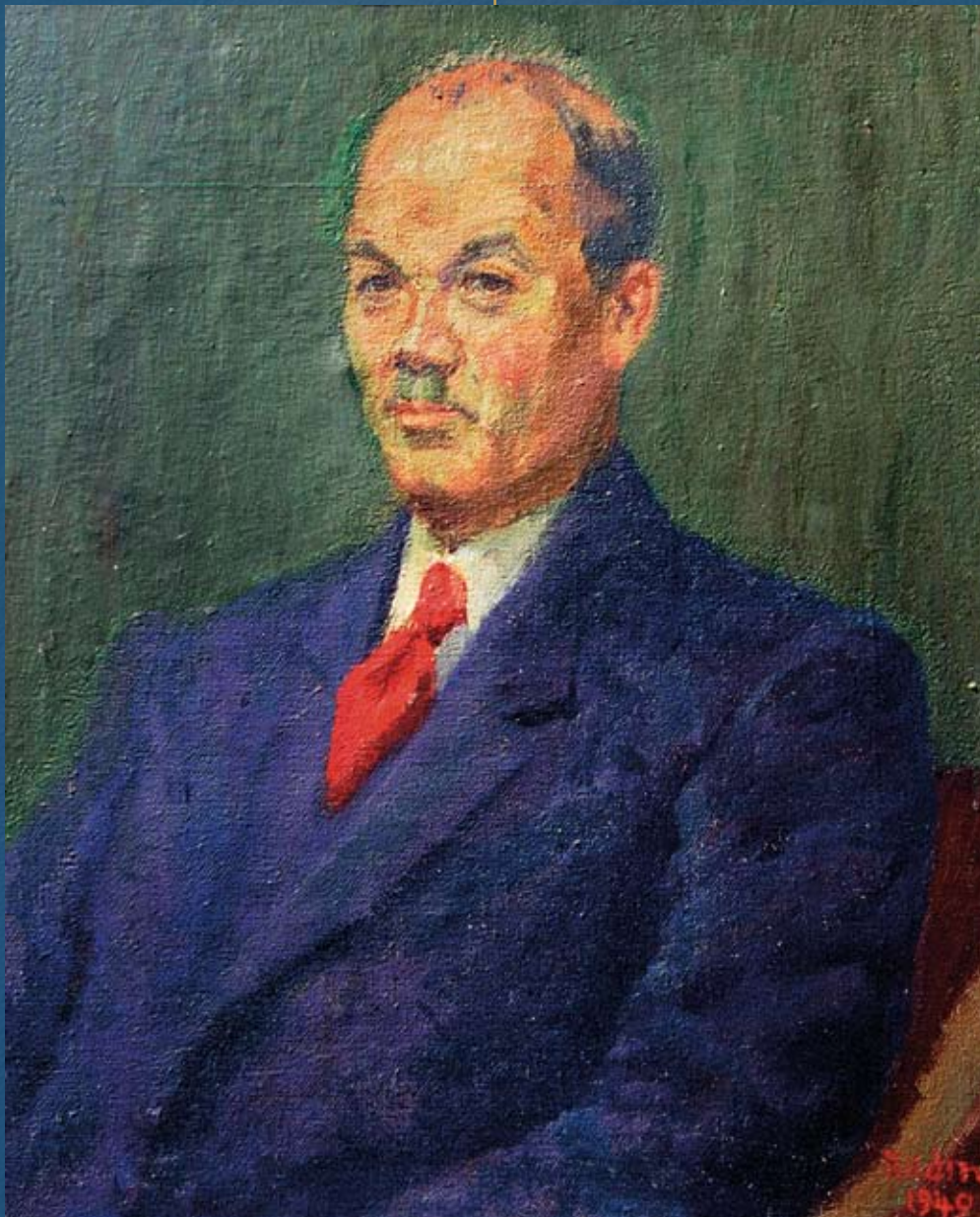


ISIS



Planin

Slabi časi za (zobo)zdravstvo

Sabina Markoli

Lepo bi bilo začeti uvodnik z ugotovitvijo, da so se stvari v zdravstvu obrnile na bolje. Res so se obrnile, vendar v nasprotno smer. V smer, ki ni prijazna ne za zdravnike, ne za zobozdravnike, ne za druge koncesionarje. Politika, Vlada RS in Ministrstvo za zdravje nam režejo zelo tanke, vedno tanjše kose kruha, zdaj celo za nazaj.

Zdravnikom in zobozdravnikom nenaklonjene čase nedvomno preživljajo tudi kolegi v javnih zavodih. Vsaj za zaposlene zobozdravnike lahko trdim, da s plačno reformo javnih uslužbencev niso pridobili prav ničesar. Nasprotno. Položaj zobozdravnikov, predvsem splošnih, ki jih je tudi največ, kar 85 odstotkov, je skrajno zaskrbljujoč. Rešitev za ustrežnejše vrednotenje zobozdravniškega dela iščemo vsaj v možnosti odpiranja kolektivne pogodbe in priznavanja posebnih pogojev dela zobozdravnikom. Trpi tudi naše strokovno delo. Nove in nove obremenitve, predvsem administrativne narave, ki nam jih kljub napovedani »elektronizaciji« predpisujeta država in plačnik, omejujejo že tako skopo odmerjen čas za strokovno delo s pacienti.

Delati moramo v času, ko država jemlje sredstva neposredno izvajalcem – zdravnikom in zobozdravnikom, ostali nezdravstveni poklici v verigi pa teh pritiskov ne doživljajo. Zanje se vedno najde denar. Dober primer je projekt On-line, ki je ustvaril veliko priložnosti za programerje in veliko težav za izvajalce.

Zobozdravniki smo v svojih prizadevanjih za ureditev javnega zobozdravstva pogosto ostajali na samotnem bregu, celo brez ustrezne notranje podpore. In to v času, ko je nujno potrebno enotno delovanje. Delovanje, kjer ni prostora za delitve na vaše in naše in kjer ni prostora za (p)osebne interese. Politični oblastniki namreč delijo in vladajo in v trenutku izkoristijo sleherno neenotnost. Po potrebi pa jo tudi soustvarjajo. To se je lepo pokazalo pri sprejemanju aktualne zakonodaje, ko so politični odločevalci vedno znova razbijali našo enotnost – tudi z nespodobnimi ponudbami in povabili.

Politiki že dolgo uspeva deliti koncesionarje, zaposlene zdravnike in zasebne zdravnike med seboj. Največ od tega imajo politiki sami, poleg njih pa tudi nekateri direktorji, ekonomisti, pravniki in ostali, ki želijo urediti zdravstveni sistem brez zdravnikov. Za njih smo zdravniki samo strošek dela. Mezdni delavci,

ki se lahko pogovarjajo samo o stroki, ko gre za denar, pa bi morali obmolkniti. To je skrajno podcenjujoč odnos. Zdravniki smo se zagotovo sposobni naučiti ekonomije in prava, vprašanje pa je, ali to velja tudi v obratni smeri.



Težko je, če želijo tako gospodarsko kot še kakšno drugo krizo reševati isti ljudje, ki so jo povzročili. Namesto, da bi banke spodbudili, da posojajo denar pod ugodnejšimi pogoji, da se poveča potrošnja in denar spet zakroži, se poslužujejo ukrepov, kot so znižanje plač in varčevanje vseh razen političnih odločevalcev.

Podobno je v zdravstvu. Politiki prepričujejo javnost, da so zdravniške plače problem št. 1. Seveda z namenom, da bi pridobili alibi, da poberejo denar iz zdravniških denarnic. Nedvomno je tako najlažje prihraniti. Tako še naprej doni: »vzemimo denar zdravnikom«, ob tem pa se še vedno ubadamo s plačilno »nedisciplino« ZZZS, ki je verjetno edina institucija v državi, ki ji ni treba izdajati in plačevati faktur, ampak dela po njej prirejenih predpisih. Na drugi strani se izvajalce dodatno administrativno obremenjuje z izdajanjem računov pacientom za storitve, ki jih v celoti krije obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Računov, ki potem zaradi ukrepov plačnika in vlade nimajo nobene prave vrednosti.

Namesto, da bi jasno povedali, da vseh potreb prebivalstva ni mogoče zadovoljiti tisti trenutek, ko se pojavijo, da je tako povsod po svetu in da so čakalne dobe rezultat razkoraka med javnimi sredstvi in potrebami, je najlažje breme krivde naložiti zdravnikom in zobozdravnikom. Namesto, da bi priznali, da je solidarnost tudi to, da tisti, ki to zmore, plača zdravstveno storitev in tako sprosti vrsto v javnem zdravstvu. Namesto tega pa politiki še naprej zavajajo in prepričujejo ljudi o vsedostopnem zdravstvu in zdravstvu za vse, direktorji pa pritiskajo na svoje zaposlene zdravnike in zobozdravnike. Če kdo opozori, da je cesar gol, pa je deležen obsojanja in diskreditacije, kot da se vračamo v preteklost. Tja se očitno vrača tudi naše zdravstvo po sprejetju nove zdravstvene zakonodaje. Ko bo za vse enako – enako slabše.

Kako malo denarja je v resnici namenjenega za posamezne zdravstvene programe in storitve, med temi sredstvi so tudi plače, vprašajte koncesionarje. Večina med njimi danes težko veže mesec z mesecem, nekateri pa že vračajo koncesije. Tu so morda malce na boljšem javni zavodi, ki imajo morda dobiček iz preteklega leta.

Kaj lahko naredimo?

S pogajanji in pravnimi sredstvi ne gre. Morda se bomo morali poslužiti kakšnega neprijubljenege ukrepa, ker v naši državi zaleže samo to. Žal bodo v tem primeru na slabšem tisti, ki niso nič krivi – naši pacienti.

In ker bo leto kmalu naokrog, še nekaj bržkone utopičnih, a iskrenih novoletnih želja (dobri možje se bodo morali kar podvizati, če mi jih želijo izpolniti do novega leta).

- V Sloveniji ni več gospodarske krize, ljudje so jo rešili s potrošnjo. Banke so jim dale ugodne kredite, tudi za sanacijo zob in ustne votline.
- Ljudje zmorejo in želijo iz svojega žepa kriti sodobne zobozdravstvene storitve.
- Zdravstveni sistem zagotavlja pravice do zobozdravstvenih storitev in preventive otrokom in socialno ranljivejšim slojem prebivalstva, a je revnih zanemarljivo malo.
- Zobozdravnik je svoboden in avtonomen poklic. Vsak slovenski zobozdravnik svobodno odloča o izbiri aparatov in materialov, s katerimi dela, vsak samostojno odloča o podiplomskem izobraževanju, vse to pa financira iz sredstev, ki jih zasluži v rednem delovnem času.
- Zobozdravnik pozna prosti čas, ki ga preživi z družino in prijatelji.

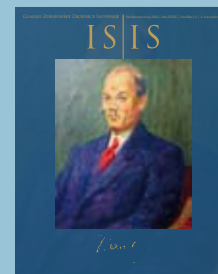
Lepe sanje, kajne?

V zadnjih dveh letih smo izgubili veliko naših kolegov, ne samo starejših, ampak tudi takih, ki so bili v najbolj ustvarjalnih letih. Mineva dve leti, ko je bila na krut in grozovit način umorjena naša kolegica.

Seveda, najbolj pomembno je, da smo živi, zdravi, a za opravljanje svojega poklica potrebujemo dobro delovno okolje, ki nam v zadnjem času s strani odgovornih ni zagotovljeno. Npr. v zobozdravstvu želijo politični odločevalci uveljaviti nov model financiranja, ki temelji na nejasnih in nedogovorjenih merilih vodenja evidenc opredeljenih oseb. Predlagam, da iz vrste razlogov zdravstveno politiko vodi in usmerja nekdo, ki je vsaj kakšno leto ali dve opravljal zdravniški poklic in delal s pacienti.

Oljni portret zdravnika prof. dr. Jožeta Ranta, utemeljitelja slovenske stomatologije, delo akademskega slikarja Aleksandra Radina iz leta 1949 (v lasti družine Rant).

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



■ UVODNIK

Slabi časi za (zobo)zdravstvo 3
Sabina Markoli

■ ZBORNICA

Cenjene članice, spoštovani člani
Zdravniške zbornice Slovenije! 10

Aktivnosti izvršilnega odbora in strokovne službe 12

■ PERSONALIA

Prejemniki naziva »primarij« v letu 2009 16

Zapustili so nas 16

■ IZ EVROPE

Dežurstvo kot posebna oblika zdravniškega dela 18
Boris Klun

Anketa o obisku pri zasebnih zdravnikih 18
Boris Klun

■ ZDRAVSTVO

Nacionalni program za obvladovanje
sladkorne bolezni je v javni razpravi 19
Milivoj Piletič, Jelka Zaletel Vrtovec

Projekt eZdravje se je (končno?) začel 22
Rade Iljaž, Mačič Meglič

Ne iščite resnice v medijih 24
Damjana Pondelek

■ FORUM

Zdravnik je dober človek, ki ima nekaj znanja o medicini 25
Breda Jelen Sobočan

O tankem, ozkem ali dolgem črevesu in še kaj 26
Tomaz Rott

■ INTERVJU

Prof. dr. Milan Čižman, dr. med. 29
Marko Pokorn

■ ZANIMIVO

Prof. dr. Jože Rant (1896-1972), veliko zdravniško srce 32
Zvonka Zupanič Slavec

Drugič (tokrat pa zares!) na drugi strani 35
Marjan Kordaš

Oralno zdravje nekaterih znanih Slovencev 42
Sanja Lucija Pečnik

■ MEDICINA

Onkološki inštitut Ljubljana uvrščen med svetovne
onkološke centre odličnosti na področju paliativne oskrbe 44

Pomen stalne kombinacije protihiper-
tenzijskih zdravil za zdravljenje arterijske hipertenzije 45
Borut Kolšek

Srčna frekvenca pri bolnikih z arterijsko
hipertenzijo in ishemično boleznijo srca –
raziskava ambulantnih obravnav Cilj 60 49
Danica Kotar Pavlič

Hitri testi za diagnostiko
pandemske gripe – ali so dovolj zanesljivi? 53
Katarina Prošenc Trilar, Maja Sočan

Obvladovanje glavobola z elektrostimulacijo 55
Jožef Magdič

Oživljanje s pomočjo avtomatičnega defibrilatorja 58
Peter Kordež

Funkcionalna diagnostika in
rehabilitacija kranio-cerviko-mandibularnih motenj 61
Vesna Božnik, Jasmina Primožič

Mednarodna konferenca o spolni medicini 62
Gabrijela Simetinger, Irena Kabne Otorepec

8. kongres Evropskega združenja za ginekologijo 64
Milij Lomšek

Poslušati lahko pomeni tudi slišati 65
Metoda Vidmar Vengust

Ne le metadon – tudi psihoterapija 67
Jasna Cuk Rupnik

Ustanovljeno je Diabetološko združenje Slovenije 68
Jelka Zaletel Vrtovec

Pripombe na članek Nova priporočila
za preprečevanje infekcijskega endokarditisa 70
Andrej Robida

Odgovor na pripombe prof. dr. Andreja Robide 70
Mateja Logar, Tatjana Lejko Zupanec, Andreja Pikelj Pečnik

■ STROKOVNE PUBLIKACIJE

Tuberkuloza – kuga 19. in 20. stoletja na
Slovenskem na primeru sanatorija Golnik 1921–1998 71
France Urlep

■ OBLETNICA

Spomini na rojstvo ljubljanskega KUD-a
Kliničnega centra in Medicinske fakultete 74
Pavle Kornhauser

■ STAN

Prof. dr. Dražigost Pokorn 78
Marjan Bilban, Cirila Hlastan Ribič, Ivan Eržen, Lijana Zaletel Kragelj

Peter Kadunc - Junče 80
1977–2009

■ S KNJIŽNE POLICE

Asklepij in Hipokrat 81
Borut Korun

■ STROKOVNA SREČANJA 86

■ DELOVNA MESTA 101

■ ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

Bedenje ob pokojniku 111
Ciril Grošelj

Enodnevni izlet v Kamnik in Tuhinjsko dolino 114
Breda Poznič

Tožba bolnika 115
Jože Jensterle

Pesmi 115
Dušan Sket

Zlomljena streha 116
Franci Bečan

Počitniško računalniško iskanje 117
Aleksander Brunčko

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom 117
Janez Tomažič

Druga zaporedna zmaga tekmovalcev »Vzhoda« 118
Marko Demšar

■ SISI

Pred koncem korupcijskega izobraževanja zdravnikov v Sloveniji? 119
Matija Horvat

Vodji 120
Dan Šuštek

Epitafi 120
Dan Sustek

■ ZAVODNIK - TAKO MISLIMO

Bele ali kovinske plombe? 121
Vito Vrbič

Prof. dr. Milan Čížman, dr. med.

Marko Pokorn



29

Mednarodna konferenca o spolni medicini

*Gabrijela Simetinger,
Irena Rahne Otorepec*



62

Spomini na rojstvo ljubljanskega KUD-a Kliničnega centra in Medicinske fakultete

Pavle Kornhauser



74

Impressum

LETO XVIII., ŠT. 11, 1. november 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.zdravnikazbornica.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.zdravnikazbornica.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 Kovarič,
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 uredništvu) za naslednji mesec. Članke lahko pošljete po pošti na naslov uredništva, po faksu ali po elektronski pošti. Članke oddajate v elektronski obliki (zgoščenka, e-pošta). Dolžina člankov je omejena na največ 30.000 znakov - šteje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman). Lahko priložite fotografije, diapozitive ali digitalne fotografije.

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

Ker izbrane prispevek honoriram, priložite svoj polni naslov stalnega bivališča, 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 vštevja v skupno dolžino. To pomeni, da ima prispevek brez slike lahko največ 10.000 znakov - šteje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman). Prispevek s sliko ima lahko največ 9.000 znakov - šteje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman). Vsako poročilo iz tujine mora obvezno vsebovati kratek zaključek, kaj pomeni srečanje za stroko v Sloveniji: ali in kje oziroma kako je mogoče izsledke prenesti v slovenski prostor. V primeru, da je slovenska stroka v svetovnem vrhu, je treba v zaključku na kratko povzeti njeno vlogo v ustreznem merilu. Prispevkov, ki ne bodo upoštevali zgoraj navedenih navodil, uredništvo ne bo objavilo oziroma bo avtorje prosilo za dopolnitve.

Navodila o navajanju pokroviteljev

Na koncu prispevka so lahko navedena imena farmacevtskih podjetij, delovnih organizacij, maticnih 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 nujno tudi organizacij, v katerih so zaposleni, ali uredništva Izide.

Letna naročnina

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

GLASILO ZDRAVNIŠKE ZBORNICE SLOVENIJE

Strokovna revija ISIS | leto XVIII. | številka 11 | 1. november 2009

ISIS

Sporočilo bralcem

Literatura je na voljo pri avtorjih.

Sodelovali

Franci Bečan, dr. med., ZD Kranj • **Prim. izr. prof. dr. Marjan Bilban**, dr. med., Zavod za varstvo pri delu, d.d. • **Vesna Božnik**, dr. dent. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • **Prim. asist. Aleksander Brunčko**, dr. med., Univerzitetni klinični center Maribor • **Jasna Čuk Rupnik**, dr. med., ZD Logatec • **Prim. Marko Demšar**, dr. med., Ljubljana • **Amela Duratović**, Onkološki inštitut Ljubljana • **Prim. doc. dr. Ivan Eržen**, dr. med., Ministrstvo za zdravje • **Asist. dr. Ciril Grošelj**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za nuklearno medicino • **Cirila Hlastan Ribič** • **Akad. prof. dr. Matija Horvat**, dr. med., višji svetnik, Zdravniška zbornica Slovenije • **Asist. Rade Iljaž**, dr. med., ZD Brežice • **Breda Jelen Sobočan**, dr. med., zasebnica s koncesijo v ljubljanski regiji • **Jože Jensterle**, dr. med., Bled • **Prof. dr. Boris Klun**, dr. med., Ljubljana • **Prim. Borut Kolšek**, dr. med., Univerzitetni klinični center, SPS Interna klinika • **Akad. prof. dr. Marjan Kordaš**, dr. med., Ljubljana • **Peter Kordež**, strokovna skupina Koronarnega kluba Mežiške doline (KKMD) • **Prim. izr. prof. Pavle Kornhauser**, dr. med., Ljubljana • **Borut Korun**, dr. dent. med., ZD Velenje • **Doc. dr. Tatjana Lejko Zupanc**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za infekcije boleznin in vročinska stanja • **Doc. dr. Mateja Logar**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za infekcije boleznin in vročinska stanja • **Mili Lomšek**, dr. med., ZD Domžale • **Jožef Magdič**, dr. med., Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za nevrološke bolezni • **Sabina Markoli**, dr. dent. med., Zdravniška zbornica Slovenije • **Matic Meglič**, dr. med., mladi raziskovalec v ljubljanski regiji • **Sanja Lucija Pečnik**, dr. dent. med., zasebnica s koncesijo v ljubljanski regiji • **Dr.**

Andreja Pikelj Pečnik, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za infekcije bolezni in vročinska stanja • **Prim. Milivoj Piletič**, dr. med., SB Novo mesto • **Asist. mag. Marko Pokorn**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja • **Damjana Pondelek**, Urednica, odnosi z javnostmi, d.o.o. • **Breda Poznič**, dr. med., Ljubljana • **Asist. Jasmina Primožič**, dr. dent. med., specializantka v ljubljanski regiji • **Mag. Katarina Prosenec Trilar**, Inštitut za varovanje zdravja RS • **Irena Rahne Otorepec**, dr. med., Psihiatrična klinika Ljubljana • **Dr. Andrej Robida**, dr. med., Bled • **Prim. asist. dr. Danica Rotar Pavlič**, dr. med., ZD Ljubljana, Enota Vič-Rudnik • **Prof. dr. Tomaž Rott**, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani • **Asist. Gabrijela Simetinger**, dr. med., SB Novo mesto • **Prof. dr. Dušan Sket**, dr. med., Ljubljana • **Doc. dr. Maja Sočan**, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja RS • **Prof. dr. Janez Tomazič**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja • **Prim. mag. France Urlep**, dr. med., Gornji Grad • **Metoda Vidmar Vengust**, dr. med., zasebnica s koncesijo v celjski regiji • **Prof. dr. Vito Vrbič**, dr. dent. med., Ljubljana • **Doc. dr. Lijana Zaletel Kragelj**, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut za socialno medicino • **Asist. dr. Jelka Zaletel Vrtovec**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Interna klinika • **Kristof Zevnik**, dr. dent. med., ZD Medvode • **Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec**, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut za zgodovino medicine

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. Nad odzivom smo bili prijetno presenečeni in smo tudi hvaležni. Še naprej pa 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 (DDMMMLLLL)). 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. Začrtane 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

V skladu z določili Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06-UPB3, 15/08 in 58/08) in novega Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 22/09 in 42/09-popravki) Zdravniška zbornica Slovenije objavlja

NAJAVO O OBJAVI JAVNEGA RAZPISA SPECIALIZACIJ

Predvidoma 1. oktobra 2009 bosta na spletnih straneh Zdravniške zbornice Slovenije objavljena javna razpisa specializacij, in sicer:

JAVNI RAZPIS SPECIALIZACIJ ZDRAVNIKOV za posamezna specialistična področja za potrebe javne zdravstvene mreže in

JAVNI RAZPIS SPECIALIZACIJ ZDRAVNIKOV za posamezna specialistična področja z znanim plačnikom.

