koncu,
da se trudiš, da bi ne razmišljala o jutri,
ki bo prišel ali pa ga ne bo.

Občudovala sem,
da si zmogla zaznati dan, vreden obstaja-
nja,
mi ga zaupno predati,
ki ga nisi odložila na jutri,
ki bo prišel,
ali pa ga ne bo...
in ne bo več tak, kot je bil včeraj na jutranji
travi,
ko so tvoja stopala živela življenje, ki svetli
dušo s samozavedanjem in
pozabljenjem na jutri.

.....

»Ali mrtveci hodijo?« si me iznenada
vprašala!
in v obeh so se ti lesketale solze.

»Ne vem!« sem ti odgovorila.

»Torej sem živo živa in bom jutri živa
in morda tudi še pojutrišnjem?«
si mi gledala v oči...

Veš, hotela sem ti prihraniti strah jutrišnje-
ga dne?...

Preveč sem vedela
in nisem imela moči, da bi ti pomagala,
in tudi ne, da bi se pogovarjala s teboj,
da umrli obležijo,
da jih sežigamo v pepel,
s katerim se vračajo v novo življenje...

Nisem hotela govoriti o tem s teboj,
ker sva obe vedeli,
da bodo ugasnile tvoje oči...
nisva o tem spregovorili,
da te bom spremljala na zadnjem potova-
nju,
in da bo del mene umrl s teboj,
ki sva se morali srečati,
nama je bilo usojeno,
da si bova zaupali v tvojem odbajanju!...

Ko boš umrla neznanka,
ki si hodila po jutranji travi,
bom pogrešala,
lesk tvojih kot spominčice modrih oči,
ki so mi pripovedovale o jutru jutera,
ki si ga ravnokar odkrila...
in veš, da si vse bližje...
vidiš, da so oči vse globlje,
da so noči do jutra vse krajše,
da je strah vse težje odgnati.

Tudi, če te držim za roko,
odbajaš,
kamor ti je usojeno oditi,
kjer boš zaprla oči,
modre velike oči neznanke, ki sem jo ravno-
kar spoznala,
ki sem jo pričela imeti rada,
ki mi je pripovedovala o razkošju hoje po
travi...



Politaforizmi

Dušan Sket

I.

- Lahko bi se imeli bolj radi, saj se namesto nas sovražijo naši poslanci.
- Parlamentarna politika je državljanska vojna z mirnimi sredstvi.
- Pred volitvami vas bodo kandidati za poslance obiskovali z avtobusom, po izteku mandata pa jim boste 12 mesecev odplačevali obroke za limuzine.
- Mnogi imamo oprane možgane, nekateri pa od pogostega pranja tudi abšlesane.
- V politiki je tako, da lažeš, ko te drugi lažnivci zalotijo na laži.
- Laž ima kratke noge in dobro plačo.
- Upam si trditi, da je vsak človek grešnik. Mnogi pa so poleg tega še barabe.
- Razlika med resnico in lažjo je televizija.
- Pobijanje v Božjem imenu prizadene »krive« in »nedolžne«. To je zato, ker nas ima Bog vse enako rad.
- Spoštujem trpljenje, ne spoštujem pa opravičevanja dejanj s preživetim trpljenjem.

II.

- Ker smo se znebili tujih gospodarjev, smo lahko samo še hlapci samim sebi.
- Ker imam električni števec, vsak mesec plačujem mandatno kazen za TV-Slovenija.
- Saj bi se bolniki sprijaznili s svojo usodo, če jih ne bi mediji vsak dan zasipali z novicami, kaj vse zmore medicina.
- Hlapec Jernej je zažgal, kar so mu krivično odvzeli. Sodobni hlapci pa gredo na Zavod.
- Dobro, da je Triglav lahko še naš, glede na to, da ga je osvojil blaženi Alojzij Stepinac.
- Homo sapiens sploh ni sapiens. Je predvsem čustveno bitje. Zanimivo pa je, da vsak terapevt uporablja ratio, da bi razložil irratio.
- Očitno se dve dejavnosti izključujeta: vinarstvo in promet. Potrebujemo torej satelitsko-računalniško vodena vozila.
- Zanima me, ali so med izbrisanimi tudi katoličani.