Javna razpisa se razlikujeta od prejšnjih razpisov, zato vam priporočamo, da ju natančno in temeljito preberete!

Na podlagi 19. člena Poslovnika o delu skupščine, izvršilnega odbora ter njenih organov

RAZPISUJEM NADOMESTNE VOLITVE

za poslanca skupščine Zdravniške zbornice Slovenije za volilno enoto NM1 (SB Novo mesto) Dolenjske regije za 9. december 2009

Poslanec skupščine se voli na splošnih in tajnih volitvah dne 9. decembra 2009.

Volitve se bodo izvedle v korespondenčni obliki.

Za poslanca skupščine lahko kandidira vsak član volilne enote, čigar kandidaturu podpre vsaj deset članov volilne enote. Kandidature določijo zdravniki na volilnem zboru volilne enote.

Uršula Salobir Gajšek, dr. med.
predsednica skupščine
Zdravniške zbornice Slovenije

Aktivnosti izvršilnega odbora in strokovne službe

Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije na posvetu pri predsedniku republike

Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med., se je na povabilo predsednika republike dr. Danila Türka udeležila pogovora o zdravju kot vrednoti, ki je nekako zaokrožil trimesečno javno razpravo o predlogu Zakona o zdravstveni dejavnosti. Predsednik je v vabilu na pogovor sodelujočim predlagal, da bi govorili o dostopnosti, preventivi, kakovosti in prepoznavnosti v zdravstvu.

Razprava je pokazala, da imajo predstavniki posameznih družbenih skupin zelo različna mnenja o razvoju zdravstva. Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije je tako na pogovoru pri predsedniku republike poudarila, da bodo zdravniki vedno solidarni z bolniki, odločno pa je nasprotovala omejevanju zasebnega dela. Prav tako je pristojne pozvala, da bi bilo več sredstev potrebno nameniti osnovnemu zdravstvu, ki opravi kar 80 odstotkov vseh storitev, dobi pa le 17 odstotkov sredstev. Ponovila je tudi stališče Koordinacije zdravniških organizacij, da ne podpirajo predloga Zakona o zdravstveni dejavnosti, k pripravi katerega zdravništvo sploh ni bilo objavljeno, saj bi ga bilo potrebno napisati na novo ter obravnavati skupaj s predlogom Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Zdravniška zbornica Slovenije: »Aneks I k Splošnemu dogovoru 2009 vlada sprejela enostransko; koncesionarji in javni zavodi v velikih finančnih težavah«

»Končno besedilo aneksa št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2009 med partnerji ni bilo usklajeno, vlada se je namreč poslužila inštituta arbitraže in ga sprejela enostransko,« je na novinarski konferenci dejala predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med. Opozorila je, da je zmanjšanje sredstev primarni dejavnosti prizadelo tako koncesionarje kot javne zavode (bolnišnice in zdravstvene domove), vlada pa javnosti ni seznanila, da se bo tako zmanjšala tudi dostopnost do zdravstvenih storitev.

Dodala je, da v aneksu št. 1 k Splošnemu dogovoru 2009, ki ga je sprejela vlada, ni nobene socialne občutljivosti za primarno zdravstveno varstvo. Z učinkovito primarno dejavnostjo pa se, po njenih besedah, lahko zmanjša tudi obseg storitev na sekundarni ravni.

Predsednik odbora za zasebno dejavnost prim. asist. Dean Klančič, dr. med., je pojasnil, da so avgusta izvajalci zdravstvene dejavnosti prejeli obvestilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, da bo v izplačilu akontacij septembra prišlo do bistvenega zmanjšanja izplačila teh sredstev, kar bo izvajalcem zdravstvene dejavnosti zmanjšalo finančne načrte na letnem

nivoju za okoli 8 do 8,5 odstotkov. »Gre za odvzem sredstev za nazaj, ki naj bi se izvršil v zadnjem delu leta, kar je po naši oceni neustavno in zelo nekorektno do državljanov s strani vlade, ki tako krči in zmanjšuje njihove pravice,« je prepričan. Zaradi tega so nekateri koncesionarji že vrnili koncesijo, veliko pa jih o tem resno razmišlja, saj se zaradi zmanjševanja sredstev srečujejo s finančnimi težavami in insolventnostjo.

Kot je opozorila predsednica Zdravniške zbornice Slovenije, so se v podobni situaciji znašli tudi javni zdravstveni zavodi. Sredstva za program splošne ambulante so se letos namreč z načrtovanih skoraj 120.000 evrov na letni ravni že zmanjšala na 109.000 evrov v prvih devetih mesecih, je pojasnila. To zmanjšanje bo po njenih besedah prineslo izvajalcem nelikvidno poslovanje, v primerih zdravstvenih domov pa bodo s takim primanjkljajem soočene občine, ki so lastnice teh javnih zavodov.

Anomalije v splošnem dogovoru po mnenju predsednice Zdravniške zbornice Slovenije predstavljajo tudi pogodbene kazni, ki jih od septembra letos obračunava Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Kot je prepričana, te kazni neposredno prizadenejo izvajalca, ki v skladu s svojim strokovnim znanjem nudi zdravstvene storitve svojim bolnikom. Ob tem je omenila primer, ko je zdravnik bolniku brez nog predpisal izposojno negovalne postelje in invalidskega vozička. V predpisih zdravstvene zavarovalnice, kot je pojasnila, ni določila, da se izposoja teh dveh pripomočkov izključuje, po presoji nadzornika pa naj bi zdravnik ravnal napačno, zato mu je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije zaračunal 905 evrov kazni. In to samo zato, ker je zdravnik ravnal v neposrednem interesu bolnika.

Več o novinarski konferenci si lahko preberete na naših spletnih straneh: <http://www.zdravnikazbornica.si/nw/890/1/1534/predsednica-zdravniške-zbornice-slovenije-aneks-1-k-splošnemu-dogovoru-2009-vlada-sprejela-enostransko-koncesionarji-in-javni-zavodi-v-velikih-financnih-tezavah>.

Slovensko zdravstvo po mednarodni raziskavi prijaznejše do uporabnikov

Letošnja raziskava organizacije Health Consumer Powerhouse je pokazala, da je slovensko zdravstvo po prijaznosti do uporabnikov napredovalo na 16. mesto med 33 evropskimi državami, medtem ko je bilo lani 20. Najboljši zdravstveni sistem v Evropi ima Nizozemska, sledijo Danska, Islandija in Avstrija.

Avtorji po različnih kazalnikih, razdeljenih v pet skupin (bolnikove pravice; e-zdravje; čakalne vrste; rezultati zdravstva oziroma učinkovitost, vrsta in obseg storitev; zdravila), ki lahko prinesejo največ tisoč točk, merijo kakovost in izračunavajo indeks prijaznosti zdravstva (Euro Health Consumer Index). Pri tem pa v raziskavi poleg kazalnikov upoštevajo tudi tisto, kar

jim o sistemu povedo uradniki, pristojni za zdravstvo v javnem in zasebnem sektorju.

Slovenija je tako letos dobila 668 točk (lani 582). Nizozemska, ki se je uvrstila na prvo mesto, je dosegla 875 točk.

Na področju bolnikovih pravic in informacij je Slovenija izboljšala rezultat in dosegla 149 točk od možnih 175. Pri e-zdravju (e-recepti, izmenjava medicinskih podatkov po e-poti med zdravniki in podobno) je Slovenija dosegla samo 38 točk od 75 možnih. Bolje kot lani so nas ocenili pri čakalnih dobah, čeprav so te kot velik problem še vedno opredeljene pri neposrednem dostopu do specialistov, nenujnih operacijah prej kot v treh mesecih in CT-preiskavah v manj kot sedmih dneh; dosegli smo 120 točk od 200 možnih. Pri rezultatih zdravstva (smrt zaradi srčnega infarkta, smrt dojenčkov, bolnišnične okužbe...) smo dobili 155 točk od 250 možnih (največji slabosti sta razmerje med smrtjo zaradi raka glede na pojavnost raka v letu 2006 ter odstotek hudih diabetikov), pri obsegu storitev 107 od 150 točk, pri dostopnosti do zdravil pa 100 od 150 točk.

Celotna raziskava je dosegljiva na: <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2009-090929-final-with-cover.pdf>.

Pritožba pacientke nad delovanjem davčne inšpekcije

V vednost smo prejeli pritožbo pacientke, ki jo je zaradi poteka davčnega postopka pri njeni zobozdravnici ter poseganja v odnos pacient – zdravnik naslovila na Davčno upravo Republike Slovenije (DURS). Od njenega vodstva pričakuje odgovor, tega pa vsekakor pričakujemo tudi na Zdravniški zbornici Slovenije.

30. septembra 2009 popoldne je bila pritožnica pri svoji zobozdravnici zaradi zahtevnega zobozdravstvenega posega, ko sta v ordinacijo vstopili dve osebi. Predstavili sta se kot inšpektorici DURS in od zobozdravnice zahtevali, da zaradi inšpekcijskega nadzora prekine z delom.

Pacientka je bila upravičeno ogorčena nad takšnim načinom izvajanja davčne inšpekcije in je zato od inšpektorice zahtevala, da se identificirata, ter hkrati napovedala pisno pritožbo. V njej je kasneje zapisala, da je takšna praksa nedopustna, da tuje oziroma tretje osebe posegajo v odnos pacient – zdravnik, ki je zaupne narave.

V Zdravniški zbornici Slovenije dodajamo, da nikoli nismo nasprotovali inšpekcijskim pregledom, ki jih DURS izvaja nad poslovanjem zdravnikov in zobozdravnikov. Odločno pa nasprotujemo poseganju v zaupni odnos med zdravnikom oziroma zobozdravnikom in pacientom ter prekinjanju zdravniške obravnave in zdravljenja pacienta, ki ima zagotovljeno pravico do nemotenega obiska pri svojem zdravniku oziroma zobozdravniku.

Opomba: Imena pacientke, zobozdravnice in obeh davčnih inšpektorice so poznana Zdravniški zbornici Slovenije, vendar jih zaradi varovanja osebnih podatkov nismo objavili.

Sestava komisij pri internem strokovnem nadzoru

Zdravniška zbornica Slovenije je obravnavala vprašanje, ali morajo imeti nadzorni zdravniki pri internem strokovnem nadzoru enako specializacijo, kot jo ima nadzorovani zdravnik, ali so lahko različnih specialnosti? V zvezi z navedenim je izvršilni odbor zbornice sprejel naslednji sklep:

Vsaj en član komisije za interni strokovni nadzor, praviloma pa dva člana morata biti enake specialnosti kot nadzorovani zdravnik. V kolikor pa takšne sestave komisije za interni strokovni nadzor ni možno zagotoviti, se opravi ekspertni zunanji nadzor.

Pojasnjujemo pa še, da je bila zbornica ob obravnavi navedenega vprašanja sicer mnenja, da je priporočljivo in zaželeno, da sta dva nadzorna zdravnika specialista z istega področja kot nadzorovani zdravnik; po en član enake specialnosti naj bi bil (izjemoma) le na tistih področjih, kjer je specialistov zelo malo in bi bila pri dveh specialistih z istega področja večja verjetnost vpletenosti v primer

Zdravstvene zavode pozivamo, da navedeni sklep upoštevate in njegovo vsebino smiselno vnesete v vaš notranji predpis o izvajanju internega strokovnega nadzora.

Zdravniško spričevalo o telesni in duševni zmožnosti za voznika motornega vozila in traktorja

Ministrstvo za zdravje nam je v vednost posredovalo dopis, naslovljen na načelnike upravnih enot, v zvezi z računalniškimi obrazci zdravniškega spričevala za voznike. Na Ministrstvo za zdravje se je namreč obrnilo podjetje, ki se ukvarja z informacijsko tehnologijo in želi pripraviti omenjeno spričevalo na način, ki bo zdravniku omogočal računalniško vpisovanje podatkov.

Ministrstvo za zdravje pojasnjuje, da je za njih sprejemljiv vsak način priprave zdravniškega spričevala o telesni in duševni zmožnosti za voznika motornega vozila in traktorja, ki je po vsebini in obliki enak spričevalu, predpisanemu v Pravilniku o zdravstvenih pregledih voznikov motornih vozil in traktorjev ter o izdajanju zdravniških spričeval (Uradni list SRS, št. 12/1984).

Ministrstvo za zdravje je zato v izogib težavam, ki bi lahko nastale, če bodo stranke predložile spričevalo, ki ne bo obrazec 8.311, bo pa po vsebini in obliki enako spričevalu, kot ga predpisuje veljavni pravilnik, o tem obvestilo načelnike upravnih enot v Republiki Sloveniji ter tudi Zdravniško zbornico Slovenije.

Celotno mnenje Ministrstva za zdravje si lahko preberete na naših spletnih straneh: <https://INTRA.zdravniskazbornica.si/intra/zs/587/1545/zdravniško-spricevalo-o-telesni-in-dusevni-zmoznosti-za-voznika-motornega-vozila-in-traktorja>.

Prejemniki naziva »primarij« v letu 2009

Jadwiga Hajewska Kosi, dr. med.
 dr. Maja Jekovec Vrhovšek, dr. med.
 asist. Dean Klančič, dr. med.
 asist. mag. Jan Kobal, dr. med.
 mag. Bernard Meglič, dr. med.
 Slavomir Milovanović, dr. med.
 asist. mag. Davorina Petek, dr. med.
 asist. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.
 asist. mag. Maja Šeruga, dr. med.
 Ladislav Šimnic, dr. med.
 izr. prof. dr. Stanislav Šuškovič, dr. med.

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.

Zapustili so nas

Umrla je **Zvezdana Bevandič Sunajko, dr. dent. med.**, iz Laškega

Umrla je **Mojca Furlan, dr. dent. med.**, specialistka stomatološke protetike iz Trzina

Umrla je **Lijana Petek Hojker, dr. med.**, specialistka splošne medicine iz Ljubljane

Umrl je **prof. dr. Dražigost Pokorn, dr. med.**, specialist higijene iz Ljubljane

Umrla je **Helena Kernc, dr. med.**, iz Vodice

Umrl je **Maksimilijan Klasinc, dr. med.**, specialist ginekologije in porodništva iz Ljubljane

Umrla je **Neva Novak Modrijan, dr. med.**, specialistka oftalmologije iz Maribora

Umrl je **prim. Andrej Omahen, dr. med.**, specialist ginekologije in porodništva iz Ljubljane

Umrl je **Anton Velikonja, dr. med.**, iz Laškega

Umrl je **prim. Janez Zupancič, dr. med.**, specialist otorinolaringologije s Škofljice

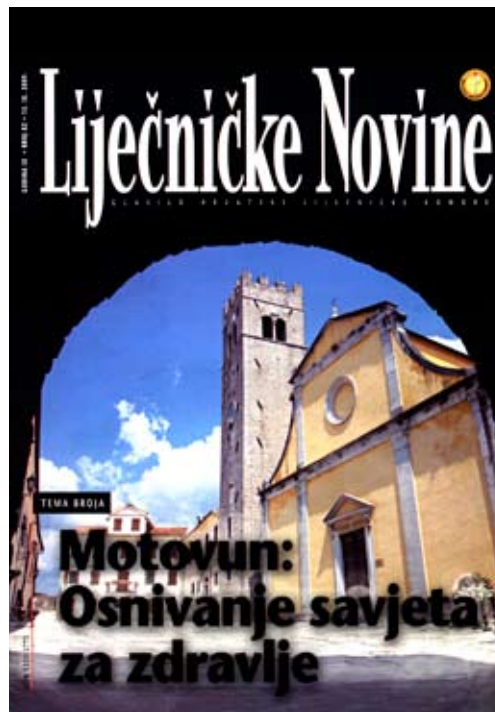
Dežurstvo kot posebna oblika zdravniškega dela

Dežurstvo v bolnišnicah je na Hrvaškem obveznost, ki se ji ni mogoče izogniti. Izjema so le matere z otroki, starimi manj kot tri leta, zdravniki pet let pred upokojitvijo in samohranilke (tudi moški), ki se jih lahko uvrsti v nočno delo le z njihovim pristankom. Trajanje dežurstva je zakonsko urejeno tako, da naj bi imel zdravnik pravico do najmanj 12 ur odmora po dveh zaporednih delovnih dneh. Razen v primeru višje sile, ne bi smel delati dlje kot 16 ur. Števila dežurstev na mesec pa zakon nikjer ne določa ali omejuje.

Prvih 8 ur dežurstva predstavlja redno delo in naslednjih 8 ur prav tako, ker s tem pokriva naslednji delovni dan, ostalih 8 (nočnih) pa predstavlja pravo dežurstvo. Po dežurstvu v soboto, nedeljo ali na praznik ima zdravnik pravico do plačanega prostega dne. Dežurstvo prinaša tudi dva dodatna dneva dopusta na leto. Honorar za dežurstvo je odvisen od dneva v tednu. Dežurstvo v primarnem zdravstvenem varstvu je urejeno tako, da zdravstveni domovi organizirajo dežurno službo, zdravniki z zasebno prakso pa morajo sodelovati z zdravstvenimi domovi ali s službo nujne medicinske pomoči, kjer ta obstoja. K temu jih zavezuje pogodba s Hrvaškim zavodom za zdravstveno zavarovanje.

Vir: Liječničke novine, št 82, september 2009

Boris Klun



Anketa o obisku pri zasebnih zdravnikih

Hrvaški Center za raziskavo javnega mnenja GfK je objavil anketo o obisku pri zasebnih zdravnikih na vzorcu 1000 anketirancev. Povprečni znesek, porabljen za obisk, je bil 300 kun (približno 41 EUR) oziroma ni presegel 600 kun. Na podlagi teh podatkov naj bi po približnih ocenah skupna vsota porabljenega denarja za zasebne zdravniške obiske znašala 610 milijonov kun.

Najpogostejši razlog za obisk zasebnega zdravnika je bila takojšnja dosegljivost (58 odstotkov), na drugem mestu pa je kakovost (48 odstotkov). Prvo velja predvsem za ginekologe, okuliste in interniste, drugo pa za stomatologe. Drugi razlogi (po pogostosti) so: boljša strokovnost, večja prijaznost, večje

zaupanje, nezadovoljstvo s sedanjim zdravnikom, boljša opremljenost in večje prizadevanje za pravilno diagnozo. Stomatologi so na prvem mestu obiska bolnikov v vseh starostnih obdobjih do 65. leta starosti, sledijo jim ginekologi in internisti. Moški so obiskovali zasebnike bolj pogosto kot ženske (ob izključenih ginekoloških obiskih), mlajša generacija je najpogosteje iskala pomoč ginekologa, starejša pa internista.

Vir: Liječničke novine, št 82, september 2009

Boris Klun

Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni je v javni razpravi

*Milivoj Piletič, Jelka Zaletel Vrtovec
v imenu delovne skupine pri Ministrstvu za zdravje*

Spoštovane kolegice in kolegi, v pričujočem sestavku bi vas rada v imenu »Delovne skupine za pripravo Nacionalnega programa« pri Ministrstvu za zdravje seznanila z osnutkom Nacionalnega programa za obvladovanje sladkorne bolezni, ki je v mesecu novembru v javni razpravi. Celotno besedilo si lahko ogledate na spletni strani Ministrstva za zdravje Republike Slovenije in tudi na spletnem portalu Diabetološkega združenja Slovenije (<http://www.endodiab.si/>). Vljudno ste vabljeni k sodelovanju v javni razpravi, saj se med svojim delom dnevno srečujete s sladkornimi bolniki, vaše izkušnje, kritični pogledi in sugestije pa bodo pri dokončnem oblikovanju vsebine nacionalnega programa in kasneje pri načrtovanju in izvajanju akcijskih programov neprecenljive vrednosti.

Zakaj nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni?