»Au«-foristična tinktura

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom

Janez Tomažič

- Prepotentne izjave pogosto dajejo impotentni.
- Doma pridobljena pljučnica je pri brezdomcih že v osnovi problematična.
- Službo imam tako rad, da tudi kadar sem v službi, mislim nanjo.
- Ali veš, zakaj je umrl Francelj?
Nič posebnega, nedolžna nova gripa.
A tako, samo da ni bilo kaj hujšega!
- Aforizmi razkrijejo dušo avtorja, posebno, če je nima.
- Medicina je dih jemajoče lepa. Zapeljala je že nešteto radovednežev.

Sočasnosti

Majda Kurinčič Tomšič



Ni mladosti brez norosti.



Ni starosti brez mladosti.



Ni modrosti brez starosti.

Dosedanji dogodki na Kvartarni kliniki Potrpina:

Specializant Mirko Brenclj po naročilu direktorja Zdravka Drena snuje prvo klinično potko. Kvartarna klinika Potrpina se je medtem zaradi manjšega prizidka in nekaj opreme znašla globoko v rdečih številkah. Za nameček pa se je pojavil še nov pandemični virus veвериče gripe, s katerim se je okužilo osebje

na intenzivnem oddelku. Direktor Zdravko Dren je celotni intenzivni oddelek spremenil v karanteno in začasno zaustavil epidemijo. Kazalo je že, da je dr. Igor Čuden iznašel zdravilo za novo bolezen: kisle kumarice.

Peklenska ura pod Naduho Che in Zverjasec

Zdravko Dren je bil v sedlu. Oči sveta so bile uprte vanj. Učinkovito, na samem začetku je zaustavil eno najbolj grozečih bolezní njegovega časa. Brez njegovih odločnih in hitrih potez bi vse skupaj ušlo z vajeti. Organiziranje karantene na intenzivnem oddelku mu je večina velikih strategov priznavala kot genialno dejanje. In ko je pomislil, kam je naložil svoje premoženje, se mu je kar samo od sebe smejalo! Morda, morda se mu nasmiha celo Nobelova nagrada...

Doktor Igor Čuden na intenzivnem oddelku pa je bil vse bolj zaskrbljen. Bio kisle kumarice niso ozdravile njegovih kolegov. Skrbeli pa so ga tudi čudni dogodki, ki jih je v zadnjih dneh skozi okno videval v bolnišničnem parku. Zdelo se mu je, da včasih za hip vidi silhueto vojaka, včasih čudno oblečenega moškega z dolgo brado, nazadnje pa je videl, kako so v grmičevje odpeljali specializanta Mirka Brenclja. Kaj neki se dogaja tam zunaj?

Dogajalo se je namreč, da Al Kaida in Zahod še nikoli nista bila bolj složna kot prav tiste dni. Prve je skrbelo, da se bodo vsi spremenili v veverice in da se bodo vrata raja za njih zaprla, druge pa je skrbela gospodarska rast, ki bi v primeru epidemije šla rakom žvižgat. In tako so eni in drugi stražili okoli bolnišnice, da se bolezen ne bi razširila.

Zdravko Dren se je po tiskovni konferenci napotil proti intenzivnemu oddelku, da bi svečano odprl karanteno. V mislih si je na hitro sestavil manjši priložnostni govor, hkrati pa je sklenil, da za-posleni za čas, ko so bili veverice, ne bodo dobili plače, saj svojega dela vsekakor niso opravljali, čeprav so bili na delovnih mestih. Ideja se mu je zdela imenitna, ker bi na ta način zmanjšal izgubo, ki jo je imela klinika. Pred zazidanimi vrati pa ga je čakal grozljiv prizor: skozi steklo na vratih je gledal doktor Čuden, za njim pa je stala cela truma orjaških veveric.

»Bolnišnico bodo vrgli v zrak!« je na oni strani kričal doktor Čuden, a se ga skoraj ni slišalo.

»Kkkkkaj?« je zaprepaden izdaval direktor Dren.