Sladkorna bolezen je v svetovnem merilu zavzela epidemične razsežnosti. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije je prevalenca sladkorne bolezni v evropski regiji okrog 7,8 odstotka (25 milijonov ljudi) in se bo po pričakovanjih povečala na 9,1 odstotka v naslednjih 20 letih. Za Slovenijo ocenjujemo, da ima sladkorno bolezen 125.000 prebivalcev.

Sladkorna bolezen je med tistimi boleznimi, ki največ prispevajo k zdravstvenemu, psihosocialnemu in ekonomskemu bremenu tako v razvitih kot v razvijajočih se državah. Zaradi svoje pogostosti in kompleksnosti obremenjuje posameznika in družbo v celoti. Obvladovanje sladkorne bolezni zato zajema preprečevanje bolezni na ravni populacije, odkrivanje oseb z velikim tveganjem za sladkorno bolezen tipa 2, s ciljem preprečevanja zbolewnosti, zgodnjo diagnostiko sladkorne bolezni tipa 2 ter učinkovito preprečevanje zapletov sladkorne bolezni in zmanjšanje prezgodnje umrljivosti. Obvladovanje sladkorne bolezni presega sposobnosti in zmogljivosti zdravstvenega sistema in glede na naraščajočo pojavnost ogroža javnofinančno vzdržnost. Za učinkovito obvladovanje sladkorne bolezni je zato nujno potrebno povezovanje partnerjev znotraj zdravstvenega sistema ter povezovanje in usklajeno delovanje s partnerji in procesi, ki obstajajo tudi izven zdravstvenega sistema. Podlaga za usklajeno delovanje vseh partnerjev in najbolj smotrno izrabo virov je skupni program, ki ga sprejmejo vsi partnerji in se zavežejo k njegovemu izvajanju. V Sloveniji je tak dokument nastal pod okriljem Ministrstva za zdravje Republike Slovenije in se imenuje »Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni«.

Kaj je Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni?

Nacionalni program je strateški dokument vseh partnerjev, ki sodelujemo v obvladovanju sladkorne bolezni, s katerim

se obvezujemo, da bomo v medsebojnem sodelovanju razvijali, izvajali in spremljali dejavnosti, ki so potrebne za doseganje krovnih ciljev, navedenih v samem dokumentu. Je dopolnitev drugim strategijam na področju zagotavljanja zdravja v državi, ki se nanašajo na obvladovanje dejavnikov tveganja za kronične bolezni, in obvladovanja kroničnih bolezni. Predstavlja podlago za vzpostavljanje in krepitev sodelovanja med različnimi partnerji v družbi za uspešnejše obvladovanje sladkorne bolezni.

Na podlagi Nacionalnega programa bodo oblikovani dvoletni akcijski načrti, s katerimi si bomo partnerji konkretno določili aktivnosti, s katerimi bomo načrtovali, izvajali in spremljali učinke ukrepov, usmerjenih k uresničevanju ciljev nacionalnega programa.

Krovni cilji Nacionalnega programa za obvladovanje sladkorne bolezni so:

- Zmanjšati pojavnost sladkorne bolezni tipa 2
- Preprečiti oziroma odložiti pojav sladkorne bolezni tipa 2 pri osebah z velikim tveganjem
- Povečati možnosti za zgodnje odkrivanje sladkorne bolezni
- Zmanjšati zaplete in umrljivost zaradi sladkorne bolezni

Kako izboljšati obvladovanje sladkorne bolezni?

Glede na podatke, ki jih poznamo, z obvladovanjem sladkorne bolezni v Sloveniji ne moremo biti zadovoljni. Ker pa gre v veliki meri za preprečljivo breme, je nujno aktiviranje vseh partnerjev in procesov v družbi in v zdravstvenem sistemu. V Sloveniji že poteka več programov, kampanj in strategij, ki vzpodbujajo zdrav način življenja, v katerih želimo poudariti ozaveščanje o sladkorni bolezni; posebej je na tem nivoju delovanja pomembno sodelovanje s partnerji izven zdravstvenega sistema, tudi z združenji bolnikov. Dejavnosti prepoznavanja in oskrbe oseb z velikim tveganjem za sladkorno bolezen tipa 2 je smiselno pridružiti nacionalnemu programu

primarne preventive srčno-žilnih bolezni, ki lahko v centrih za krepitev zdravja nudi strukturirano intervencijo, s posebnim poudarkom na zgodnji diagnostiki sladkorne bolezni tipa 2.

Bolnik s sladkorno boleznijo potrebuje oskrbo, ki mu jo nudi mnogo zdravstvenih strokovnjakov različnih poklicev, ki delujejo na različnih ravneh zdravstvenega sistema; v svojih dejavnostih se povezujejo, zato jih imenujemo funkcionalni zdravstveni tim. Podpora zdravstvenih timov zajema mnoge vidike zdravja, tudi duševnost. Oskrba temelji na strokovnih smernicah, bolnika pa skozi zdravstveni sistem vodijo klinične poti. Oskrba na vseh ravneh zdravstvenega sistema je kakovostna, dostopna, učinkovita in varna. V oskrbo se vključujejo tudi lekarniški farmacevti. Oskrba zapletov sladkorne bolezni temelji na presejalnem testiranju za zaplete, pomembni so zgodnja diagnostika in zdravljenje zapletov ter rehabilitacija. Posebej ranljivi skupini sta nosečnice ter otroci in mladostniki.

Bolnikovo zdravljenje sladkorne bolezni ne more sloneti le na redkih stikih bolnika z zdravstvenim sistemom, zato ga je treba opolnomočiti, da bo v največji meri sam urejal svojo bolezen. Osnova za opolnomočenje sta učenje in timsko načrtovanje oskrbe, v kateri kot enakopraven partner sodeluje tudi bolnik. Za tak način dela z bolniki potrebujejo člani tima znanja in veščine s področja andragogike, sociologije in pedagogike. Bolniku lahko pri vodenju svoje bolezni pomagajo tudi laični svetovalci.

Znotraj zdravstvenega sistema sta potrebna jasna delitev dela med ravnmi zdravstvenega sistema in stimulativen tok financiranja, ki naj vzpodbujata učinkovito in racionalno oskrbo. Ključen za zagotavljanje celovite oskrbe je bolnikov družinski zdravnik. Povezovanje s partnerji izven zdravstvenega sistema, posebej z organizacijami bolnikov, je nujno.

Ena od ključnih pomanjkljivosti današnjega obvladovanja sladkorne bolezni je pomanjkanje ustreznih in zanesljivih podatkov, zato želimo vzpostaviti sistem zbiranja podatkov in na podlagi enotnih kriterijev kakovosti vzpostaviti sistem stalnega izboljševanja oskrbe, ki bo vgrajeno v zdravstveni sistem.

Na področju raziskovalne dejavnosti je treba povezati vse raziskovalne time. Posebej pomembno mesto imajo javnozdravstvene raziskave, raziskovanje v poučevanju, translacijsko raziskovanje ter raziskovanje na ravni organizacijskih ukrepov.

V izobraževanje in osveščanje zdravstvenih strokovnjakov različnih poklicev je pomembno vključiti znanja in veščine s področja andragogike, sociologije, pedagogike, izobraževanje za delo v timu. Potrebujemo izobraževanja za laične svetovalce.

Zveze bolnikov in druge organizacije civilne družbe prevzemajo pomembno mesto pri opolnomočenju bolnikov, sodelujejo pri osveščanju bolnikov, pa tudi zdravih, o zdravem načinu življenja in o sladkorni bolezni ter predstavljajo pomembno politično moč.

Partnerji, ki so sodelovali pri izdelavi Nacionalnega programa za obvladovanje sladkorne bolezni

V nastajanju nacionalnega programa so sodelovali predstavniki bolnikov ter vseh inštitucij diabetološke stroke, zdravnikov družinske medicine, pediatrije in šolske medicine, svetovalk, lekarniških farmacevtov, Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije ter Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Proces je potekal pod vodstvom Ministrstva za zdravje Republike Slovenije.

Da Nacionalni program ne ostane le črka na papirju...

Za zagotavljanje koordinacije in spremljanja Nacionalnega programa obvladovanja sladkorne bolezni se s sklepom pri Ministrstvu za zdravje imenuje komisijo, ki bo vsako leto zagotovila poročilo o uspešnosti izvajanja nacionalnega programa. Ta poročila bodo podlaga za načrtovanje prihodnjih akcijskih načrtov. Ob izteku nacionalnega programa leta 2020 bo komisija zagotovila končno poročilo, vključno z oceno izvajanja nacionalnega programa, in na osnovi ocene pripravila predlog za nadaljnje ukrepanje. V komisijo bodo imenovani predstavniki ministrstva, predstavniki stroke, civilne družbe in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Posebna pozornost bo namenjena vzpostavitvi sistema spremljanja in vrednotenja učinkov nacionalnega programa, infrastrukture in procesov, upravljanja programa ter zagotavljanja informacij za upravljavce in odločujoče javnosti, vključevanju v procese vzpostavljanja in posodabljanja informacijskih sistemov, vzpostavitvi in zagotavljanju partnerstva za implementacijo nacionalnega programa ter vzpostavitvi učinkovitega sistema obveščanja javnosti.

Da Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni ne ostane le črka na papirju, pa lahko izjemno pomembno prispevate, spoštovane kolegice in kolegi, prav vi.

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 decembrsko številko bomo torej sprejemali do 5. novembra. 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

Zdravstveno-informacijska prelomnica

Projekt eZdravje se je (končno?) začel

Rade Iljaž, Matic Meglič

Evropski zdravstveni sistemi se v številnih državah soočajo s strmim naraščanjem stroškov zdravstvene oskrbe, neugodnimi demografskimi trendi in čedalje višjimi pričakovanji tako uporabnikov kot ponudnikov zdravstvenih storitev. eZdravje je tisto, ki je zaenkrat prepoznano kot odgovor, včasih celo neke vrste čarobna palčka za sodobne zdravstvene izzive.

V Sloveniji je bila že pred leti sprejeta strategija eZdravje 2005-2010, kjer so bili zapisani temeljni cilji in usmeritve pri uvajanju in rabi sodobnih informacijskih tehnologij v slovenskem zdravstvu. Področje eZdravja in zdravstvene informatike je od takrat naprej tako s strani stroke kot politike prepoznano kot tisto, ki lahko ponudi visoko dodano vrednost slovenskemu zdravstvenemu sistemu.

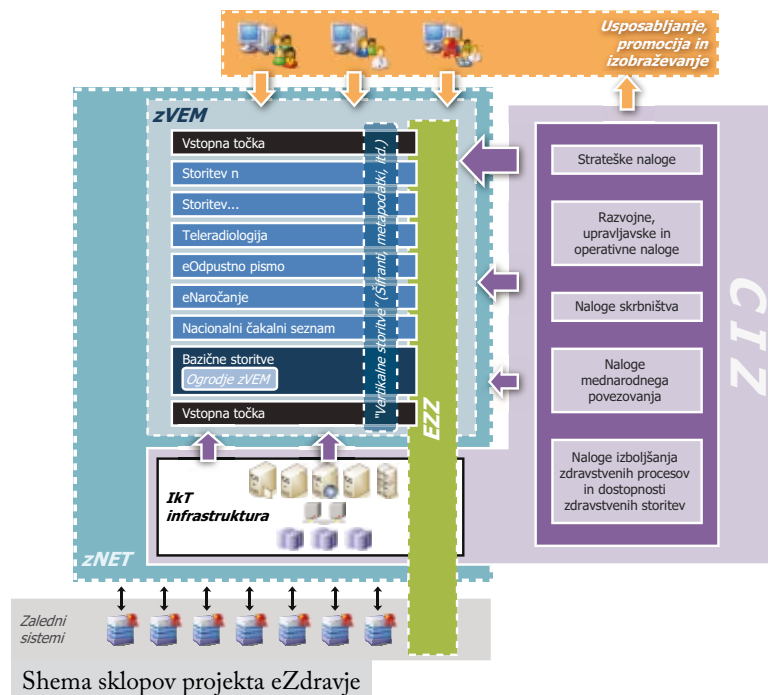
Pri izvajanju zapsanega v strategiji je iz različnih razlogov nastala skoraj dveletna zamuda. Pomembnejši premiki, sploh pri črpanju sredstev EU v ta namen, so nastali šele ob koncu leta 2008. Takrat je ob sodelovanju 40 strokovnjakov iz vseh pomembnejših zdravstvenih institucij in združenj zaživela *Izvedbena študija eZdravje*. Do začetka maja 2009, ko je bila študija zaključena, je nastala obsežna projektna dokumentacija, ki je temelj za izvedbo ključnih zdravstveno-informacijskih projektov pri vzpostavitvi nacionalnega zdravstveno-informacijskega sistema (eZIS) z njegovimi ključnimi komponentami: zdravstveno omrežje (zNET), zdravstveni portal (zVEM), elektronski zdravstveni zapis (EZZ).

V treh končnih izdelkih študije – Predinvesticijski zasnovi, Akcijskem načrtu in Investicijskem programu s študijo izvedbe – so zapisani postopki za vzpostavitev in delovanje Centra za informatiko v zdravstvu in protokoli za izboljšanje zdravstvenih procesov in dostopnosti zdravstvenih storitev z izobraževanjem, usposabljanjem ter ozaveščanjem različnih ciljnih skupin (1).

eZdravje predstavlja nedvomno najpomembnejši in najboljšežnji projekt v slovenskem zdravstvu v naslednjih letih, ki bo v precejšnjem delu financiran iz evropskih strukturnih skladov. Temeljni cilj projekta eZdravje je vzpostavitev sodobnega informacijskega okolja, ki bo omogočilo varno elektronsko poslovanje in učinkovito obvladovanje obsežnih zdravstvenih in z zdravjem povezanih podatkov in informacij.

Postopna uresničitev predvidenih projektov in njihova uvedba v našo zdravstveno skupnost bo vsekakor pomembno spremenila številne procese in običajne strokovno-poslovne prakse.

Izvajalcem in upravljavcem bo omogočena lažja izmenjava znanja, praks in pomembnih informacij, državljani pa bodo imeli priložnost pridobiti posamezne informacije in storitve po najhitrejši in zanesljivi poti – preko spleta oz. nacionalnega zdravstveno-informacijskega omrežja.



Projekt je zaradi svoje kompleksnosti razdeljen v več vsebinsko povezanih sklopov. V letu 2009 so načrtovane projektne aktivnosti predvsem na naslednjih področjih:

- izgradnja varnega zdravstvenega omrežja (zNET),
- vzpostavitev nacionalnega zdravstvenega portala (zVEM),
- priprava nacionalnega modela za vzpostavitev elektronskega zdravstvenega zapisa in njegovega povzetka,
- e-storitve in ukrepi za učinkovito obvladovanje čakalnih vrst na nacionalni ravni,
- izobraževanja s področja varnosti informacijskih sistemov z vodstvi zdravstvenih ustanov in z izvajalci.

Za učinkovito vodenje in izvajanje projekta je bila vzpostavljena naslednja organizacijska struktura. Projektni svet projekta eZdravje vodi državni sekretar dr. Ivan Eržen, dr. med., sestavljajo pa ga direktorji in predsedniki ključnih institucij v zdravstvu (ZZZS, IVZ, ZZS, Združenje zdravstvenih zavodov, Lekarniška zbornica ter državna sekretarja Ministrstva za javno upravo in Ministrstva za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo). Vodstvo in tehnično podporo projektnim skupinam zagotavlja služba za informatiko in projektna enota za strukturne sklade na Ministrstvu za zdravje. Projektne skupine sestavljajo predstavniki zgoraj omenjenih ključnih institucij in organizacij. Tehnično podporo pri izvedbi projektov bo zagotavljal izvajalec, ki bo izbran na javnem razpisu, vsebinsko pa zunanji strokovnjaki s posameznih področij.

V teku so trije izbrani vzorčni projekti:

- izmenjava napotnic in izvidov mikrobioloških preiskav med bolnišnicami in laboratoriji,
- teleradiologija,
- telemedicina.

V začetnih fazah so še aktivnosti za vpeljava elektronske napotnice, elektronskega recepta ter povzetka bolnikovih podatkov za nujne primere, kjer se izvajalci projekta mednarodno povezujejo in usklajujejo z aktivnostmi, ki potekajo na ravni Evropske unije (projekt Calliope in delovna skupina CALLePSO). Za realizacijo načrtovanih aktivnosti bo ključna prenova in poenotenje temeljnih zbirk podatkov, registrov in šifrantov. Primeri so t.i. baza podatkov o izvajalcih, šifrant zdravstvenih storitev v ambulantni in bolnišnični dejavnosti ter baza zdravil.

Pri projektu se upoštevajo znanje, pozitivne in

negativne izkušnje in primeri dobrih praks tako iz Slovenije kot iz drugih držav, ki že imajo konkretne izkušnje na področju sodobnih rešitev eZdravja (npr. Velika Britanija, Danska, Švedska, če omenimo samo nekatere).

Pomanjkanje zdravniške delovne sile, prenova zdravstvene zakonodaje, plačna reforma, medijski pritiski, javno proti zasebnemu... Slovensko zdravstvo je na pomembni prelomnici. Uporabimo eZdravje kot orodje, da to prelomnico uspešno prestanemo in izboljšamo naše delovno okolje ter kakovost storitev za bolnike!

Vir:

- (1) Izdelki študije izvedljivosti projekta eZdravje.
<http://www.mz.gov.si/si/ezdravje/> – dostop 7. 9. 2009.

Mobilni izziv zdravstva

Zdravnikom in njihovim sodelavcem bo pri delu kmalu lahko pomagal pametni mobilni telefon. Britanski strokovnjaki pospešeno razvijajo sistem, ki bo omogočil zdravnikom, da bodo preko mobilnih telefonov spremljali zdravje, počutje in vitalnost svojih pacientov. Znanstveniki z univerze v Leedsu razvijajo mobilni sistem, ki bo omogočal zdravnikom, da bodo lahko na daljavo preverjali bolnikove vitalne telesne funkcije, nivo sladkorja in vsebnost kisika v krvi. Opisani mobilni sistem bo še posebej pomemben in primeren za starejše ljudi, katerih število nenehno narašča, vzporedno z tem pa se večja tudi povpraševanje po zdravstvenih storitvah.

Podatke o bolnikovem zdravstvenem stanju na daljavo prenašajo majhne brezžične naprave, npr. merilec krvnega tlaka, ki ga pričvrstijo na bolnikovo zapestje in posreduje informacije na mobilni telefon. Z mobilnega telefona so dobljene informacije nemudoma poslana na računalnik v zdravnikovi ordinaciji ali na njegov mobilni telefon. V nujnih primerih bo naprava z avtomatskim klicem z mobilnega telefona opozorila zdravnika. Tako bodo bolniki, ki so v nevarnosti, lahko zmanjšali število, pogostost in čas obiskov pri zdravniku, obenem pa obdržali visok nivo medicinske oskrbe, so napovedali britanski raziskovalci.

Nina Mazi

Ne iščite resnice v medijih

Damjana Pondelek

Ne iščite resnice v medijih – kot je ne iščete v pravu. V pravu zmagata tisti, ki ima boljše odvetnike, v medijih tisti, ki ima boljše svetovalce za odnose z javnostmi

Ni ga medija, ki ne bi v zadnjem času poročal o vaših plačah, ki da so krive za zlom zdravstvene blagajne. Verjamem, da vas ob vsakem takem zapisu vedno znova zaboli srce, saj dobro veste, kako malo je cenjeno vaše delo. Tudi v finančnem pogledu. A zapisi v medijih ne prenehajo in lepega dne se odločite, da boste novinarjem povedali svoje. In pri tem niste osamljeni. Na naslove uredništev (skupaj s kopijami plačnih list) romajo pisma in e-pisma ogorčenih zdravnikov; pisma, ki kličejo na pomoč in ne k objavi. Vrstijo se zdravniški zapisi na medijskih blogih; zapisi, ki jih bralci v trenutku prekrijejo z nasprotnimi stališči. Ker vsak zdravnik pozna vsaj enega novinarja ali urednika (in obratno), pokličete prvega novinarja ali urednika, ki ga poznate, še po telefonu in mu jezno razložite, da se dogaja **krivica**. Vaš znanec novinar pa le skomigne z glavo – ah, še en zdravstveni lobist. In že piše novo temo dneva pod naslovom »Koncesionarji grozijok«.

Brez upa zmage?

Vsak dan znova vas spravljajo v slabo voljo naslovi »Zdravniki spet izsiljujejo«, »Slabega zdravnika štiti direktor«, »Rezanje sredstev v zdravstvu, koncesionarji grozijok«, »Bomo pacienti ostali pred vrati ambulant?«... (medijski naslovi dne 2. oktobra 2009). Časopis razočarano odložite. Zato pa ga natančno preberejo vaši prijatelji, znanci, sosede, sodržavljeni. In soglasno prikimajo objavljenim navedbam, da so zdravniki še predobro plačani. Sploh ponoči. Končno le še zamahnete z roko, češ, »brez upa zmage«.

Mediji so orodje

Ste prepričani, da so novinarji in uredniki tisti, ki narekujejo družbena stališča, prepričanja in predsodke? Kaj pa, če bi poskusili pri izviru, pravzaprav pri viru? Če bi prelistali stare časopise in sledili navedbam o zdravniških plačah, bi ugotovili, da je nekdo medijem povedal zgodbo o zdravniških plačah in zdravstveni blagajni. Poskrbel je, da je zgodba v tej ali oni obliki **nenehno** krožila v medijih in med državljanji. Novinarji so zgodbo sprejeli, jo komentirali, obračali, osvetlili z različnih zornih kotov. Medtem ste prizadeti v tej zgodbi potrpežljivo čakali, »da bo resnica prišla na dan«. Bralci pa so zgodbo o previsokih zdravniških plačah nemoteno brali – in ji verjeli. In danes jih je težko prepričati v neko drugo zgodbo. »Pa saj ne gre za zgodbo, za resnico gre!« boste rekli. Morda boste razočarani – toda ne iščite resnice v medijih, kot je ne iščete v pravu. V pravu zmagata tisti, ki ima boljše odvetnike, v medijih tisti, ki ima boljše svetovalce za odnose z javnostmi.

V mlinu se pove dvakrat. V medijih tisočkrat

V medijih in med ljudmi zmagata tisti, ki ima boljše zgodbo. In jo **nenehno** ponavlja. Ljudska modrost sicer pravi, da se samo v mlinu dvakrat pove. Toda ko gre za medije, ta modrost odpove. Stališča, ki so za vas pomembna, je treba ponavljati vsak dan

znova, sicer se nikoli ne bodo utrdila v družbi. Sicer ne bodo nikoli našla poti do ljudi. In če pride vaši zgodbi nasproti zgodba, ki vam dela krivico? Kot npr. zgodba o zdravniških plačah, ki rušijo vse pred seboj? V tem primeru je treba odgovoriti takoj in zavrniti napačne navedbe. In jih zavračati **sistematično**, vsakič znova, ko se pojavijo. Vendar ne na način, ki neti vojno z medijem ali novinarjem, ki je neljubo stališče objavil. Pač pa tako, da v medijih vsakič znova z imenom in priimkom izpostavite resnični vir navedb, ki jim nasprotujete. Torej tistega, ki je zgodbo povedal novinarjem. Presenečeni boste, kako hitro se lahko v tem primeru revidirajo posamezna in posameznikova stališča...

Povejte svojo zgodbo

Mediji imajo radi zgodbe. Torej jim povejte svojo. A pravočasno. In vedno znova. Ko se kepa začne valiti po hribu navzdol, jo je bistveno težje prepričati, naj se odvali nazaj. In, ne pozabite: novinar ali urednik vam v resnici noče nič hudega. Zato se ne prepirajte z njim in ga ne obtožujte, pač pa mu omogočite, da bo spoznal tudi drugo plat zgodbe. Vedno znova.

P.S. »Ja, kdo bo pa delal?« se zgroženi sprašujete in pravilno ugotavljate, da zdravnik posameznik nima ne časa ne volje in ne moči, da bi se boril z mlini na (v)eter in aktivno posegal v medijsko dogajanje. Nasprotna stran je zato vselej v prednosti, saj ima voljo, ima čas, predvsem pa ima **znanje** – svetovalce za odnose z javnostmi. Štab svetovalcev. Potrebuje jih namreč vsakdo, ki želi kaj posaditi v medijskem vrtu, kaj šele, če želi upravljati z javnim mnenjem. Ne bodite naivni in ne vstopajte v ta vrt goloroki.

Novice Urednice za učinkovitejše komuniciranje v zdravstvu

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

Urednica.

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

Potrebujeate nasvet?

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

Zdravnik je dober človek, ki ima nekaj znanja o medicini

Breda Jelen Sobočan

K pisanju me je spodbudil članek kolegice Katarine Skubec (Isis 10/2009, str. 34), objavljen z izraženo čustveno angažiranostjo in poudarjanjem strasti (zelo močno, trajno čustvo, težko obvladljivo z razumom). Porodil se mi je kalejdoskop idej, ki bi jih rada razumljivo nanizala.

- Po več kot 20 letih v medicini vidim, kako zelo se ta napreza, da bi se uvrstila kot eksaktna znanost, pa jo vedno znova spodnese nepredvidljivo, posamezno, osebno, čustveno. In kako zelo so takrat razočarani borci za razum, eksaktnost. Torej, čustveno ni zaželeno, je kot v celotni zahodni kulturi stigmatizirano in pripisano iracionalnemu, neobvladljivemu (ženskemu?).
- Po vseh teh letih se spomnim lastnih izkušenj vstopanja v srenjo, saj se doživetja, ki jih spremljajo močna čustva, dodobra urežejo v naš spomin. Pričakovati je, da mlad zdravnik prihaja poln pričakovanj, veselja, obetov, pa tudi strahu, negotovosti in že tudi spoznanja, da smrti ne bo obvladoval, ampak bo le njen zvest (in z leti izkušenj tudi ponižen) spremljevalec. Kako pomembno je, da najde v svojih iskanjih »dobre mentorje«. Ti bi lahko vedeli (ali celo vedo), da išče svojo poklicno gotovost, varnost – ne le znanja, ampak tudi vedenja do kolegov, bolnikov, osebja, svojcev, pa do čustvenih dilem, radosti in bolečin poklica. Kako povzame celoten oddelek vedenje najvplivnejšega do zelenca, a ne?
- Sama sem, še ne leto nazaj, predelano po ustnih virih, slišala misel prof. L. Milčinskega, ki mi je že od let zelenstva poklicni jaz-ideal, ki se mu vsak nov dan skušam bližati. Namreč, **zdravnik je dober človek, ki ima nekaj znanja o medicini**. Največji dar življenja zdravniku je, če obleži dogleden čas dovolj bolan v bolnišnici. Kako pomembno je skusiti nemoč, ranljivost, strah, željo po varnem zatočišču in figuri, ki te bo opogumila, podprla, razumela, sprejela. Kako pomembno je, če te bataljon v belem in modrem ob viziti pogleda v oči – ne daj! – da se te prijazno dotakne. Kako pomembne so sestre; kaka razlika je, če te kateterizirajo ali te z vsemi napravami vlečejo na stranišče, ali kako ti postavijo nočno posodo! Kako pomembno je, na kak način navsezgodaj opleta čistilka z metlo okrog postelje in kako ti butne hrano na mizico. Ko zamenjaš nekaj oddelkov, vidiš, da se v slednjem zaposlenem zrcali odnos šefa. Z nekaj etičnimi izjemami na »slabih oddelkih«. O tem nam govorijo nezadovoljni bolniki, svojci in mladi kolegi!
- Kot lahko prepoznamo veselje v atomu in šefa v strežnici, prepoznamo družbo v odnosih do zdravništva. Skynner je opisoval odnose na nivoju širših sistemov, narodov in kultur. Na ta opazovanja je apliciral svoje znanje o sistemih in razvojno teorijo, ki govori o psihološkem in socialnem rojstvu Človeka. Naša družbena situacija je gotovo nezavidljiva. Smo sredi številnih prehodov, družbenega razslojevanja, razvojno pa kot ljudstvo še globoko nezreli, neoblikovani in z izjemno nerazvitimi etičnimi normami in samopodobo. Zelo težko je živeti v srenji, ki uporablja zelo nezrele psihološke obrambe takoj, ko želi prekriti neke svoje namere, pa tudi sicer. Tako je ravno zdravništvo odlična figura za grešnega kozla.

Tisti, ki zlorablajo moč, natančno vedo, da se teme življenja in smrti, katerih varuhi so zdravniki, oprijema le in edino čustveno. Tu ni prostora za racionalno! Na nivoju družbenega iracionalnega doživljanja smo tisti, ki ne privoščimo sleherniku večnega življenja, smo projekcija Boga (pazi! v belem!). Kako nevarno, če se s to projekcijo identificiramo in se v skladu z njo vedemo ali (bog ne daj!) počutimo! Ste kdaj doživeli globoko in iskreno začudenje vaših bolnikov, da zdravnik (kaj šele psihiater) zboli ali umre? Na nivoju družbenega bodo verjeli novinarju in ministru, pa če še tako jasno lažeta, ne pa stanovski organizaciji.

Novinarji so ozvočevalci oblikovalcev mnenja – tistih, odkritih in skritih, ki imajo moč in, žal, narodu žagajo vejo, na katero se je pred nedavnim usedel. Kratkoročno je zelo koristno sejati prepričanja, da so »dohtarji« požrešne barabe s preveč dopusta in plačanimi dežurstvi. Sedaj še z izleti. Prikladni so tudi pregovori o vranah in podobno. Dolgoročno pa se s to nezaupljivostjo krepi strah in nemoč bolnikov. Njihove reakcije in občutek varnosti v odnosu z zdravnikom so vse bolj v škodo procesu zaupanja, ki je osnovni milje zdravljenja in celjenja ranjenosti osebne integritete (kar bolezen je).

Na nivoju osebnega pa so bolniki tudi hvaležni, poznajo dobre zgodbe in včasih prepoznajo prizadevanje, ki ne bo plačano.

Terminologija

O tankem, ozkem ali dolgem črevesu in še kaj

Tomaz Rott

Celostne rešitve iz te pozitivne »sprege« ni. Sama sem glede na poznavanje razvojne teorije zelo pesimistična glede bolj zrele prihodnosti. Menim pa, da se je dobro sprijazniti z danostjo okolja, v katerem smo se rodili in skozi katerega potujemo k skupnemu zaključku na pokopališče. Vsak posameznik lahko doda faseto k spremembi v boljšo družbo in boljše odnose. Četudi iz osebnih in ne zgolj etičnih nagibov. Poklicani smo, da v tej srenji ukrepamo strateško in bolj zrelo, da omogočimo pomik družbenih procesov v bolj zrelo delovanje.

Med prvimi nalogami je smiselno popolnoma popraviti odnos do »zelencev«. Življenje dokazuje relativnost časa. Kot v peščeni uri, leta bežijo hitro kot pesek, ki se izteka. Življenje je kratko. Mladi niso le tisti, ki nas »izrivajo«, so tudi tisti, ki nas bodo, bolehnje in nemočne, zdravili. Še bolj s svojim odnosom kot znanjem, saj bomo ostareli zdravniki najbolj vedeli, da je Smrt tista, ki odloča, ne človek.

V odnosu do družbene komunikacije je smiselno upoštevati »transferno« (projekcija želja, fantazij, hrepenenj iz najzgodnejših človekovih odnosov in obdobj) vlogo zdravništva, ki ni zgolj oče naroda, ampak celo Bog – stvarnik. Treba je vedeti, da je na tem nivoju komunikacija zgolj čustvena, iracionalna in medicina (hrepeneča po eksaktnosti in racionalnosti) mora sprejeti ta vroči kostanj, se začeti ustrezno odzivati in sporočila oblikovati ustrezno sposobnosti in razvitosti prejemnikov.

Na nivoju komunikacije z bolniki pa moramo zdravniki sprejeti dejstvo, da opravljamo izredno zahteven poklic. Zahteven tako kognitivno kot čustveno. Bolnik je po definiciji moči v odnosu v podrejenem položaju. Ne le, da prihaja v naš prostor in sistem, mi imamo znanje in večino, celo doživljanje njegove bazične telesne varnosti in integritete je načeto. In ravno to in najbolj to nas v vlogi bolnika dela nemočne, odvisne, ranljive. Vse do zadnjega. Vsi ljudje smo na dnu ranljivi, želimo varnost, sprejetost, včasih celo zatočišče.

Kolegici pa čestitam za pogum in artikulacijo. Ko bo moja osebna zdravnica upokojena, bi bila z veseljem njena bolnica.

Skorajda izključujoče stališče o pravilnem poimenovanju prebavne cevi, točneje črevesja, me je vzpodbudilo k razmišljanju. Strinjam se le z eno stvarjo, da mora biti poimenovanje v enem samem prispevku enotno.

Dobronamerna pobuda žal že pokojnega **prim. Srečka Košute** o poenotenju terminologije črevesne cevi je izzvala določen odgovor z določenimi argumenti, kakšno naj bi bilo pravilno poimenovanje delov črevesja. Košuta je omenil našega anatoma Plečnika, ki je kljub dobremu znanju nemščine uporabil izraza **ozko in široko črevo**. Ne morem pa se strinjati, da je v odgovoru **prof. dr. Dušana Sketa** precej decidirano stališče o uporabi nomenklature črevesne cevi na **tanko in debelo** na osnovi *Nomina anatomica* povsem pravilno in povsem sprejemljivo.

Najmanj, kar je treba sprejeti, je, da gre za **dve gledišči** na črevesno cev. Na eni strani za širino in z njo povezan volumen črevesa, na drugi strani pa za debelino črevesne stene. Obstaja tudi **tretje stališče**, ali gre za dolgo (ozko oz. tanko) ali kratko (široko oz. debelo črevo). Vendar o tej možni različici ne nameravam razpravljati, kot tudi ne o **četrtem stališču** o začetnem in zadnjem delu črevesa.

Ko sem pred mnogimi leti pisal članek o **pljučnicah**, sem naletel prav tako na veliko zmedo glede pravilnega poimenovanja pljučnic, saj je iz statističnih podatkov težko izluščiti pravo epidemiološko podobo. Pri pljučnicah je več upravičenih raznovrstnih stališč: najboljša razdelitev bi bila **etiološka** (virusna, bakterijska, glivična itd. pljučnica), ki pa je mnogokrat težko dokazljiva; z **epidemiološkega stališča** bi jih lahko razdelili na eni strani na prenatalne, konatalne pljučnice, pljučnice otroštva, mladostnikov, odraslih in starih oseb, na drugi strani pa na bolnišnične in izvenbolnišnične – kar večkrat v grobem opredeljuje povzročitelje; **etiopatogenetsko** lahko tudi na primarne in sekundarne (slednje pri odpovedovanju srca, po aspiraciji amnijske tekočine z mekonijem, po pljučnem infarktu itd.) ali na aerogene, hematogene. S **patološkega stališča** jih razdelimo glede na prevladovanje vnetnega infiltrata oz. eksudata na intersticijske in alveolarne. Vsaka od omenjenih klasifikacij ima svoj smisel, problem pa nastane, ko jih je treba statistično opredeliti in se mešajo različna gledišča epidemiologov, klinikov, patologov itd.

Če se vrnem na črevesje, sem **zagovornik poimenovanja ozko in široko črevo**. Če že ne drugi od anatomov, me pri tem podpira sam Plečnik, verjetno pa tudi še kakšen drug anatom, ki ne prisega zgolj na *Nomina anatomica*, verjetno mnogi mrtvozori (patologi in sodni medicinci), tudi neredki kirurgi, verjetno veterinarji in ne nazadnje mesarji, vsi ti se namreč pri vsakdanjem delu srečujejo z videzom črevesja v trebušni votlini.

Glede poimenovanja črevesja kot tanko in debelo imam tudi nekaj pomislekov s praktičnega anatomskega in predvsem patološkega stališča. Pri suhem ali celo podhranjenem človeku je s tipanjem oz. merjenjem debeline stene posameznih delov črevesa težko najti razlike, na drugi strani pa določene bolezni (Crohnova) zaradi kroničnega granulomskega in fibroproduktivnega vnetja močno zadebelijo steno črevesa, najpogosteje ozkega. Če gre za patološki megajejunum ali megakolon, znova ne mislimo na debelino stene, ampak na razširjenost svetline črevesja, podobno tudi pri meteoristično razširjenem črevesju.

Priseganje na *Nomina anatomica* me malo spominja na našo **servilnost pri usklajevanju z evropskimi standardi**, ki so lahko nepremišljeni ali celo napačni. Ko smo morali Sekcijo patologov preimenovati v Združenje za patologijo, smo imeli burno razpravo, ker naj bi glede na navodila Evropskega društva za patologijo imeli Sekcijo in ustrezno specializacijo iz anatomske patologije, kar se je nekaterim zdel velik nesmisel, saj patologija ne zajema le anatomije in mikroanatomije oz. histologije, ampak tudi elektronsko mikroskopijo, imunohistologijo, molekularno patologijo itd. Ko se je tako ime pri nas že uveljavilo v dokumentih, se je Evropa spomnila, da je pravzaprav vsebinsko pravilnejši izraz zgolj patologija oz. sekcija in specializacije iz patologije. Zakaj ne zaupamo svojemu zdravemu razumu?

Evropa nikoli ne bo sprejela naše terminologije, mi pa moramo skrbeti, da bo ta za nas razumljiva in sprejemljiva, ne da bi se kot pijanec plota v slovenščini obešali bodisi na nemško ali (psevdo)latinsko terminologijo. Pri razlagi latinskih imen je treba omeniti vse možne variante. Zanikanje določenih možnosti in določenih gledišč pa res vodi v pravo »slepo črevo«.

Kljub Nemcem z izrazoma *Dickdarm* in *Dünndarm*, Angleži ne uporabljajo *thin and thick intestine*, ampak *small intestine* in *large gut, bowel* oz. *colon*. Mar za njih ne veljajo *Nomina anatomica*? V Slovarju slovenskega knjižnega jezika imamo za tanko črevo razlago »začetni, ožji del črevesa«, za debelo črevo pa »zadnji, širši del črevesa«.

Strinjam se, da *latus* ni primeren izraz za široko črevo, lahko pa bi našli kakšnega ustrežnejšega, ki se nanaša

na voluminoznost črevesa. Ozko črevo ne potrebuje velikega volumna, ker je blato tekoče, v širokem pa nastaja normalno kompaktnije blato, ki pa črevesa ne debeli, ampak širi.

Različice bogatijo jezik, ekskluzivizem pa ga gotovo siromaši. Spominjam se resničnega dogodka pri izpitu iz psihiatrije pri prof. Kanoniju, ki je zahteval od kandidata 20 sinonimov za kurbo – slednji jih je sicer nekaj naštel, vendar premalo za pozitivno oceno.

Zato tudi za poimenovanje črevesne cevi v slovenščini pustimo vse alternativne možnosti, ki pa jih je potem treba dosledno uporabljati, ne pa v istem prispevku govoriti o ozkem in tankem črevesu, kar se res dogaja tudi v recenziranih prispevkih različnih zbornikov in tudi člankih v slovenskem medicinskem tisku, vključno z Zdravniškim vestnikom. Poimenovanja pustimo ožjim strokovnim krogom. *Nomina anatomica* ne smejo biti diktat, ki ga je treba dosledno prevajati, ampak vodilo, če bi članke pisali izključno s (psevdo)-latinsko terminologijo.

Še en primer terminologije latinsko-grškega izvora, kjer pa se uporabljajo različni izrazi z neznatnimi pomenskimi razlikami za bolezni, o katerih etiopatogenetsko premalo ali nič ne vemo: **primarni, esencialni, kriptogeni, idio(pa)tski**. Res bi težko rekel, da so omenjene besede čiste sopomenke, vendar pa jim je skupno nepoznavanje in predvsem nerazumevanje določene bolezenske entitete.

Še enkrat torej, zakaj bi preganjali izraze, ki niso nepravilni, in s tem siromašili jezik? Jezik se razvija, klasifikacije se spreminjajo in katastrsko zakoličenje besed ni dobro, saj to ne pomaga niti Piranskemu zalivu, kaj šele terminologiji, ki se razvija in izpopolnjuje. Naj ponazorim z nekaterimi primeri:

Akutni oz. kronični potek bolezni. Klinično gre v prvem primeru za buren potek bolezni, ki izzveni lahko v nekaj tednih, v drugem primeru pa za bolezen, ki traja mesece in leta. V zanimivi razpravi na vrhunskem mednarodnem sestanku patologov je znani švicarski nefropatolog povedal, da je bil v veliki zadregi, ker so ga prosili, naj govori o kronični ledvični bolezni. Razložil je, da za patologa pomeni kroničnost pojav veziva, ki pa se lahko pojavi že v prvem tednu bolezni. Da bi se izognili nesporazumom, patologi raje govorimo o vnetju v organizaciji, kjer se pojavlja granulacijsko tkivo z vezivom. Tako tudi z vezivom opredeljeno »kronično« pljučnico imenujemo raje pljučnica v organizaciji.

Bronhialni adenom. Še vedno se pojavijo prispevki, ki govorijo o bronhialnih karcinoidih, uporabljajo pa izraz bronhialni adenom. Ta sicer res obstaja kot benigna tvorba, je pa silno redek, medtem ko je karcinoid nedvomno invazivni maligni tumor, ki pa na srečo počasi raste.

Bolezen Hamman-Rich. V bistvu je to izrazito klinična entiteta, bolezen s hitrim potekom neznane etiopatogeneze. Patološko pa gre za »kronično« fibroproduksijsko intersticijsko pljučnico. In vendar se ta entiteta pojavlja kot samostojna enota v patoloških učbenikih.

Glomerulonefritis, glomerulopatija. V obeh primerih gre za okvaro ledvičnih teles. V prvem primeru za vnetje s pomnožitvijo mezangijskih celic in morebitno infiltracijo drugih vnetnic. V drugem primeru pa ni proliferacije mezangijskih celic, ni vnetnic. Pa to res povsem drži? Najpogostejša glomerularna bolezen je IgA-nefritis. Vendar večkrat ni nobenih znakov vnetne reakcije oz. proliferacije mezangijskih celic ali celo infiltracije z drugimi vnetnicami. Nedvomno pa so prisotni depoziti imunoglobulina A s spremljajočo (mikro)hematurijo. Prav zaradi tega nekateri raje uporabljajo izraz IgA-nefropatija. Za diabetično glomerulopatijo je vsem znana bodisi difuzna bodisi nodularna glomeruloskleroza s proteinurijo. Manj pa je znano, da imamo v začetnih oblikah boleznih večkrat pomnožene mezangijske celice, torej elemente vnetja. Bolezen opredeljujemo patološko predvsem po prevladovanju določenih bolezenskih sprememb s funkcionalnimi posledicami.

Polip. Izrazito makroskopski oz. klinični pojem, ki pa patološko lahko pomeni le sluznično gubo, nespecifično ali granulomsko vnetje, benigni tumor ali celo malignom, kar je možno le histološko opredeliti.