»Bolnišnico bodo vrgli v zrak!« Sedaj ga je dobro slišal. Ozrl se je naokoli, takrat pa se je sprožil plaz bliskavic fotoreporterjev, ki so stali za njim. In tako se je znašel na vseh naslovnicač časopisov naslednjega dne.

Situacija se je dejansko zaostrovala iz minute v minuto, kar je na svoji koži občutil specializant Mirko Brenclj. Zgodilo se je zjutraj, ko je hotel na intenzivni oddelek, ki je bil dve nadstropji nad parkom, vreči zavoj lešnikov in opeko, na kateri je bila narisana potka, po kateri bi se ujetniki lahko rešili z intenzivnega oddelka. Pritekla sta dva zamaskirana vojaka in ga v trenutku zvelkla v grmovje, od tam pa sta ga skozi loputo pod grmom potisnila v podzemni prehod. Tam so ga že pričakali drugi možje in ga zvelkli v velik podzemni prostor, opremljen z velikimi monitorji, zaboji, polnimi opreme in orožja, ter avtomatom za Coca-colo, ki je stal v kotu. Mirku se ni niti sanjalo, da imajo v parku celoten štab za biološko vojskovanje! Še bolj pa ga je presenetilo, ker vojaki niso bili domači, pač pa, no ja, čigavi, če ne ameriški. Brez besed so ga zvezali in potisnili v kot na tla, potem pa so se vrnili k svojim monitorjem in tipkovicam in se za njega niso več zmenili.

Mirko je hitro spoznal, da je tudi njim situacija nekoliko uhajala iz rok. Nekje v parku naj bi bil bradat možki s prenosno jedrsko konico v nahrbtniku, z letalonosilke so ravno vzletela bojna letala, ki naj bi Potrpino in okolico izbrisala z zemljevida, pozabili pa so na evakuacijsko ekipo in tako je kazalo, da bodo morali deliti usodo preostalih na Kliniki Potrpina.

Doktor Čuden je dobro vedel, kaj pomenijo vojaki v parku: ko bo stvar ušla izpod nadzora, bodo vse skupaj vrgli v zrak za dobrobit

človeštva. Še vedno mu ni bilo jasno, zakaj so kumarice na njega delovale, na kolege pa ne. Vrnil se je v sobo in si natančno ogledal kumarice, ki mu jih je poslal Dren. »Bio kumarice, brez barvil in konzervansov, vložene v kis.« je bral na glas. Nato je pogledal še kozarec svojih kumaric. V njih je bilo vse polno konzervansov in ojačevalcev okusa, kumarice pa so si bile podobne kot jajce jajcu. Poiskal je doktorja Kozoderca in mu v gobček potisnil eno od svojih kumaric, nato pa je sledilo mučno čakanje. Kozoderca je kmalu premamil dremež, nato pa mu je odpadel rep, postopoma pa so izginili tudi ostali telesni znaki bolezni. Čuden je skakal do stropa in vpil: »Evreka!« Drama se bo končala in spustili jih bodo ven!

Ali bo v napol praznem kozarcu dovolj kumaric za vse...?

Prek telefona so klicali direktorja Drena, ki pa je izginil neznano kam.

Mirko Brencelj je presodil, da je prišel čas, ko mora prevzeti vajeti usode v svoje roke. Iz zadnjega žepa je uspel izvleči skalpel, s katerim si je mukoma, milimeter po milimeter, prerezal lepilni trak, s katerim je bil zalepljen okrog zapestij in okrog gležnjev. Počasi in potihoma se je splazil proti izhodu, od tam pa je skozi loputo zdrsnil v prvi večerni mrak v bolnišničnem parku. Sedaj mora najti moža z brado...

Po petnajstih minutah jih je našel cel ducat, sedečih okoli ognja ob velikem čajniku. Malo stran je ležal tudi nemarno odložen nahrbtnik, v katerem naj bi bila prenosna jedrska konica.

Zdravko Dren pa ni pobegnil. Sedel je za računalnik in začel mrzlično pošiljati e-maile na različne naslove, naj za božjo voljo preprečijo, da bi Potrpino vrgli v zrak. Nato je poslal še e-mail na intenzivni oddelek.