Nespecifična in specifična vnetja. Še v mojih študijskih letih je bila taka razdelitev vnetij močno uveljavljena, kasneje pa se je zaradi nekaterih pomislov izgubila. In vendar, če upoštevamo, da pri prvi vrsti vnetij sodeluje naravna prirojena imunost predvsem z makrofagi in nevtrofilnimi granulociti, pri drugih pa proti določenemu povzročitelju usmerjena »specifična« pridobljena humoralna in celična imunost, je taka razdelitev znova smiselna.

Mnogo je še primerov, ki kažejo na neuskkljenost med različnimi strokovnjaki, pa naj bodo taki, ki se z določeno stroko ne ukvarjajo, med kliniki in strokovnjaki, ki na določenem področju delajo in poznajo dileme, težave klasifikacij in pravih poimenovanj.

Nekateri izrazi se bodo gotovo morali zamenjati ali jih nadomestiti bolj sodobni. **Obist** je gotovo že zastarel izraz za ledvico, prav tako se mi zdi zastarelo nadobitnica za nadledvico. Še posebno, če uporabljamo stavčne zveze »poznam ga do obisti« – hm, do ledvic torej... Ali pa nekoga tako obrekovati, »da so ga obrali do obisti« – znova do ledvic. Mar ni prepričljivejše »obrali nekoga do kosti«. Za **prostato** se je kljub bolj spodaj kot spredaj

ležečem organu skušalo uveljaviti izraz predstojnica. Kdor tako terminologijo pozna, lahko predstojnico označi že skorajda za zmerljivko.

Terminološke komisije bi se morale bolj radikalno boriti tudi proti uporabi brezštevilnih **kratic**, ki se pojavljajo tudi že v uradnih dokumentih. Na določenem področju kratice lahko poznaš, vseh pa gotovo ne. Nedvomno ne sodijo v uradne dokumente, pa naj bo to popis bolezni, prijava smrti itd. Večkrat sem že napisal, da določene kratice pomenijo nekaj le za določene ljudi: **ARI** je lahko akutna respiratorna ali akutna renalna insuficienca, torej moraš v dokumentaciji preveriti, od kod sploh bolnik prihaja. Da ne govorim o že skorajda neresnih kraticah, kot je **BBB**, kar so mi razložili kot bronhoskopsko blag bronhitis – hm. Nikoli ne bom pozabil kratice **PHHP**, kjer sem najprej pomislil na tipkovno napako za kratico primarnega hiperparatiroidizma. Hudomušni kirurg pa je vendarle ob spodnjem robu napotnice na drobno razložil kratico: »prosim hiter histopatološki pregled«.

Prispevek je res bolj širok ali debel, kakor že hočete, nakazuje pa, da izrazoslovje v medicini ni tako enoznačno in enostavno, da za marsikatero besedo stojijo argumenti. Zato ne siromašimo slovenskega besednjaka, upoštevati pa moramo dinamičnost razvoja stroke in tako tudi jezika.

••••• Spletni portal Zdravniške zbornice Slovenije uspešno deluje od 1. julija - vabimo vas k prijavi

- Kot smo vas že nekajkrat obvestili, smo s 1. julijem prenovili spletno stani zbornice, ki se po novem delijo na zaprte in odprte. Odprte so namenjene vsakomur, ki želi priti do splošnih informacij o delu Zdravniške zbornice Slovenije, zaprte, kjer je najti bistveno širši nabor informacij in obvestil, pa so namenjene le vam, članicam in članom Zdravniške zbornice Slovenije.
- Da bi si lahko ogledali vsebine na zaprtih straneh, morate izvesti registracijo. Za to potrebujete uporabniško ime in geslo, ki ste ju v začetku julija prejeli po pošti. Če ste dopis z geslom in uporabniškim imenom izgubili ali pa imate težave pri registraciji, nas pokličite na telefon 01/30 72 100 oziroma pošljite elektronsko pošto na naslov: info@zzs-mcs.si



Prof. dr. Milan Čížman, dr. med.

Marko Pokorn

Prof. Milan Čížman že več kot 40 let dela na Kliniki za infekcijske bolezni in vročinska stanja v Ljubljani. Po izobrazbi specialista pediatrije in infektologije je večino kariere posvetil zdravljenju otrok z nalezljivimi boleznimi. V zadnjih petnajstih letih je svoje raziskovalno delo usmeril v preučevanje zapletenih odnosov med porabo antibiotikov in odpornostjo bakterij. Za svoje znanstvene dosežke je leta 2002 prejel prestižno nagrado Bill Marshall, ki jo podeljuje Evropsko združenje za pediatrično infektologijo. Ob podelitvi nagrade v Vilni je imel tudi častno predavanje z naslovom »Antibiotic use and resistance in the community«.

Vse življenje izpričan športnik je bil v mladosti slovenski mladinski prvak v streljanju z zračno puško.

Ob letošnjem 18. novembru, ko v Evropi drugo leto zapored obeležujemo evropski dan antibiotikov, namenjen ozaveščanju o omenjenih zdravilih, smo se pogovarjali s prof. Čížmanom.

Prof. Čížman, letos drugič obeležujemo evropski dan antibiotikov oziroma evropski dan ozaveščanja o antibiotikih. Ali menite, da povprečni slovenski državljani ve, kakšna zdravila so antibiotiki in čemu so namenjeni?

Ne vem za raziskavo, ki bi točno opredelila odstotek vedenja, predvidevam pa, da povprečen slovenski državljani ve, kaj so antibiotiki in čemu so namenjeni.

Kaj pa slovenski zdravniki? Ali antibiotike uporabljajo racionalno? Kje je Slovenija po porabi antibiotikov v Evropi in v svetu?

Zdravniki poznajo antibiotike, vendar jih predpisujejo, podobno kot drugje v Evropi in svetu, zaradi različnih razlogov ne povsem racionalno. Po ambulantni porabi je bila Slovenija v letu 2007 šestnajsta med štiriindvajsetimi državami,

po bolnišnični porabi pa na devetem mestu med petnajstimi državami. To pomeni, da smo po porabi v srednji tretjini. Navedeni so podatki Evropskega projekta o spremljanju porabe protimikrobnih zdravil v Evropi (European Surveillance of Antimicrobial Consumption – ESAC, dostopno na www.esac.ua.ac.be), pri katerem sodeluje tudi Slovenija. Manj smo zadovoljni s porabo antibiotikov pri otrocih, kajti število v Sloveniji predpisanih receptov na 1000 otrok je bistveno višje kot v nekaterih drugih državah, kjer je predpisovanje bolj racionalno (npr. na Nizozemskem, v Angliji in na Danskem). V Sloveniji letno predpišemo 1000 receptov na 1000 otrok, kar pomeni da vsak otrok letno dobi en antibiotik – v omenjenih državah je številka predpisanih receptov nekajkrat nižja (od 200 do 600 receptov na 1000 otrok). Tu bo potrebno nekaj narediti. V letu 2009 se začne nov evropski projekt, v okviru katerega bomo raziskovali predpisovanje antibiotikov in odpornost bakterij pri otrocih.

Kaj lahko storimo? Kako izobraževati zdravnike in kako bolnike?

Izboljšati je treba tako predpisovanje antibiotikov kot higieno, se pravi preprečevati okužbe s cepljenjem in zmanjšati širjenje odpornih bakterij. Potrebno je dodiplomsko in stalno podiplomsko izobraževanje zdravnikov, poleg tega pa je treba izobraziti tudi bolnike. Dvigniti moramo splošno ozaveščenost prebivalstva o pomenu odpornosti na antibiotike, ki ogroža javno zdravje, prav tako moramo povečati odgovornost za predpisovanje in jemanje omenjenih zdravil. Zdravniki bi si morali pri obisku bolnika vzeti več časa, da bi mu razložili, zakaj so mu predpisali antibiotik ali zakaj ga ne potrebuje, oziroma zakaj mu ga predpišejo z zamikom nekaj dni – se pravi, naj ga začne jemati po nekaj dneh, če se stanje ne izboljša ali se poslabša, kot je to sedaj navada pri zdravljenju vnetja srednjega ušesa. Tako v bolnišnicah kot v zdravstvenih domovih bi strokovna vodstva morala podpirati smotrno rabo protimikrobnih zdravil.

Kaj pa ukrepi s strani zavarovalnice? Ali so omejevalni ukrepi pri zmanjševanju nesmotrne rabe antibiotikov učinkoviti?

Ukrepi zavarovalnice so uspešni. Predlagala jih je stroka zaradi stalnega naraščanja porabe in odpornosti določenih bakterij na antibiotike. V obdobju od 1999 do 2007 se je tako poraba omejevalnih antibiotikov (amoksicilin/klavulanska kislina, kinoloni) znižala za 27,7 odstotka, poraba drugih antibiotikov, za katere omejitve niso veljale, pa za 16,1 odstotka. To pomeni, da so ti ukrepi učinkoviti. V letu 2009 smo zaradi naraščajoče odpornosti pnevmokokov na makrolide omejili še porabo makrolidov.

Bi bilo smiselno v obstoječih programih specializacij povečati delež, namenjen obravnavi okužb? Ali bi bilo bolje specialiste izobraževati v obliki kratkih tečajev ali šol?

Vsekakor, a programe specializacij je zelo težko spreminjati. Antibiotike lahko predpisujejo vsi specialisti brez posebnega izobraževanja. Najbolje bi bilo v sklopu vseh specializacij organizirati kratkotrajne osnovne tečaje, za določene specialnosti, kot so infektologija, intenzivisti, hematološki, pa bolj obsežna

izobraževanja. Prav tako bi bilo smiselno znotraj posameznih bolnišničnih oddelkov dodatno izobraziti posameznike, ki bi imeli dodatna znanja o protimikrobnem zdravljenju in bi tako vsakodnevno skrbeli za smotrno rabo omenjenih zdravil na oddelkih, v težavnejših primerih pa bi se posvetovali z infektologi. Obenem pa moram povedati, da opažam, da tudi infektologi nimajo dovolj znanja o protimikrobnem zdravljenju, zato bi tudi oni potrebovali dodatna znanja.

Letos mineva 71 let od odkritja penicilina. Z odkritjem antibiotikov se je smrtnost zaradi nekaterih bakterijskih okužb izrazito zmanjšala, vendar potem tako bistvenih izboljšav ni bilo več.

Da, smrtnost se je po odkritju antibiotikov sprva zelo zmanjšala, sedaj pa je že vrsto let praktično nespremenjena (na primer, smrtnost bolnikov s pnevmokoknim meningitisom je pri odraslih še vedno med 20 in 30 odstotki, med hospitaliziranimi odraslimi bolniki s pnevmokokno pljučnico jih umre petina). S pojavom odpornosti bakterij na antibiotike se je smrtnost okužb z odpornimi bakterijami povečala.

Kaj je vzrok naraščajoče odpornosti bakterij? Je to le poraba ali tudi struktura porabe protimikrobnih zdravil?

Vzroka sta v glavnem dva. Poraba antibiotikov sama po sebi sproži nastanek in selekcijo odpornih bakterij, potem pa se te odporne bakterije širijo med ljudmi, med živalmi ter med ljudmi, živalmi in okolico. Pogosto protimikrobni odpornosti botruje nepotrebna (da antibiotik sploh ni indiciran) ali nepravilna raba, kar pomeni, da za določeno okužbo ni bil izbran pravi antibiotik v priporočeni jakosti, številu odmerkov in trajanju zdravljenja. Na razvoj odpornosti vpliva tudi struktura rabe antibiotikov. Vsi antibiotiki povzročijo selekcijo bakterij, vendar nekateri bakterije bolj selekcionirajo kot drugi.

Države z večjo porabo antibiotikov imajo večjo prevalenco odpornih bakterij kot države, v katerih je poraba manjša. Enako velja za oddelke v bolnišnicah. Dolgotrajno zdravljenje in zdravljenje z nizkimi odmerki antibiotikov bolj selekcionira odporne bakterije kot kratkotrajno zdravljenje z visokimi odmerki. Širokospektralni antibiotiki bolj selekcionirajo kot ozkospektralni, in ne samo to: obstaja razlika v nagnjenosti k razvoju odpornosti znotraj istega razreda, na primer novejši makrolidi bolj selekcionirajo odporne bakterije kot starejši.

Katere bakterije so glede odpornosti še posebej problematične?

Posebej problematične so bakterije, ki povzročajo okužbe predvsem v bolnišnicah. To so bakterije, ki jih označujemo z akronimom ESCAPE (*Enterococcus faecium*, odporen na van-komicin – VRE, *Staphylococcus aureus*, odporen na meticilin – MRSA, *Klebsiella pneumoniae*, ki izloča betalaktamaze razširjenega spektra – ESBL in karbapenemaze, *Acinetobacter baumannii* – mnogoter odporen, *Pseudomonas aeruginosa* – mnogoter odporen in *Enterobacter spp.* – mnogoter odporen).

Nedavno je bil predlagan akronim ESCAPE, ki vključuje še dodatne bakterije, in sicer C pomeni *Clostridium difficile*, E pa

vse enterobakterije, ki vključujejo *Enterobacter sp.*, *K. pneumoniae*, *E. coli* in druge.

Zunaj bolnišnic so problematične bakterije pnevmokoki, ki so odporni na penicilin, makrolide in cefalosporine tretje generacije, *S. pyogenes*, odporen na makrolide in linkozamide, ter *E. coli*, ki izloča betalaktamaze razširjenega spektra in je odporna še na številne druge antibiotike. Ponekod v svetu je vse večji problem MRSA domačega okolja. V Sloveniji smo v bolnišnicah znižali delež MRSA pozitivnih izolatov, narašča pa nam razširjenost VRE, *K. pneumoniae*, ki izloča ESBL, in drugih gramnegativnih bakterij, ki so odporne na karbapeneme, kinolone in še druge antibiotike.

Se položaj v bolnišnicah razlikuje od tistega v domačem okolju?

Položaj se razlikuje, bolnišnice so epicenter nastajanja odpornih bakterij. V domačem okolju pa moramo posvetiti posebno pozornost glede odpornosti na antibiotike domovom za ostarele, kjer pogosteje osamimo odporne bakterije kot pri bolnikih zunaj zaprtih kolektivov.

Zunaj bolnišnic je predpisovanje antibiotikov največje pri otrocih in pri njih pogosteje izoliramo odporne bakterije kot pri odraslih – to posebej velja za pnevmokoke. Otroci so pogosto v zaprtih kolektivih, kar olajša širjenje odpornih bakterij. V družinskem okolju se lahko nato odporne bakterije prenesejo z otroka na starejše družinske člane.

Če se bo trend naraščanja odpornosti bakterij nadaljeval, kdaj bomo ostali brez vseh orožij?

Pričakujemo, da bo brez učinkovitih ukrepov odpornost bakterij na antibiotike še naprej naraščala. Poleg tega imamo vsak dan več bolnikov z osnovnimi boleznimi, bolnikov, ki dobivajo zdravila, ki okvarijo imunost, in bolnikov, ki potrebujejo zdravljenje v enotah za intenzivno terapijo. Že sedaj pri nas osamimo bakterije, kot na primer *P. aeruginosa*, ki so odporne na vse antibiotike, razen na kolistin. V svetu pa se vse pogosteje pojavljajo gramnegativne bakterije, ki so odporne na vse antibiotike, tudi na kolistin, polimiksin B in tigeciklin. Bolnikom s tovrstnimi okužbami učinkovitega antibiotika ne moremo več predpisati. Če bo kdaj pri nas prišlo do tega, bo že prepozno. Zato moramo v Sloveniji ukrepati prej in sprejeti strategijo smiselne rabe antibiotikov glede na spremembo odpornosti, napisati nove smernice in sprejeti ukrepe za preprečevanje širjenja mnogotero odpornih bakterij v bolnišnicah. Glede na razširjenost odpornosti bomo morali zmanjšati porabo cefalosporinov, zlasti druge in tretje generacije, kinolonov, karbapenemov in glikopeptidov. Kaj bomo še predpisovali? Več penicilina, protistafilokoknih antibiotikov, gentamicina... Smiselna raba protimikrobnih zdravil bi morala biti na programu vseh letnih strokovnih srečanj zdravnikov različnih specialnosti, vključno družinskih zdravnikov, pediatrov, kirurgov, internistov, intenzivistov itd.

Na obzorju ni veliko novih antibiotikov, farmacevtske družbe razvoj raje usmerjajo v bolj donosna zdravila, ki so namenjena zdravljenju kroničnih težav, kot so statini in

antihipertenzivi. Bi se morala na področju razvoja novih protimikrobnih učinkovin bolj angažirati politika, da svojim državljanom zagotovi ustrezno zdravstveno oskrbo?

Res nam kaže slabo. V naslednjih petih letih ne pričakujemo novih učinkovin. Ker farmacevtska industrija ni pripravljena vlagati več sredstev v razvoj novih učinkovin, bodo morale države z različnimi ukrepi, predvsem finančnimi, pospeševati razvoj novih protimikrobnih zdravil. In na tem področju se nekaj premika: z uporabo t.i. »push and pull« (povuci-potegni, opomba Marko Pokorn) strategije. Z omenjenim pristopom morajo države stimulirati temeljne raziskave ter podpirati in delno financirati partnerske razvojne projekte skupaj z industrijo.

V mladih letih ste bili izvrsten strelec. Najbrž ste tudi sedaj bolj pristaš usmerjenega, ciljanega zdravljenja okužb in ne rafalnega streljanja s kanoni?

Da, sem zagovornik usmerjenega zdravljenja. Če se le da, zagovarjam predpisovanje antibiotikov z ozkim spektrom, tako na osnovi klinične slike, posebej pa po prejetju mikrobioloških izvidov. Zadetek v polno pomeni športni uspeh in je tudi uspešen način za preprečevanje razvoja odpornosti bakterij.

Prof. Čizman, hvala za vaš trud. Upam, da bodo vaša in naša prizadevanja za ohranitev antibiotikov uspešna in da mi bodo zdravniki, ko bom tam nekje pri osemdesetih s pljučnico sprejet na Infekcijsko kliniko, lahko še predpisali kakšen učinkovit antibiotik in ne bodo samo nemočno skomigali z rameni ter nato pričeli mrmrati uroke in name polagati roke.



Slavna preteklost – k naslovnici revije

Prof. dr. Jože Rant (1896-1972), veliko zdravniško srce

Zvonka Zupanič Slavec



Prof. Rant leta 1954

Za utemeljitelja slovenskega zobozdravstva dr. Jožeta Ranta lahko rečemo, da je popolnoma izpolnil svoje življenje. Rojen leta 1896 je prehodil velik kos poti burnega 20. stoletja. Trpko mladost je preživel v pomanjkanju, in vendar se je z vztrajnostjo in nadarjenostjo prebil skozi latinske šole. Kot maturant je pristal na soški fronti. Leta 1916 ga je pri reševanju dveh ranjencev zadela mina, kar ga je precej zaznamovalo v nadaljnjem življenju. Odločil se je pomagati ljudem in leta 1919 se je vpisal na medicino. Njegov vzor je bil zdravnik, njegov stric dr. Janez Šifrer, ki je kot vojaški zdravnik dosegel vse, kar je v karieri mogoče: bil je general in načelnik sanitetnega korpusa celotne avstro-ogrske armade.

Leta 1923 je Jože Rant promoviral na Dunaju in po sekundarijatu v Ljubljani

delal sedem let kot splošni zdravnik v Škofji Loki. Pri svojem delu je bil požrtvovalen, revežem je nudil brezplačno zdravniško oskrbo, nekaterim tudi priskrbel zdravila. Svoje zdravniško poslanstvo je razumel v prvi vrsti kot odgovornost do pacienta. Nenehno izobraževanje zdravnika je bilo zanj torej nuja. Ko je spoznal bedno stanje tedanje-ga zobozdravstva v Kraljevini Jugoslaviji in videl potrebo po izboljšanju, ga je to vzpodbudilo, da na Dunaju opravi specializacijo iz stomatologije. Specializiral je konservativno zobozdravstvo, protetiko, zobne bolezni in ortodontijo ter se v čeljustni in plastični kirurgiji izpopolnjeval pri prof. Hansu Pichlerju, tedaj vodilnem evropskem čeljustnem kirurgu. Izučil se je operacij tumorjev čeljusti in heilognatopalatoshiz. Kasneje se je dodatno izpopolnjeval še v Berlinu.

Pred drugo svetovno vojno je na oze-mlju Slovenije občutno primanjkovalo zobozdravstvenega kadra. Doma ni bilo nobene javne zobozdravstvene šole, ne za dentiste, še manj za zobozdravnike, prav tako ni bilo srednjega zobozdravstvenega kadra – zobotehnikov. Takratni dentisti in zdravniki so se izobraževali v tujini ter svoje znanje pridobivali pri posameznih strokovnjakih. Vzgoja je bila individualna in nezadostna; spominjala je na vzgojo obrtniških vajencev. Vse to pomanjkanje strokovnosti in izkušenj se je v največji meri kazalo v ljubljanski državni bolnišnici. Mladi zdravniki so le redkokdaj dobili primerno znanje o ekstrakcijah zob in o tehniki anestezije. Maksilofacialnih operacij, plastik ali zdravljenja čeljustnih zlomov sploh niso opravljali, ker za to ni bilo strokovnjaka. Pa vendar je imel dr. Rant, edini s pridobljeno strokovno izobrazbo za te vrste bolezni, nemalo težav pri vpeljavi teh postopkov

v tukajšnje zobozdravstvo. Ko je leta 1930 prosil za podporo za opravljanje operacij čeljustne kirurgije, ga je načelnik za zdravstvo pri banski upravi zavrnil z besedami: »To je pri nas nepoznano in ne-potrebno.« Kljub temu je dr. Rant vztrajal in končno dobil dovoljenje, da je lahko v soglasju z dr. Božidarjem Lavričem zdravil poškodbe, tumorje in delal druge maksilofacialne posege. To delo je opravljaj 13 let prostovoljno, brezplačno in na svoje stroške.