E-mail

Spoštovani kolegi,

dobro poznate finančne zagate, v katerih se trenutno nahaja naša klinika. Zavedajmo se, da so vaše zdravniške plače zelo visoke in predstavljajo enega glavnih razlogov za takšno stanje. Zato predlagam kompromis: plač ne bomo zniževali, pač pa jih tudi ne bomo izplačali za čas, ki ste ga kot veverice prebili na intenzivnem oddelku. Ne smemo prezreti, da ste imeli brezplačno nastanitev, tri obroke dnevno in še brezplačno poskusno zdravljenje.

Želim vam, da se čim prej pozdravite, ako nas ne bodo prej razstrelili.

Lp,
Zdravko Dren



Male »marnje« o tem in onem ali razmišljanje ostarelega kirurga ob koncu leta

Eldar M. Gadžijev

Mnogi ljudje svoje napake imenujejo izkušnje. (Oscar Wilde)

Uvod in kaznivo dejanje

Ko kirurg zaključuje svojo strokovno pot, lahko razmišlja o kirurgiji manj obremenjeno, morda objektivnejše, predvsem pa iz neke razdalje, ki omogoča tudi drugačen pogled na to področje medicine. Mnogo je misli, ki so zelo subjektivne, veliko je spoznanj na temeljih dobrih in slabih izkušenj, ne malo razočaranj in izgubljenih bitk, pa tudi neponovljivih občutkov zadovoljstva ob uspelem zdravljenju.

Kirurgija, ki sem jo doživljal, je bila vedno kirurgija timov, pri čemer pa se zavedam, da so tudi posegi, ki so na videz enostavni, ki jih lahko opravi kirurg sam, brez asistenc, prav tako poseg v človeško integriteto. Ob tem ne morem mimo dejstva, da gre tako pri velikih posegih uigranih ekip kot pri majhnih, na primer ambulantnih posegih, po našem (in ne le našem) novem kazenskem zakonu za kaznivo dejanje. Še več, pri vsakem zdravniškem postopku, kjer posežemo v integriteto človeka, gre za kaznivo dejanje. O problemu tega in možnih vplivih takega zakona nam bo v eni od naslednjih številki Izide podrobneje pisal kolega doc. dr. Vojko Flis. Sam pa se ob tem, šele po dolgih letih kirurškega delovanja, zavedam agresivnosti kirurgije in razmišljam celo o tem, kakšne vrste ljudje smo kirurgi, da lahko režemo druge ljudi! In tako lahko vse bolj razumem pomen in sprejemam nujnost številnih predpisov, obrazcev in protokolov, ki naj zagotovijo na eni strani čim večjo možno varnosti za bolnika in na drugi strani kakovostno in odgovorno delo zdravnikov.

O kirurškem timu

Za kakovostno delo kirurgov je po mojem mnenju pomemben dejavnik dobro organiziran in usklajen tim, ki ob odgovornem delu vsakega posameznika v skupini, ob pripadnosti temu timu in tudi odgovornosti do svoje ustanove omogoča uspešnost kirurškega dela. Pa vendar mora biti kirurg najprej individualist, posameznik, ki mora za bolnika, ki se mu je zaupal v zdravljenje, napraviti vse, kar zna in zmore. Prevzeti mora odgovornost za zdravljenje in se pri delu ravnati po strokovnih ugotovitvah in usmeritvah. In pri tem mu naj bo kirurški tim v pomoč in podporo, kirurg kot član skupine pa v pomoč in podporo kolegom v timu.

Kaj pa hierarhija?