Dr. Rant se je na svojem področju vse bolj uveljavljal in dokazoval z uspešno prakso. V Škofji Loki je sprejemal bolnike iz vseh koncev banovine, največ iz Ljubljane. Leta 1933 je svojo zobozdravniško ordinacijo preselil v Ljubljano, kjer je skupaj z dr. Josipom Tavčarjem in dr. Savom Pircem v ljubljanskem Nebotičniku odprl tedaj najsodobnejšo zasebno prakso. Tam je poleg konzervative, protetike in ortodontije opravljal oralne kirurške operacije ter delal tudi porcelanske krone v protetiki. Bili so tudi prvi v Jugoslaviji, ki so imeli ordinacijo, opremljeno z rentgenom.

Dr. Rant je bil član športnega društva Sokol. Od oktobra 1941 je deloval v Osvobodilni fronti ter od leta 1944 do svoje aretacije v začetku leta 1945 vodil Odbor zdravnikov OF v Ljubljani. V odboru je organiziral kanale za preskrbo partizanov s sanitetnim materialom, zdravil ranjence v sanatoriju Emona in denarno podpiral družine zdravnikov, ki so bili v partizanih. Za zobozdravnike in dentiste begunce iz Štajerske je organiziral ilegalne zobozdravstvene tečaje v Ženski bolnici in na Šolski polikliniki v Ljubljani. Zaradi izdaje je bil zaprt skupaj z dr. Mavricijem Neubergerjem, od koder ga je rešilo naključje in njegov



Listina o podelitvi naziva Častni predsednik Društva zobozdravstvenih delavcev Slovenije 8. 4. 1961

poklic. Zaradi uspele operacije zdobljene čeljusti nekega nemškega polkovnika so ga izpustili.

Dr. Rant je neposredno po osvoboditvi oskrboval ranjence IV. armade v Mladiki, junija 1945 pa ga je tedanja Narodna vlada Slovenije zaradi znanja, izkušenj in sposobnosti imenovala za rednega profesorja novoustanovljene popolne Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, fakultetni svet pa ga je izvolil za predstojnika stomatološke klinike v ustanavljanju. Povojni čas je bil za slovensko zobozdravstvo prelomen. Naloge, pred katere ga je postavila oblast, so bile izjemno zahtevne. Brez predhodnih temeljev se je pod vodstvom dr. Ranta vzpostavila stomatološka klinika kot temelj za učno bazo stomatološke fakultete. V njej se je izvajalo izobraževanje vseh zobozdravstvenih poklicev: stomatologov, dentistov, zobotehnikov in zobnih instrumentark, ter organizirala javnozobozdravstvena služba za Slovenijo. Rezultati pionirskega dela so pokazali, da je bil dr. Rant pravi človek na pravem mestu. Ni bil le vrhunski strokovnjak, ki je obvladoval izredno široko področje stomatologije, bil je tudi odličan



Dr. Rant s sodelavci ob zobozdravstvenem avtobusu na Primorskem leta 1946

organizator in, kar je najpomembneje, bil je vizionar v svoji stroki. Vedel je, da potrebuje Slovenija solidno zobozdravstveno mrežo zobnih ambulant z usposobljenimi zobozdravniki. S pomočjo peščice prvih sodelavcev zobozdravnikov: Franca Čelešnika, Lojzeta Brenčiča, Antona Logarja, Vladimirja Volovška in študenta medicine dentista Branka Palčiča, je uspel, da so 18. maja 1946 odprli Stomatološko kliniko v Ljubljani. Danes si težko predstavljamo, v kakšnih razmerah in s kako bednimi sredstvi so postavljali na noge slovenski zobozdravstveni center. Da so spravili prvo kliniko v življenje, so nekaj opreme pridobili na vojaškem odpadku, nekaj so je prispevali sami. Brez svojih izkušenj in tuje pomoči je Rantova pionirska ekipa pripravila učne načrte, razporedila delo in organizirala pouk.

Hkrati je seveda potekalo delo z bolniki. Čeljustne in plastične kirurške operacije je prof. Rant izvajal do leta 1948, ko je to področje prepustil svojemu asistentu dr. Francu Čelešniku.

Pomembna je tudi Rantova prizadevnost v Društvu zobozdravstvenih delavcev Slovenije, ustanovljenem leta 1946. Bil je

njegov pobudnik, ustanovitelj in ga šestnajst let tudi vodil. Njegov glavni namen je bil, da bi združil do tedaj močno sprte profile zobozdravstvenih delavcev, za dvig strokovne ravni celotnega slovenskega zobozdravstva. Društvo je organiziralo redne mesečne sestanke, predavanja in izobraževanja, ki jih je vodil dr. Rant. Bil je tudi pobudnik ustanovitve Zobozdravstvenega vestnika, prvega strokovnega glasila v povojni Jugoslaviji. Leta 1946 je organiziral zobozdravstveni avtobus, ki je obiskoval odročne kraje po Sloveniji. Še več zavzetosti je prof. Rant pokazal pri izgradnji nove stomatološke klinike, saj je bila obstoječa premajhna in ni omogočala razvoja. Za novo kliniko so pridobili tudi kredit in prof. Rant, ki se je zbal, da lahko pridobljeni kredit zapade, je dal čez noč na lastno pest posekati platane, zdravniki, zobotehniki, sestre in študenti pa so z udarniškim delom začeli graditi novo stomatološko kliniko. To je bil čas samoorganizacije, solidarnosti in zaupanja v delo in razvoj. Vsak dan po 11. uri so zavihali rokave in prijeli za lopate in samokolnice. Rezultat tega je bila nova klinika, uradno odprta leta 1954, ki je z leti rastla kadrovsko in strokovno. Prof.

Rant je pri tem izkoristil vsa stara znanstva v tujini in hkrati vzpostavljala nova. Ljubljanska klinika je začela uspešno sodelovati z zobnimi klinikami v Gradcu, Münchnu, Pragi, na Dunaju, v Londonu, Birminghamu, Hamburgu, Düsseldorfu, Bonnu, Mainzu, Zürichu in Stuttgartu. Začela je uvajati tudi prve sistematične preglede šolske mladine v Sloveniji, da bi dobili splošni epidemiološki pregled o karies.

Prof. Rant je uvajal preventivne preglede v zobozdravstvu, s svojim posredovanjem in s pomočjo kemika prof. Adolfa Knappwosta iz Tübingena pa je pripomogel, da je Lek leta 1954 izdelal prve domače fluor-kalcijeve tablete. V akcijo fluoriranja zob so zajeli skoraj vso šolsko in predšolsko mladino ter nosečnice. Prav tako je prof. Rant uvajal preventivne ukrepe v svoji ožji stroki, ortodontiji, kjer je opozarjal zlasti na pomen oporne cone, na škodljivost predčasnih ekstrakcij mlečnih zob, na pomen ohranjanja prvega stalnega molarja, na škodljivost sesalnih razvad ter na pomembnost dojenja. V Sloveniji je uvedel priznane evropske snemne metode zdravljenja ortodontskih nepravilnosti po Schwarzu in funkcijske metode uravnavanja malokluzij z bimaxilarnimi aktivatorji po Andressen-Häuplu ter preventivo disgnatij po Korkhausu. Metode so pomenile osnovo za kurativno ortodontsko dejavnost v Sloveniji, ki jih je dr. Rant tudi strokovno predstavil v svojih učbenikih za študente in specializante.

Prof. Rant se je lotil tudi socialne ortodontije. Po dolgotrajni borbi glede upravičenosti ortodontskega zdravljenja je pri socialnem zavarovanju dosegel, da so ga obravnavali kot nujno medicinsko indikacijo in ne kot estetski luksuz. Ortodontsko zdravljenje je s tem postalo za otroke brezplačno. Leta 1955 je tudi ustanovil Ortodontsko sekcijo z namenom, da v tej stroki usposobi nove terapevte. Napisal je dva učbenika za ortodontijo in leta 1970 knjigo Čeljustna in zobna ortopedija. Njegova bibliografija obsega 48 strokovnih člankov, 20 poročil in 51 člankov z drugih področij.

Nova klinika je zaradi vse večjih potreb svojih oddelkov sčasoma postala premajhna. Zato je prof. Rant leta 1963 izposloval izgradnjo južnega trakta klinike in predavalnice. Rant je kliniko kasneje želel dvigniti za nadstropje, a je ostala v tedanjem obsegu enaka do danes.

Izjemno je delovanje prof. Ranta tudi na pedagoškem področju in vodilnih mestih. Predaval je študentom medicine, dijakom dentistične in zobotehnične šole, na seminarjih in zborovanih zobozdravstvenih delavcev ter na kongresih doma in v tujini. Devetnajst let je opravljal neplačano funkcijo predstojnika Stomatološke klinike, obenem pa bil več let dekan in prorektor medicinske visoke šole ter predstojnik oddelka za ortodontijo. Njegova znanstva s cenjenimi profesorji po svetu so utrla njemu in njegovim sodelavcem pot do novih znanj. Tesno je sodeloval tudi z drugimi jugoslovanskimi stomatologi: Ivanom Bikarjem, Lazom Petrovićem, Vladimirjem Lapterjem, Dmitarjem Smiljevim idr.

Kot začetnik slovenske stomatološke fakultete je svoje organizacijske izkušnje in model posredoval novoustanovljenim fakultetam univerz v Skopju in Sarajevu. Prav tako je aktivno sodeloval in organiziral številna stomatološka srečanja v Jugoslaviji. Neopažen pa ni ostal tudi v svetu. Leta 1951 je bil kot prvi Jugoslovčan izvoljen za člana svetovne organizacije *Federation Dentaire Internationale* in leta 1960 za člana njene znanstvene sekcije. Leta 1958 je bil kot prvi Jugoslovčan izvoljen za člana združenja *European Orthodontic Society*, leta 1961 je postal častni član Avstrijskega stomatološkega združenja in častni član zobozdravniške organizacije *Academia Ligustica* v Genovi.

Tudi doma je bil deležen številnih priznanj. Leta 1949 je prejel Red dela II. stopnje, leta 1953 mu je maršal Tito osebno izročil zlato uro, leta 1964 je bil odlikovan z redom Zasluge za narod z zlato zvezdo in leta 1970 je za življenjsko delo prejel Kidričevo nagrado. Bil je tudi predlagan za člana SAZU. Prav tako je bilo njegovo delo cenjeno v strokovnih krogih. Postal je častni član Slovenskega zdravniškega društva, član Sekcije za



Maksim Gaspari: »Za kliniko«, barvni svinčnik, 1956

maksilofacialno in plastično kirurgijo in častni član Sekcije za čeljustno ortopedijo Združenja stomatologov Jugoslavije. Leta 1961 je bil izvoljen za častnega predsednika Društva zobozdravstvenih delavcev Slovenije.

V prostorih seminarja na ortodontskem oddelku je osnoval zbirko zobozdravstvenega muzeja. V vitrinah je bila razstavljena bogata študijska zbirka čeljusti rib in sesalcev (volka, svizca, kozoroga, šimpanza in medveda) ter številni patološki primeri zobovja srnjadi in jelenjadi. Poleg tega je bila tam tudi zbirka starih zobozdravniških instrumentov. Žal se zbirka po njegovi smrti ni ohranila.

Zasebno je bil lovec, kinolog in ljubitelj narave. S članki v časopisju je preprečil sečnjo gozdov Sorškega polja in gradnjo ceste, črpalke, bazenov, avtokampa in športnega centra nedaleč od Jeprce ter s tem obvaroval Sorško polje in njegovo podtalnico. Boril se je za čisto vodo in proti ekološkemu onesnaževanju, zato so mu rojaki leta 1986 na Godešiču postavili spomenik. V govoru ob Pintarjevih dnevih in ob odkritju doprsnega kipa je delo prof. Ranta ocenil prof. dr. Mitja Bartenjev z naslednjimi besedami: »Dr. Jože Rant je z jasnim, zdravim razumom dojel potrebo po organiziranju zobozdravstvene

službe. Takoj po vojni je postavil temelje in začrtal smeri strokovnega in organizacijskega razvoja zobozdravstva na Slovenskem. Ravno v tej enostavnosti in razumljivi premočrtosti se skriva veličina in genij prof. dr. Jožeta Ranta. In ravno zaradi takega pristopa je dosegel razvoj zobozdravstva v Sloveniji neslutene razsežnosti in današnjo stopnjo. Že tedaj, pred 40 leti, ko je predstavil doktrino strokovnega in organizacijskega koncepta razvoja zobozdravstva na Slovenskem, je upošteval

trojni pristop: preventivni, kurativni in socialnomedicinski, ki edinole skupaj kot nedeljiva celota zagotovi najboljše zdravstveno in zobozdravstveno varstvo prebivalstva.«

Prof. Jože Rant politično ni nikoli deloval. Bil pa je vse življenje pripadnik ene stranke – stranke Hipokrata. Svojo poklicno pot je zaključil leta 1967, na kresni dan leta 1972 pa je sklenil svojo življenjsko pot. Ob 100-letnici rojstva mu je Stomatološka klinika v avli postavila doprsni kip, Inštitut za zgodovino

medicine ter Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije pa sta priredila simpozij o njem v okviru 4. Pintarjevih dnevov. O njem je prim. Velimir Vuličić napisal biografski roman *Prof. dr. Jože Rant – oče slovenskega zobozdravstva*. Tudi Društvo zobozdravstvenih delavcev Slovenije se svojega prvega profesorja spomni z letnimi spominskimi predavanji tujih predavateljev na strokovnih seminarjih, ki jih v Rogaški Slatini prireja Stomatološka klinika.

Izkušnja

Drugič (tokrat pa zares!) na drugi strani

Marjan Kordaš

Pred dobrimi desetimi leti sem med kolesarjenjem padel in si zlomil roko. Dogajanje (transport, diagnostika, terapija, postoperativni potek) sem opisal ter zgodbi dal naslov *Prvič zares(?) na drugi strani* (Isis 1999; 8: 101–103). V uvodu sem zapisal tole:

Menim, da je človek bitje, ki ne zmore dojeti absolutnih veličin, da pa zmore (če hoče) zelo dobro razlikovati (ugotavljati razlike). Menim, da je zavest o razlikah tisto, kar oblikuje človeka. In ker imam v mislih zdravnika, menim, da je dobro, če se vsaj enkrat v življenju znajde na drugi strani. Pa ne le, da občuti dihalno stisko, zaresno bolečino ter strah, temveč tudi nemoč, odvisnost od sočloveka, ko si ne more obrisati nosu, sneti očal, obleči hlače ali – oprostite – obrisati riti...

Vprašaj v naslovu leta 1999 ter klicaj v naslovu 2009 pove, da je razlika velika. In hkrati se sprašujem, ali bom doživel zapis *Tretjič na drugi strani?* Kaj in kje bo druga stran takrat? Bom tisto doživetje lahko zapisal?

*

Bistveni del dogajanja spodaj je potekal v nemško govoreči deželi. Kar zadeva državo, mesto in hospitalno ustanovo, je zapis spodaj formalno anonimen.

Za bralke verjetno nezanimivo. A če se bo bralec – ki seveda ima prostato ter tako tudi možno patologijo – potrudil, bo s sodobno tehnologijo anonimnost odpravil. In če se bo – bogne daj – znašel v podobnem položaju, bo sicer nosil enako psihično breme kot jaz, bo pa imel precej manj dela. Za boljše predstavitev splošne atmosfere sem vključil tudi nekaj odlomkov značilne konverzacije v nemščini. Zaradi informativnosti sem v zapis vključil datume (ki so točni) ter čase (ki so približni, do +/- 1 uro).

Uvod

Ker sem imel 14. aprila 2009 slab občutek, sem si še slabšega prihranil s telefonom. V glas patologinje sem slišal ne le zadrego, temveč tudi stisko: v dveh vzorcih punktatov moje prostate je ugotovila karcinom.

Ena mojih prvih misli je bila, da bi bilo najbolje začasno vse skupaj pozabiti ter do jeseni 2009 normalno živeti. A kaj storiti takrat?

Znak, naj poskusim na Urološki kliniki v X, sem dobil skoraj hkrati z dveh neodvisnih strani. Najprej e-naslov kirurga A, ki na tej kliniki opravlja radikalno prostatektomijo z robotskim sistemom Da

Vinci. Torej sem si vzel čas in pregledal spletno stran te klinike ter zbral osnovne informacije. Si tudi ogledal portretne fotografije vseh zdravnikov. Tako sem 22. aprila s kirurgom A po e-pošti vzpostavil stik ter ga pobaral, ali bi me vzel za pacienta. Odgovor (z opravičilom za zamudo, češ da je bil na dopustu) sem prejel 27. aprila: radikalna prostatektomija je v moji starosti *overtreatment*. Predlaga brahiterapijo, da pa ga lahko tudi pokličem ter povprašam o podrobnostih. Tako sem mu po telefonu in e-pošti postavil nekaj vprašanj, nakar sem 3. maja že prejel e-pošto z odgovori od zdravnika B, ki se ukvarja z brahiterapijo. Orientacijska cena: približno 7000 EUR. Sledilo je obilno in hitro dopisovanje z B ter izmenjava podatkov, tako da sva se že 6. maja dogovorila, da mikroskopske preparate pošljem po pošti. In kmalu potem dogovor za pregled 28. maja.

Sicer sem pa prebiral podatke o brahiterapiji prostate: Da to dandanes šteje med *outpatients procedures*. Da gre pacient takoj po posegu lahko domov, brž ko se postavi na noge; da že čez teden dni lahko opravlja vse običajne dejavnosti. Zelo spodbudno! Da žarčenje nizke energije zajame skoraj samo prostato. Le ponekod je zapisano, da pacient po

posegu ne sme pestovati otrok; da mora biti vsaj 2 m stran od nosečnice (zanimivo branje npr. <http://www.brachytherapy.co.za/3BrachyTherapy.aspx> ter <http://www.cancernews.com/brachytherapy.htm>).

A če je optimizem malo popustil, me je zajel črn obup. Na srečo je bil maj 2009 zelo primeren za kolesarjenje. Domnevam, da me je prav slednje rešilo, da me diagnoza ni sesula. In ker sem res izkoristil skoraj vsako priložnost, se je nabralo skoraj 600 km. Tudi kot zaloga, sem si mislil, če bo kolesarjenja – konec.

Faza I: pregled (28. maj 2009)

Na pot v X sem se odpravil z vlakom in prispel 27. maja pozno popoldne. V hotel (približno na pol poti od železniške postaje do kliničnih bolnišnic) sem se na srečo odpeljal s taksijem ter tako videl, da je prav blizu hotela sijajna kolesarska trgovina. Da pa naslednjega dne ne bi zapravljaj časa z iskanjem *Prostataambulanz der Urologischen Universitätsklinik X*, sem svoj cilj poiskal takoj potem, ko sem se ustalil v hotelu. Bilo je sicer zamudno, a uspešno. Pa vendar neuspešno za ogled kolesarske trgovine, ki so jo medtem že zaprli. Tako sem si ogledal le izložbo ter v njej za kolo (tj. bicikl) sprednje in zadnje kolo (tj. pesto in platišče) nenavadne konstrukcije. Izkazalo se je, da je bil to pravi blagoslov za mojo prvo noč v mestu X. Svojo stisko zaradi diagnoze ter negotovosti terapije sem tako lahko delno usmeril v kolesarsko tehnologijo. Zaradi preusmeritve miselnega toka sem celo nekajkrat zadremal.

Prostataambulanz der Urologischen Universitätsklinik X je velik, a prijeten prostor. Večina je namenjena 24 udobnim, večinoma praznim naslanjačem, razporejenimi kvadratasto s šestimi sedeži v stranici. Sredi tega prostora je steber z valjastim akvarijem.

Približno ob 7.45 se postavim v vrsto pred administracijo. Pred mano sta dva pacienta in med čakanjem se sprašujem, kaj mi je storiti, če bodo v administraciji zahtevali napotnico? Ki je – seveda – nimam!!

Nobenega problema. Povem, da po dogovoru prihajam iz Slovenije na pregled pri

B zaradi brahiterapije. Sicer se administratorka zmoti pri zapisu mojega priimka, jaz pa se zmotim pri številki svojega telefona, a napaki sta brz odpravljeni. Torej se usedem v enega od naslanjačev in opazujem dogajanje. Večinoma odvzem krvi. Pojavi se medicinska sestra, pokliče – vedno »gospod« pred priimkom – in slednji se usede na stol v kotu za odvzem krvi. Okoli 8.00 že slišim »Herr Kordas« in ko odhitim k prijazni ženski, mi poda roko in reče »Guten Morgen, Herr Kordas« ter me odvede v sobo in mi ponudi stol: »Bitte nehmen Sie Platz, Herr Kordas.«(1) Po nekaj minutah stopiva v sosednjo sobo, kjer se mi predstavi **B**. Sicer že ima podatke o mojem karcinomu (Gleason 6, PSA 2,6 ng/ml, volumen prostate 30 ml), da pa je treba volumen prostate (zaradi izračuna števila radioaktivnih vsadkov) izmeriti bolj natančno. Torej **B** vzame telefon in pokliče radiologa. Vrnem se v čakalnico in čez nekaj minut me spet pokliče druga medicinska sestra in me mimogrede vpraša, od kod sem. A že je tu radiolog, se mi predstavi in pokaže mizo. Še preden se dobro zavem, je sonda v rektumu, zadeva je končana in tkanina je odlična, da se lahko dobro obrišem...

Olajšano zmeden se vrnem v čakalnico, a me spet pokličejo k **B**. Pove mi, da sem po trenutno veljavnih merilih za brahiterapijo idealen pacient. Sem res zdravnik? Me mimogrede povpraša o moji nemščini. Povem običajno zgodbo in dodam, da sem v 1. in 2. letniku za anatomijo uporabljal *Lehrbuch der normalen Anatomie des Menschen*. Da je bil avtor, Felix Sieglbauer, predstojnik Anatomskega inštituta Medicinske fakultete v X. Deklamiram moto iz uvoda: »Ärzte ohne Anatomie wühlen im Dunklen wie Maulwürfe und hinter ihnen bleiben Erdbügel.« (2) Dobim čašo za srednji curek seča. Naj hkrati tudi izpraznim mehur. Meritev rezidualnega seča. In spet sem v čakalnici, tokrat na srečo malo dlje. In potem me **B** spet pokliče za dogovor o terminu.

»Ker sem odpovedal dopust, bi bil prosti termin 10. junij. Se pravi: 9. junij sprejem, 10. junij brahiterapija, 11. junij odpust. Prav?«

»Meni je prav,« odvrnem. »Mi boste poslali predračun za poseg?«

»Seveda,« odvrne **B**. Dobim listek: na sprejemni dan se javiti med 8. in 9. na *Urologie Süd*, 4. nadstropje. Ne tešči.

V avli pred *Prostataambulanz* zagledam mršavega, visokega zdravnika. Ko vstopiva v dvigalo, ga vprašam, ali je morda **A**. Ko prikima, se mu predstavim. Takoj se me spomni in me vpraša, ali sem prišel zaradi brahiterapije. Pritrdim. Medtem dvigalo prispe v pritličje. Izstopiva, **A** mi poda roko, zaželi srečo in se poslovijo.

Zmeden pogledam na uro: 9.30. Zdaj imam morje časa. Odpravim se občudovati znamenitost z nazivom *Zlata strešica*. A na poti tja se ustavim v »svoji« kolesarski trgovini. Prosim, naj mi pokažejo sprednje in zadnje kolo tiste nenavadne konstrukcije. Poslovodja mi pove, da gre za izdelek firme CrankBrothers. Sledi učena razprava o kolutnih zavorah ter karbonskih okvirjih firme *HaiBikes*. Dobim katalog. Ko se znajdem na cesti in na poti proti tej strehi, tuhtam, ali je ob moji diagnozi ter določenem datumu za brahiterapijo smiselno kupiti sicer tehnično dovršen izdelek firme CrankBrothers. Izdelek, ki ga bom v prihodnje morda le božal?

Pod *Zlato strešico* so seveda množice turistov. Zato se odpravim okoli vogala na ogled *Hofkirche*, v kateri naj bi bil pokopan cesar Maksimilijan I. Okoli (prazne!) grobnice so velikanski bronasti kipi, med drugim tudi kip Rudolfa I. Habsburškega. Kljub napisu, da je dotikanje prepovedano, je oklep nad spolovilom tega veličanstva zaradi številnih dotikov (božljajev?) zgoljen do visokega sijaja. Ali je bilo v njegovem času manj karcinoma prostate?

Vrnem se pod *Zlato strešico* in si privoščim *Bauernomelette* in malo pivo. Jezim se nase, ker sem na jedilniku spregledal, da imajo tu na voljo tudi *Kaiserschmarrn* (3) in da sem, butec, pozabil, da bi zaradi hitrega pregleda v *Prostataambulanz* lahko še ujel vlak za Ljubljano. Tako pa se bom v X dolgočasil še en dan...

Po vrnitvi v Ljubljano sem za kolesarjenje spet izkoristil vsako priložnost, a hkrati skoraj dežural ob računalniku, da bi pravočasno prejel predračun ter ga plačal. A največ sem se ubadal z

vprašanjem: »Kako se po brahiterapiji vrniti v Ljubljano?«

Seveda je bilo kar nekaj ljubeznivih ljudi, ki so se mi ponudili za transport v obe smeri. A vse sem dosledno zavračal. Kar je seveda zelo narobe. V stanju svoje nekakšne kronične psihične izčrpanosti mi je bilo namreč nepredstavljivo, da bi komur koli od svojih bližnjih ali daljnjih dopustil, da bi me v tem stanju videl – ali vame celo dobil uvid. Ugotovil sem, da bi moral biti moj prevoznik iz X v Ljubljano oseba z nekakšno specifično empatijo. Ki bi jo jaz lahko sprejel. Morda kot dar, vendar samoumeven za oba. Vrh tega naj bi ta prevoznik znal tako molčati kot govoriti, znal tako priti kot oditi, znal biti v bližini kljub oddaljenosti... tekoče obvladati nemščino, poznati lokalne razmere na cestah, ne voziti hitreje kot 100 km/h. Skratka, moj prevoznik bi moral biti nekakšno bitje z drugega planeta. Ki pa bi se potem, ko bi svojo »nalogo« (!) opravil, nemudoma vrnil na svoj planet.

Ker takšnega bitja seveda nisem našel, je C poiskal(a) mene. Ob naštevanju mojih pogojev je ravnodušno izjavljal(a): »To pa res ni problem.« In računajoč, da bo odnehal(a), sem se poslovil, rekoč, da bom o »ponudbi« (!) še premislil. In implicitni odgovor se je glasil: »Meni je vseeno. Sem namreč prevoznik, pa četudi me ne vzameš!« In končno me je do-tolklo sporočilo, da si je C vzel(a) nekaj dodatnih dni dopusta. Za lažjo prilagoditev bivanja v X ob morebitnih zapletih pri brahiterapiji. To me je razbesnelo, češ da še nisem izbral. In spet implicitni odgovor, da je to pač moj problem...

Ogledal sem si tudi spletno stran firme CrankBrothers (<http://www.crankbrothers.com/>). Kolo (za dvokolo oz. bicikl) te konstrukcije je tako togo in lahko zato, ker so napere (špice; samo 12 parov!) pritrjene na platišče ob strani. Slednje zato ni preluknjano. Masa samo 688 g oz. 852g!

Medtem sem 4. junija dočakal *Kosten-voranschlag* za brahiterapijo. Pravzaprav dva: *Selbstzahler/Allgemeine Klasse* (5563,95 EUR) ter *Selbstzahler/Sonderklasse* (5948,52 EUR). (4) Zijal sem v oba predračuna, zamrmral »*Nobel geht die Welt zugrund*« (5) in se odločil za slednjega.

Odšel v banko in plačal. Prijazna uslužbenka je uporabila nekakšen bančni trik ter zagotovila, da bo znesek prispel v X zagotovo najpozneje 8. junija.

Končno sem obiskal svojega ljubljanskega urologa ter ga obvestil o svoji odločitvi. Nisem ga pa vprašal, ali je dobra...

Faza II: hospitalizacija (9. do 11. junij 2009)

Na pot v X sem se 8. junija spet odpravil z vlakom. Zaenkrat z lahkim srcem, saj sem nekaj dni nazaj ugotovil, da je brahiterapija zagotovo manj nevarna kot ob delavnikih kolesarjenje na progi Ljubljana–Črna vas–Podpeč–Borovnica–Pekel ter nazaj (55 km). Včasih sem bil takšen optimist, da sem sanjaril, da bom že takoj po odpustu iz klinike kupil kolesi firme CrankBrothers... Vendar ta optimizem žal ni trajal dolgo.

Torek, 9. junij: sprejem

Zaradi izrecnega navodila, naj ne bom tešč, si zjutraj 9. junija privoščim obilen zajtrk. Odkorakam do bolnišnice in poiščem *Patientenaufnahme*. Dobim številko in se usedem v čakalnico. Ura je 7.45. In že vidim svojo številko na zaslonu. Znajdem se pred uradnico, ki hoče mojo zdravstveno kartico. Povem ji, da sem *Selbstzahler/Sonderklasse*, nakar me uradnica zaprosi za *Kostenvoranschlag* ter potrdilo o plačilu. Ali sme narediti kopijo? Seveda! In zadeva je opravljena...

Okoli 8.00 se odpravim na *Urologie Süd*, 4. nadstropje. Ustavim se pred administracijo, a že od daleč mi Č – vsa nasmejana in kot da bi me poznala že od nekdaj – zakliče: *Herr Kordas, das Bett für Sie ist leider noch nicht bereitgestellt...* (6) Kje bom počakal? Odločim se za udoben prostorček za paciente ob akvariju. Zaporedje dogajanja:

8.30: Praktikantka Stephanie – sicer doma iz Göttingena – si zapiše moje splošne anamnestične podatke. Z veseljem mi pripoveduje, da sem po dolgem času prvi, s katerim se lahko sporazumeva v nemščini. Tukajšnjega strašnega narečja ne razume niti besede. Posname mi EKG.

9.00: Oddelčna zdravnica se muči z mojimi venami za odvzem krvi. Ne meni se za moj ugovor, da nisem tešč.



10.00: Odkorakam v pritličje na rentgen. Čakam 15 minut in zadeva je opravljena.

11.00: Oddelčna zdravnica se prikaže v družbi starejšega možakarja, ki se mi opraviči, ker moja postelja še ni pripravljena. Čez nekaj časa ugotovim, da je bil to predstojnik klinike.

12.00: Internistični pregled (približno 5 minut): Ali sem imel kake bolezni? Ne, sem kolesar. A tako! Avskultacija srca spredaj, pljuč zadaj. Naj globoko diham. Ali mi kdaj otekajo noge? Nikoli! »Vse je normalno, sem videl tudi vaš EKG in biokemijo krvi.« (Ne verjamem! Ker nisem bil tešč, je bila koncentracija glukoze v plazmi kar 150 mg/dl!)

12.30: Kosilo (juha, puding).

13.00: Prikaže se **B** in mi preda tri dokumente, dva moram podpisati:

- *Patientenaufklärung über die Dauerimplantation von radioaktiven Jod-125-Seeds bei Prostatakarzinom*
- *Einwilligungserklärung zur Implantation von radioaktiver Jod-125-Seeds*
- *Erhebungsbogen für die Strahlenschutzakte bei Jod-125 Implantation der Prostata (7)*

Berem počasi, pozorno in obliva me mrzel pot. Pretiravanje v varstvu pred ionizirajočim sevanjem? Ali naj poberem svoja šila in kopita in se vrnem v Ljubljano? Podpišem in prosim za kopije.

13.30: Izmerijo mi noge za ustrezno naročilo elastičnih nogavic. Čaša odvajala in velik kozarec vode. Odvajalo nujno popiti ob 14.00. Ogaben okus; očitno podobno odvajalo kot pri koloskopiji, le manjša doza.

14.00: Pojavi se **B** in mi izčrpno razloži postopek. Računa, da bo uporabil 40 igel ter 60 do 70 vsadkov. Tim pri posegu: kirurg, radioterapevt, fizik. Slednji sproti izračunava volumen prostate in določi lokacijo vsadka. **B** mi opiše morebitne spodrseljaje ter zaplete, npr. da predre steno mehurja... **B** mi tudi pove, da je zamuda pri pripravi moje postelje nastala zato, ker se je eden od pacientov uprl, da bi imel ob sebi mene, pacienta, ki bo jutri postal radioaktiven... Sicer pa naj

poskrbim, da si bom dobro očistil rektum – že najmanjši ostanek blata lahko namreč zelo pokvari ločljivost ultrazvoka. Včasih je nujno pacienta klistirati, ko je že na mizi...

14.30: Prikaže se **C** in mi prijazno pomaha. Zelo spodbudno; moja morala je na psu.

15.00: Anestezistka, rosno mlada deklica, me sprašuje o morebitnih alergijah. Opišem ji svoj edem glotisa po vakcinaciji s tetravakcino pri vojaki ter (lastnoročno) zdravljenje. Vprašam, zakaj pri njih še vedno izraz »narkoza«. »Narkoza je več kot anestezija.« Anesteziral me bo sicer njen kolega, a že zdaj lahko njej povem svoje želje o vrsti narkoze. Odvrnem, da si želim le eno: med narkozo se ne zavedati. Odločitev o vrsti anestezije pa ni moja.

15.30: Postelja zame je pripravljena v sobi 7. Tri postelje (moja je srednja), ob eni steni tri omare (moja je srednja), ob vhodnih vratih niša za umivanje. Zaenkrat imam lahko svojo pižamo.

16.00: Tehnik, ki govori še kar razumljivo nemščino, me odvede v sobo za klistiranje. Med razlaganjem, kaj je klistir, ga prekinem in povem, da sem zdravnik in da sem že klistiral (druge). Preden se uležem s hrptom proti njemu, vidim sondo. Domnevam, da bo šla vsaj do sigme. Ugibam, ali naj mu recitiram, kako se je pustil klistirati dobri vojak Švejk. Med tem tuhtanjem dobim dve klistirni dozi iz plastenk po približno 100 ml. Potegnem hlače gor in vprašam »Kje so pa stranišča?« in klistirnik kot Stvarnik sveta zamahne z roko in odgovori »Stranišča so vsepovsod«. Zvijati me začne že čez nekaj minut. Stečem na stranišče in tam kar eksplodiram. Ker se eksplozivne driske hitro ponavljajo, se utaborim kar na stolu ob stranišču...

16.30: Predstavi se mi »moj« anestezist, lep, visok, mlad. Pove mi, da njegov *Oberarzt* (šef) navija za inhalacijsko anestezijo, medtem pa bi on raje intravensko. Kakšne so moje želje? In jaz ponovim, da si želim le eno: med narkozo se ne zavedati. Odločitev o vrsti pa ni moja.

Ker me še vedno pestijo silovite driske, dežuram pri stranišču. Žalostno gledam,

kako delijo večerjo. Omeščam medicinsko sestro, ki mi je popoldne prinesla odvajalo, in dobim skodelico čiste juhe in skodelico vode od kompota. In potem si izmoledujem še eno skodelico juhe – in vse seveda kmalu izgine v straniščni školjki.

21.00: Končno se uležem v posteljo. Dobim antibiotik (ciprofloksacin?). Zbudili me bodo ob 5.00 zjutraj. Za brahiterapijo sem prvi (edini?) na vrsti, približno ob 8.00. Seveda je jasno, da kljub pomirjevalu ne zaspim niti za hip. Počutim se prekleto osamljenega. Spomnim se pregovora, ki ga je treba povedati v dunajski nemščini: »*Einsam und verloss'n wie a Stein auf der Strass'n...*« (8)

Sreda, 10. junij: poseg

5.00: Nočna sestra me spet opozori, da se moram preobleči v operacijsko srajčico in nataktni elastične nogavice. Sneti uro, verižice, protezo. Nimam. Uro spravim v predal. Grem na stranišče na izdatno drisko. Si umijem zobe. Nataknem bele elastične nogavice. Končno belo srajčico. Ko se prižge luč, se ogledam. Zaradi belih nogavic kot pripravljen na birmo. Zaradi srajčice kot bitje brez spola. Privzdignem jo in olajšan ugotovim, da je spol – sicer bolj klavrn – še vedno tu...

7.30: Pojavi se moj klistirnik in preveri nogavice in srajčico. Vprašam se, kako bom preveril svoje stanje po operaciji? Takole: hočem se spomniti, da si moram povedati PIN svojega prenosnega telefona tako, da si predstavljam njegovo tipkovnico. Mi bo uspelo? Pred sobo 7 je že stojalo z dvema svinčnima predpasnikoma. Počutim se skoraj kot obsojenec, ki na poti na morišče zagleda že pripravljeno krsto...

8.15: Odpeljejo me v pritličje in po dolgih hodnikih. Vsi mimoidoči me pozdravljajo. Nekaj minut čakam na nekakšnem hodniku. Pojavi se moj anestezist s svojim *Oberarztom*. Naj si izmislim prijetne sanje za sed med anestezijo, mi smeje priporoča. Odide, se vrne in mi na levi roki začne pripravljati kanal. Medtem sprašuje, če sem res zdravnik. Katere specializacije? Ko povem, sledi »*Was ist Ihr Forschungsbereich?*« in jaz odgovarjam.

Prijadram celo do simulacije periodičnega dihanja. Anestezist se zdrzne in me na kratko pogleda. Nato: »Haben Sie sich den Traum schon ausgewählt?« in jaz odvrnem: »Ja, Radeln.« On: »Rennrad oder Mountainbike?« Jaz: »Mountainbike, aber mit slick Reifen.« On: »Wo? Hier in X?« Jaz: »Nein, in Slowenien und Südkärnten.« (9) Potem naprej v operacijsko dvorano; imam občutek, da je tam množica ljudi in vsak me pozdravi. Po nekakšnem čudežu – sem brez očal – opazim velikansko uro, ki kaže 8.30. Splezam na operacijsko mizo; je natančno takšna kot tista, ki so jo na ljubljanski televiziji kazali nešteto krat kot problem Kliničnega centra. Medtem ko me tehniki na operacijski mizi po centimetrih premikajo v pravi položaj, mi na prsi lepijo elektrode. Brž nato slišim piske ritma srca – kar visoka frekvenca. Ekstrasistole? Ali pa le moja zelo izražena respiracijska aritmija? Čez usta in nos mi poveznejo masko, naj globoko diham, da bom čutil, kako moje telo postaja težko, in ko se to zgodi, slišim sebe jasno reči, da to čutim. Pomislim, da je bila indukcija verjetno z oksidulom, in potem me zmanjka.

Nekdo kliče moj priimek. Odprem oči. Vidim uro; kaže 11.30. Eden od navzočih mi izmeri arterijski tlak. Prepadeno me pogleda in reče: »190/110! Mar imate povečan tlak?« To me razbesni in odvrnem, da je moj tlak skoraj vedno pod 130/70, frekvenca okoli 55. Moj sogovornik odvrne pomirjeno: »Torej je zaradi medikacije!« Spomnim se: PIN mojega prenosnega telefona? Predstavljam si tipkovnico in si povem številke. Nato me zmanjka.

Zakaj je tako zoprno? Ah, zaradi katetra. Odprem oči in zagledam C, ki se sklanja k meni. Koliko je ura? 12.15. Obrnem glavo in vidim, da mi teče infuzija. Poskusim šteti kaplje, a je prehitro. Otipavam svoj perinej. Nič. Nič? Končno se pritipam do obliza tik ob anusu. Spet me zmanjka.

Čutim rahel pritisk v desnem palcu, nato še v levem. Odprem oči, infuzija gre proti koncu. Koža na desni podlahti je nenavadno lepa in napeta. Kljub infuziji na levi ci z levim palcem in kazalcem preskusim

turgor na desni podlahti. Kot pri kaki mladenki, pomislim. Sicer pa sem zaradi včarajšnje driske verjetno kar dehidriran. In ker sem kateteriziran, bom prebitek izlulal. Pojavi se nekakšna lepota v beli halji z lepo tetovažo na obeh nadlahteh. Natakne si svinčeni predpasnik. Vprašam jo o infuziji. Zadržano me pogleda in končno pove, da fiziološka raztopina, en liter. Prazno plastenko sname in spravi v zbiralnik v kotu bolniške sobe. Prinese novo plastenko in jo priključi. Na moje vprašanje mi pove, da gre za 500 ml izotonične glukoze. Sploh je ta lepota zelo zadržana. In ko jo vprašam, ali prazno plastenko od fiziološke lahko vzamem za spomin, me prestrašeno pogleda, sname svinčeni predpasnik in izgine.

Infuzije z glukozo je hitro konec. Meniskus v infuzijski cevki se počasi spušča ter ustavi približno pol metra nad mano. Periferni venski tlak? Dvigujem ter spuščam levico, a meniskus v cevki se ne premika. V cevki tlak verjetno ni 0, temveč je negativen. Pozvonim in spet se prikaže lepota s tetoviranimi nadlahtmi. Natakne si svinčeni predpasnik, odstrani plastenko in spet jo vprašam, ali bi jo (plastenko, ne lepoto s svinčnim predpasnikom) lahko dobil za spomin. Zdaj me ne pogleda prestrašeno, temveč zgroženo. Sname svinčeni predpasnik in izgine.

14.30: Ker nimam več infuzije, se v postelji usedem. Nato vstanem in naredim nekaj korakov. Moja postelja je zdaj kake tri metre stran od sosedove. Snamem vrečko z urinom. Videti je, da ni krvi. Sprehod po sobi; sosed je zaradi moje radioaktivnosti raje zunaj.

15.00: Pride C, si natakne svinčeni predpasnik. Vprašam, koliko je moj pritisk? 150/70 (frekvenca 69/min). Kakšno olajšanje, da je ta reč za mano!

15.30: Pojavi se moj klistirnik in mi (predpisano oddaljen od mene) pove, da bom dobil večerjo. Da pa je možno, da ne bom odpuščen jutri (četrtek, 11. junija), ker je praznik. Ker morda CT ne bo v pogonu, bo ta pregled ter odpust šele v petek (12. junija). Vprašam C, ali lahko potegne bivanje v X za en dan. »Ni problema,« je odgovor. Pač bitje z drugega planeta!

16.00: Pride B in pove, da je operacija potekala idealno. Da sem bil odlično očiščen. In uporabil je manj igel (ne 40, temveč le 35) ter vstavil manj radioaktivnih vsadkov (ne 60 temveč le 55). Ali bo jutri CT kljub prazniku? Seveda, odvrne B. »Kot je bilo načrtovano. Vrh tega sem jutri dežuren in bom poskrbel, da bo vse potekalo gladko.« Ko odide, mi C pove, da je bil tlak pri zadnji meritvi 155/60 (frekvenca 65/min).

16.30: Še enkrat pride B in me vpraša, ali sem pred operacijo jemal aspirin ali podobna zdravila. Razmišlja. Se odloči: zaradi profilakse pred trombozo bom dobil injekcijo heparina.