Ko imamo tim, se izpostavi tudi vloga in potrebnost hierarhije v kirurškem timu. Ta ima več ravni, na katerih se izkazuje. Od vrha kirurške ustanove, prek oddelkov, do tima pri operaciji, pri čemer je vloga in pomen odločitev na posameznih ravneh hočes nočes podobna tistim v vojski: na ravni štabov padajo načelne strateške odločitve, na nivoju večjih bojnih enot priprava in izvedba taktičnih operacij, na bojnih položajih pa padajo vojaki zaradi takih ali drugačnih odločitev neposredno predpostavljene. Primerjati vojsko in kirurgijo se mi ne zdi prav okusno, ampak vedno so ju (saj so nekateri celo trdili, da brez kirurgije ni naroda!). Po mojem mnenju gre verjetno zopet za krvavo stran kirurškega dela, za določeno agresivnost kirurškega poklica, ki pa je pri kirurgiji vendarle usmerjena povsem v drugo smer kot pri vojski: vojak naj za neko idejo ali za druge ljudi – kaj pa je država ali domovina, če ne »njeni« ljudje – ubija, kirurg naj za bolnika odstrani bolezen ali oskrbi poškodbo. Za uspešnost enega ali drugega delovanja so red, disciplina in hierarhija pogoj, brez katerega se zdi, da ne gre. In ker je vojska mnogo bolje organizirana, s tršo disciplino, redom in hierarhijo, je tudi tista, ki požre več denarja in iz katere prihajajo v razvitem svetu tudi za medicino pomembna dognanja in tehnične pridobitve.

Kriza povsod!

V današnjem času o krizi sicer vsak dan beremo in poslušamo, vidimo in občutimo njene posledice. Poleg finančne krize – krize, ki jo je general in omogočil sistem, zaenkart baje najboljši družbeni sistem vseh časov – pa občutimo krizo tudi na številnih drugih področjih in ravneh. Kot zdravnik to krizo čutim v zdravstvenem sistemu, v sistemu organizacije dela v zdravstvenih ustanovah, v sistemu dela v kirurgiji, v odnosih med kolegi in do bolnikov. Po drugi strani pa ne slišim kaj dosti o krizi v velikih vojskah, kjer so krize na frontah, ampak velike vojaške ustanove so, kot kaže, odporne na civilno krizo. To seveda ne velja za majhne, kot je naša, za katero pa še vedno ne razumem dobro, zakaj jo imamo – vojsko namreč!! Pa tudi o kakšni finančni krizi cerkve ne slišim. Drugo je kriza vrednot, religij in vernikov, ampak ustanova je podobno trdna kot velika vojska. In tudi cerkvena hierarhija je neusmiljeno čvrsta!

In vendar...

Četudi naj bi bilo danes zaupanje bolnikov in njihovih svojcev do zdravnikov hudo omajano in gre za krizo zaupanja, pa vendarle zaradi odvisnosti od zdravljenja, ki jim jo prinese bolezen, ljudje poiščejo zdravniško pomoč, krizi zaupanja in vrednot vseh vrst navkljub, kljub neprestani gonji proti zdravnikom, ko se jih prikazuje kot pohlepne po zaslužku, melomarne in celo ignorantske. Odvisnost bolnikov od zdravljenja je pri kirurških obolenjih in poškodbah dodatno izrazita, ker je tudi laikom jasno, da se sami ne morejo pozdraviti in da tudi alternativne metode ne morejo pomagati.

In ko pride bolnik do kirurga, se najprej vzpostavi določen odnos, ki bi moral biti temelj zaupanja, hkrati pa začetek posebne odgovornosti kirurga do bolnika. Zakaj posebne? Prav zato, ker bo posegel v bolnikovo integriteto, ker bo zarezal v njegovo tkivo, ker bo prišel v stik z njegovo krvjo in tistimi deli človekovega telesa, ki so sicer pokriti in skriti. Tu vidim tudi enega od izvorov »kaznivosti« kirurgovega dejanja pri vsakem operativnem posegu.

Je pač tako

Kirurška znanost, obrtništvo poklica in tradicija, stalno izpopolnjevanje, izobraževanje in pridobivanje kirurških veščin, ki »stojijo« za kirurgom in njegovimi odločitvami ter delom, naj bi bili zagotovilo za strokovnost in uspešno izvedbo kirurškega posega. Kirurgija predstavlja marsikateremu kirurgu največji del zavednega bivanja v aktivni dobi. V času aktivnega delovanja kirurg s kirurgijo v najširšem smislu preživi mnogo več časa kot s svojimi bližnjimi: služba, dežurstva, izobraževanje in izpopolnjevanje, pedagoška dejavnost, klinično raziskovanje, pisanje člankov in predavanj, knjig in še bi lahko našteval, vzamejo veliko časa. Prenekateri kirurg ne zna in ne zmore pustiti bolnikov in njihovih problemov, predvsem ne po opravljenih operacijah, za stenami bolnišnice, ampak ti odhajajo z njim domov in mu prežemajo misli in vzbujajo dvome in skrbi. Ne pravim, da tako doživlja vsak kirurg, menim pa, da marsikateri, in prepričan sem, da številni vestni in odgovorni zdravniki na vseh drugih področjih enako ali podobno živijo svoj aktivni čas, kar najbrž ni lastnost ostalih poklicev, predvsem ne v smislu empatičnega delovanja in skrbi za uspešno zdravljenje. Seveda tisti, ki vodijo in nadzorujejo vodstva naših tako ali drugače (ne)uspešnih podjetij, nimajo tako prozaičnih problemov, ampak jih skrbi, koliko bodo omogočili profita ali pa koliko bodo pri tem sami »zaslužili«, ne oziraje se na to, kaj bo z delavci in kaj s podjetjem. Vem, nemogoča primerjava; sem nepoznavalec, za tiste, ki so na oni strani, heretik, ki se ne spozna, pa vendar kaže na silno različnost, na krizo vrednot in minornost problemov posameznika nasproti pomembnosti problemov sistema in menedžerstva. Ob vseh finančnih nepravilnostih, natezanju o plačah delavcev v proizvodnji ali tistih, ki so v javnih službah, kamor pač sodijo tudi zdravniki, in ob nagradah sposobnežev v bankah in podjetjih se sprašujem, kje so tisti, ki dobro znajo matematiko, da bi z računi pokazali, kaj predstavlja na eni strani povišanje plač in

na drugi strani brez veze zapravljen denar davkoplačevalcev za zgrešene naložbe in projekte ali kaj vsota vseh nagrad vrlim vodstvom bank, nadzornim svetom podjetij in stečajnežem!

Pa spet k medicini

Dogajajo se zapleti, prihaja do nesrečnih, neljubih dogodkov in napak, ki so lahko usodni za bolnika ali poškodovanca. Danes pač ni dovolj samo vzpostaviti tisti določen odnos med bolnikom in kirurgom, v katerega je na nek način bolnik ali še bolj poškodovanec enostavno prisiljen. Ni nujno, da bo vzpostavljeno tudi zaupanje, in ranljivost teh ljudi je tako še bolj izražena. Zato je »pojasnitvena dolžnost kirurga« z zelo natančno razlago o posegu, o zapletih in možnih izhodih nekaj, kar mora biti sestavni del njegovega dela. Privolitev v poseg, kot posledica pojasnitve, ima svoje možne takšne in drugačne pravne in druge posledice, pa vendar je pogoj, da kirurg lahko sploh opravi poseg.

Za konec

Ob bližajočem se zaključku tega leta in približevanju novega, ko vsi želimo, da bi se krize vseh vrst ublažile, želim v imenu uredniškega odbora Izide, uredništva te vaše in naše revije ter v svojem imenu – imenu starega kirurga in odgovornega urednika, vsem bralkam in bralcem, vsem kolegicam in kolegom, ki so uspeli prebrati te moje marnje, vesele božične praznike in srečno, zdravo ter uspešno novo leto 2010!



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 XXth dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

The President of the Medical Chamber

Prim. **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, D. M. D.

The President of the Assembly

Uršula Salobir Gajšek, M. D.

The vice-president of the Assembly

Diana Terlevič Dabič, D. M. 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, D. M. D.

The president of the Legal-ethical committee

Prim. assist. **Danica Rotar Pavlič**, M. D., Ph. D.

The president of the Social-economic committee

Jana Wahl, M. D., M. Sc.

The president of the Private practice committee

Prim. 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

Moja Vrečar, M. B. A.



The Medical Chamber Of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.

Maintaining a register of members and issuing membership cards.

Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.

Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.

Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.

Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.

The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.

Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.

Determining doctors' fees and

participating in agreeing the prices of health care services.

Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.

Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional salaries.

Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.

Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.

Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.

Assisting members to find suitable locums during their absence.

Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.

Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.

Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.

Monitoring alternative methods of treatment.

Deterring prohibited and unacceptable medical practices.

Providing a free permanent consulting service to members.

Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.