17.00: Sem pošastno lačen in čakam, kdaj bom dobil večerjo. Ker je ni, gre C pogledat po *Urologie Süd*, 4. nadstropje. Vrne se in pove, da ni nikogar; ker je jutri praznik, so že vsi odšli. Kmalu nato se pojavi nočna sestra in pove, da ji je ime Julia. »Und wo ist Romeo?« vprašam jaz tako, da se Julia veselo nasmehne. »Der schwebt noch in der Luft.« In jaz jo vprašam naprej: »Also sind Sie noch Fräulein?« (10) in se šele potem zavem poredne dvoumnosti svojega vprašanja. Julia in C se torej smejeta na ves glas in ko se umirita, Julia pove, da se Fräulein (gospodična) uradno ne sme več uporabljati. Vedno le Frau (gospa). Sicer pa Julia govori spodobno nemščino. Zato, ker je – kot bralce na svojem planetu že dolgo uči C – že »pogledala čez plot«. Med nami se razvije zanimiva razprava o srednjem spolu. Medtem ko je Fräulein (nemščina) srednjega spola, je gospodična (slovenščina) ženskega spola. Vendar: dekle je srednjega spola. Med smehom pripovedujem, da je v nemščini ljubkovalno ime Dörfchen (Dolfek, kot so menda ljubkovalno klicali Adolfa Hitlerja) srednjega spola. Slovnico pravilno »mein liebes Dörfchen« je dobesedno prevedeno »moje ljubo Dolfek«. Medtem ko s C nočno sestro mehčava, povprašam, ali lahko vzamem prazni plastenki (ki sta že med odpadki) za spomin. In Julia se zresni in pove, da kaj takega ne more dovoliti ona. Da sicer plastenki lahko vzamem, da pa o tem noče vedeti ničesar, nima pooblastila... »Kaj pa heparin, ki ga je napovedal B?« Julia odgovori, da pač to ni »zapisano« in zato heparina ne bo.

18.00: Še vedno ni večerje. Vprašujoče pogledam **C**, ki odvrne, da so verjetno že vse trgovine zaprte, da pa je vredno poskusiti. Odide in se kmalu vrne s čašo kave in nekaj kolački. Lakotno se spravim na hrano. Pojavi se *Julia* in pove, da ni nikjer »zapisano«, da – kot je dobila za-gotovilo od **C** – lahko večerjam. A moje stanje ter apetit sta prepričljiva. Odide in se kmalu vrne s pladnjem. Poudari, da mi prinaša večerjo, četudi ni bila »zapisana«: juha in makaroni z nekakšno omako. Preden odide, jo prosim za uspavalo, ki pa naj bo močnejše kot prejšnje.

Tudi brez učinka!

Četrtek, 11. junij: odpust

7.30: Zajtrk. Ga pogoltnem.

8.00: Pride tehnik in pove, da me bodo okoli 9.00 odpeljali na CT. Da se lahko preoblečem v pižamo. Vstanem in ker sem sam v sobi, slečem srajčico. Se ogledam, kakšen sem, nag, z belimi nogavicami. Nagnusno; precej raje bi – pa četudi radioaktiven – gledal lepo nago žensko s črnimi nogavicami. Glede na mojo patologijo se mi zdi to poželenje zelo spodbudno! Ali mi bo uspelo te bele nogavice vzeti za spomin?

9.00: Kot obljubljeno, se pojavi prijeten moški. Stopim mu naproti in vprašam, ali je fizik, ki je sodeloval pri brahiterapiji. Potrди in naroči, naj se postavim na črto, narisano na tleh. On se postavi na drugo, približno 2 m od mene. Izmeri mojo radioaktivnost. Izroči mi *Strahlenschut-zausweis*. (11) Nato še kartico z oken-cem, v katerem je vzorec vsadka, seveda brez radioaktivnosti (za nadrobnosti glej <http://www.ibt-bebig.eu/en/start.htm>). Razpolovni čas joda-125 je 60 dni. Pomislim: po štirih razpolovnih časih (4 x 60 = 240 dni) bo moja radioaktivnost padla na približno 7 odstotkov začetne! Povprašam ga, ali res velja – kot sem prebral v literaturi – da ima sevanje vsad-kov z jodom-125 svoj biološki učinek le nekaj milimetrov daleč? Da biološki učinek v glavnem zajema le prostato? Da! Kmalu potem nekdo odnese oba svinčena predpasnika. Četudi v meni ni nobene spremembe, sem zdaj očitno uradno – s pridržki, seveda – nenevaren za svojo okolico!

10.30: Tehnik me naloži na voziček in odpelje. Na moje vprašanje odvrne, da pri njih CT dela 24 ur na dan. Ko se vrnem v sobo, pokličem **C** in povem, da zaenkrat vse poteka po načrtu.

11.00: Pride **B** in prosi, naj pridem v administracijo. Tam mi na računalniku pokaže tridimenzionalne slike moje prostate ter enakomerno razporeditev radioaktivnih vsadkov. Precej komentira; jaz sicer poslušam, a ne slišim skoraj ničesar. Opozori me, naj pred odhodom v administracijo prevzamem papirje: *Vorläufiger Arztbrief* (12), navodila za medikacijo doma ter datum za kontrolo. Slednja bo 7. julija, in sicer ob 10.00 MRI (magnetna resonanca, napotnica), ob 11.00 CT (napotnica) in ob 14.20 zaključni pogovor z **B** (listek za sprejem v *Prostataambulanz*).

11.30: Pojavi se **Č**, da mi odstrani ka-teter. Uležem se v posteljo in potegnem hlače dol. Opazujem, kako voda mezi iz katetrovega mehurja. Zelo počasi; **Č** mi veli, naj zakašljam. Potem še nekaj drugih trikov – in katetra že ni več. Pride tehnik s prenosnim aparatom za ultrazvok, da mi izmeri volumen rezidualnega seča. Uležem se v posteljo, čutim pristisk sonde. Tehnik čaka, nato se zasmee in me pogleda: »*Auf Wiedersehen!*« Ko mu odvrnem »*Hoffentlich nicht,*« (13) se zasmeeva oba.

A preden tehnik odide, ga vprašam, ali lahko vzamem nogavice in platenki za spomin. »Seveda, saj vse to zavržemo!«

12.00: S **C** brskava po škatli za odpad. Najdeva samo platenko od fiziološke raztopine. Se odpravljava. Se poskusiva posloviti, a na oddelku ni žive duše. V administraciji je neznana oseba, ki mi preda papirje, ki jih je zame pripravil **B**. Ko sva na prostem, mi **C** pove, da je avto prav blizu. Da upa, da za brisalcem ne bova našla obvestila o kazni za parkiranje na prepovedanem mestu. Ko se usedem v avto, imam občutek, da sem bil hospitali-ziran vsaj en mesec.

13.00: Po nekakšnem blodnjaku, ki vključuje »trikrat zaviti na levo«, se znajdeva na avtocesti. Vidim, da **C** upošteva moje navodilo, da ne vozi hitreje kot 100 km/h. A če bi bila hitrost 200 km/h, ne

bi ugovarjal. **C** namreč vozi zelo zanesljivo in bolje kot jaz.

Faza III: pooperativni potek

Za prve tri dni po odpustu iz *Urologie Süd*, 4. nadstropje, so v mojem spominu le drobci. Ker vse te dni nisem **nič** spal in ker sem bil psihično na robu zloma, sem v četrtek zvečer vzel eno tableto anksiolitika. Ker ni bilo učinka, čez nekaj časa še eno. Sledilo je čudno stanje. Tako se npr. spominjam, da sem s **C** prispel domov in takoj naročil, naj odide. Ne vem, če sem se zahvalil. Tudi ne vem, ali sem slišal vrata, ki so se ob odhodu zaprla za tem bitjem z drugega planeta. Spominjam se pa, da sem si pripravil juho iz goveje kocke (*Podravka*) in vanjo zakuhal zdrobove cmoke (*Knorr*). Morda sem potem zaspal – ali pa tudi ne. A na neki stopnji tega somnoletnega življenja sem ugotovil, da se moram stehitati. Teža – več kot 75 kg – me je pa takoj spravila v polno zavest, saj sem že nekaj mesecev nazaj tehtal okoli 71,5 kg.

Zaradi svojega somnolentnega stanja sem prva dva dneva pozabil na predpisano pooperativno medikacijo. Zato tudi zelo neprijeten zaplet, da sem že mislil, da me bo konec. In olajšanje, ko se je teža (telesa, deloma pa tudi duše) zlagoma zmanjševala. In nikoli ne bi verjel, da se moški lahko tako zelo – tudi psihično – olajša ob pogledu na svoj curek. A naj bo tako ali drugače, sem točno en teden po odpustu vzel v roke svoje kolo št. 1 – žal le za čiščenje. A s posebno ljubeznijo. Snel sem celo zadnje zobnike ter zavorne čeljusti obrisal do zadnje kapljice vode. In vmes mi je bilo nekajkrat dovoljeno nad svojim curkom razveseliti se – ali raz-žalostiti... Ugibam, kako bo ob čiščenju kolesa št. 2.

Obiskal sem svojega urologa in ga obvestil o stanju. In ga končno vprašal, ali sem se odločil prav. Odgovoril mi je hitro, brez tistega značilnega zdravniškega premora: Da! Kako je s sodbami, ki so izrečene *post festum*?

Dober teden po odpustu prejmem *Do-končno obvestilo lečečemu zdravniku*. Med drugim s potrditvijo datuma kontrole ter vseh opravil.

Več dni pred odhodom na kontrolo sem na čiščenje odpeljal tudi kolo št. 2. Seveda tudi prekolesaril kakih 200 m. Zelo spodbudno, a ko sem naročal poseben, za prostatičarje primeren sedež (SMP-TRK Man), me je zaneslo tudi do zgoraj večkrat omenjenega para koles. Ne od firme *CrankBrothers*, temveč od *DT-Swiss*, ki pa je v istem (norem) cenovnem razredu. Pošiljko sem prejel dva dni pred odhodom na kontrolo. Res pravi blagoslov; zaradi obsežne rekonstrukcije kolesa sem *delal kot zamorc* in skoraj docela pozabil na prostato. S »prostatično« predelanim kolesom sem celo tvegala nekaj kilometrov kolesarjenja. Sedež je zelo zanimiva konstrukcija: priporočljiv je menda celo za ženske, saj – kot trdi priloženo navodilo – omogoča dobro prezračevanje(!) intimnih področij!

Bilanca kolesarjenja v juniju je porazna. Komaj nekaj več kot 100 km. Seveda v dneh pred posegom. Sicer sem se pa za kondicijo dokaj redno vzpenjal po stopnicah v 8. nadstropje KC – kjer je po naključju tudi KO za urologijo. Višinsko razliko, čas in frekvenco srca sem vsakokrat izmeril z merilnikom SUUNTO ter izračunal moč. Kar dobro!

Faza IV: kontrola (7. julij 2009)

Za prevoz z avtomobilom v obe smeri sem sprejel ljubeznivo ponudbo svojega sodelavca in prijatelja ter ves čas prevoza do X užival v statusu, ki ga omogoča desni sedež. Se med drugim spuščal v učene analize t.i. *veznega člana SRAM*, ki zelo olajša manipulacije z verigo kolesa. A ko sva v X prispela v hotel, se je moja morala spet sesedla. Spal sem slabo in naslednje jutro tudi obilen zajtrk ni imel kakega ugodnega učinka na počutje.

Na radiologiji se javim že okoli 9.00. Prijazna administratorica me opozori, da sem na CT naročen šele ob 11.00, za magnet ob 10.00 pa moram v drugo stavbo, na MRI3. Slednjo iščem kar dolgo, skoraj do 9.30. Administracija, odgovori na vprašalnik s podpisom za privolitev v preiskavo. Čakalnica je sobica s približno 10 sedeži. Ko vstopim, je tam samo ženska srednjih let, ki pravkar snema nakit. Nasmehne se in me prosi, naj ji

pomagam sneti zapestnico. Se usede na stol in me prijateljsko gleda, ko snemam vse kovinske predmete. Mi potem pokaže, da jih lahko zaklenem v omarico. Opazim napis, da čas preiskave MRI ni odvisen le od časa pacientovega prihoda, temveč tudi od stopnje individualne nujnosti. Ker me dolgo ne pokličejo, v administraciji MRI3 prosim, naj pokličejo administracijo CT in sporočijo, da bom zamudil. Ni problema! Ob 10.45 končno pridem na vrsto in spet prosim, naj pokličejo CT, da bom zamudil. Potem hlače dol in v tunel. Četudi poznam MRI in sem jo že doživel, je sprva kar tesnobno. Srce mi razbija skoraj kot med vzponom v 8. nadstropje v KC. Preskusim trik, ki začuda kar deluje: izrabljeno verigo kolesa postopoma skrajševati ter vsakokrat speti z veznim členom SRAM ter preskušati, kako napetost vpliva na gladkost prestavljanja. Sneti verigo, prešteti število členov ter novo verigo ustrezno skrajšati in montirati... Čez nekaj časa pozabim, da sem v tunelu MRI, in enakomeren ropot magneta me skoraj uspava.

Na CT, kjer že vedo za vzrok moje zamude, pridem ob 11.15. Spet odgovori na vprašalnik ter privolitev (s podpisom) v preiskavo. Čakalnica je kar velik prostor s približno 20 udobnimi sedeži, ki pa so večinoma prazni. Na stenah so plakati s preprosto, a dokaj natančno razlago CT in MRI. Opazujem pacienta, ki sedi nasproti mene in ne zna odgovorjati na vprašalnik. Ob njem sedi medicinski tehnik in bere vprašanja: Ali imate alergije? Se zadihate ob hoji po stopnicah? Pacient ob vsakem vprašanju dolgo časa premišlja in potem skomigne z rameni. Sprašujem se, ali sploh kdo bere izpolnjene vprašalnike. Sicer pa nobene gneče, vse poteka nekam umirjeno... Okoli 12.00 končno slišim svoj priimek. Ko vstanem, zagledam žensko, ki mi z nasmehom in že od daleč moli roko v pozdrav ter se opravičuje za zamudo. Odgovorim, da sem zaradi MRI zamudil tudi jaz. In ona odvrne, da sva se pač srečala na pol poti obojestranske zamude... Ali tako deluje t.i. *pacientu prijazen* sistem?

Tako se okoli 12.20 odpravim v *Prostaambulanz der Urologischen Universitätsklinik X*. Mogoče bom tako prišel na

vrsto že prej? Ko oddam svoj listek, me administratorica presenečeno pogleda, češ, naročen sem šele ob 14.20, zdaj pa je 12.30. »Bom pač počakal,« odvrnem. »*Waren Sie schon essen?*« Odkimam in ženska mi reče, naj grem pač jest. Že pošteno lačen se odpravim v kafeterijo v pritličju. Vendar mi ta »*Waren Sie schon essen?*« (14) ne da miru. Pokličem C – ki suvereno obvlada nemščino ter nareča – in vprašam, ali je ta fraza slovnično pravilna. Zadovoljen zaradi odgovora si v kafeteriji naročim *Das grosse Frühstück* (15) in ga brez problema dobim, pa četudi je ura že skoraj 12.45. Prednost ali pomanjkljivost natančnosti v tej nemško govoreči deželi?

Ko se okoli 13.00 odpravim iz kafeterije, se skoraj zaletim v zdravnika B. Ki se me takoj spomni, me vpraša, kako je. Se brž posloviva, saj se bova kmalu videla v ambulanti.

Tako me B na pregled pokliče že okoli 13.45. Mi pokaže slike MRI in CT. Videti je, da so vsi radioaktivni vsadki na svojem mestu. Ultrazvok: povečal se je volumen rezidualnega seča v mehuru. To je pričakovano in se bo popravilo. Kontrola PSA čez tri mesece, kar pa lahko naredim v Ljubljani. Morebiti še punkcija prostate? Ne! Zares ne? Ne!

Zmeden odtavam iz *Prostataambulanz der Urologischen Universitätsklinik X*, v avlo v pritličju in potem ven. Mar je to res konec zgodbe? Ura je 14.30. Počasi se odpravim do hotela, kjer me že čaka moj ljubeznivi prevoznik. Receptorka v hotelu me že pozna. Poslovim se od nje, češ da upam, da me kot pacienta ne bo več videla.

Sredi julija prejmem dokončen račun za hospitalizacijo (ki se ujema s predračunom, 5948,52 EUR) ter od B kratko pismo s podatkom o PSA ob kontroli.

Ostali računi:

324,14 EUR za preiskave med pregledom 28. 5. ter kontrolo 7. 7.

2722,17 EUR za **honorar zdravnikom** (operacijski tim, anesteziist, radiodiagnostik ter centralni laboratorij), ki so se med hospitalizacijo ukvarjali z mano.

714,95 EUR za CT ter magnetno resonanco ob kontroli 7. 7.

Vse skupaj torej 9709,78 EUR. Impresivna številka, mar ne? Želim si, da bi jo znal komentirati ter primerjati s tovarniško ceno kolesa *KTM Myroon Prestige* (6199 EUR; teža: 8,3 kg)!

Sklep

Zanimiva, da ne rečem neverjetna izkušnja. Več vidikov:

Strokovni: Postopek na Urološki kliniki v X je potekal skoraj do minute natančno skladno z načrtom. Izvrstna logistika. Vsi vpleteni so opravili delo natančno tako, kot je bilo dogovorjeno. Zalomilo se je le pri heparinu in večerji – brez posledic... Postopek na dislociranih ustanovah v X je po mojih merilih in izkušnjah potekal z zanemarljivo majhno zamudo.

Prognostični: Učinkovitost zdravljenja se bo na pacientu pokazala v prihodnjih dneh, tednih, mesecih in letih...

Iracionalni: Moja teorija je, da človek ne more zaupati sočloveku, temveč le samemu sebi. Zaupanje je pravzaprav *samozaupanje*. In s tem prepričanjem sem se odpravil na zdravljenje svojega karcinoma prostate. Ko pa sem se znašel tam, v tujini in sam, se je ta teorija skoraj sesula. A zaradi vplivov z drugega planeta

se to ni zgodilo. Teorija se je le dopolnila: Res, obstoji le *samozaupanje*. A včasih z drugega planeta v moj svet pride bitje, ki sicer ne stori nič, vendar zaradi bivanja tega bitja moje samozaupanje ne le živi, temveč se celo poglobi.

Rehabilitacijski: *Intelligent try and err*. Ko sem se – dobesedno s tresočimi nogami – prvič usedel na kolo, sem prekolesaril 7 km. Nato še enkrat isto proggo. Se opazoval in proučeval svoje počutje. In čez nekaj časa lepa, lahka progga, pravzaprav cesta med dvema planetoma. Brez konca.

Opombe:

(1) »Dobro jutro, gospod Kordaš.« »Prosim, usedite se, gospod Kordaš.«

(2) »Zdravniki brez anatomije rijejo v temi kot krti in za njimi ostajajo gomile zemlje.«

(3) Kmečka omleta. Cesarski praženec.

(4) Predračun. Samoplačnik, splošni razred. Samoplačnik, posebni razred.

(5) Fraza se v nemščini uporablja tudi pri nas kot izraz vdanosti v usodo: »Svet propade z bliščem.«

(6) »Gospod Kordaš, postelja za vas žal še ni pripravljena.«

(7) Pojasnilo pacientom... Privolitev

pacienta... Vprašalnik za varstvo pred žarčenjem...

(8) »Einsam und verlassen wie ein Stein auf der Strasse.« Svoboden prevod: »Samoten in zapuščen, k't kamen na cest' peščen'«

(9) »Kaj je vaše raziskovalno področje?« »Ste si že izbrali svoje sanje?« »Da, kolesarjenje.« »Dirkalno ali gorsko kolo?« »Gorsko kolo, vendar z gladkimi gumami.« »Kje, tu v X?« »Ne, po Sloveniji in južni Koroški.«

(10) »In kje je Romeo?« »Ta še plava po zraku.« »Torej ste še gospodična?«

(11) Izkaznica o varstvu pred sevanjem

(12) Začasno sporočilo lečečemu zdravniku.

(13) »Na svidenje.« »Upajmo, da ne.«

(14) Pravilno: »Haben Sie schon gegessen?« (»Ali ste že jedli?«)

(15) Veliki zajtrk

Oralno zdravje nekaterih znanih Slovencev

Sanja Lucija Pečnik

Prijazen nasmeh, lepi zobje in prijeten zadah postajajo v današnjem času vse pomembnejši. Zahteve po estetiki sodobnega sveta postajajo vedno višje in nehote igrajo zelo pomembno vlogo v življenju slehernika. Ljudje dajemo namreč vedno več na zdravje in zunanji videz, nove tehnologije in nova medicinska znanstvena dognanja pa nam to seveda tudi omogočajo v vedno večji meri.

Po številnih javnomnenjskih anketah so raziskovalci prišli do zanimive ugotovitve, da pri prvem pogledu človeka v obraz ljudje pri njem najprej opazimo oči, takoj zatem pa usta in zobe. Globok pogled lepih oči in topel nasmeh, ob katerem se prikaže vrsta bleščečih zob, daje večinoma vtis urejenega, zdravega in uspešnega človeka.

Vsekakor nam je oseba s prelepim nasmehom v hipu bližja kot ona druga z vidno zanemarjenim in neestetskim zobovjem.

In kako gledajo na omenjeno tematiko nekateri znani Slovenci?

Za tokratno številko Izide smo s prijaznim privoljenjem »pukali« v usta predsedniku države dr. Danilu Türku, županu mesta

Ljubljana Zoranu Jankoviču ter podjetniku Erazmu Pintarju. Med drugim so nam zaupali, kako je z njihovimi strahovi pred zobozdravnikom, kako pogosto si umivajo zobe, ali so v otroštvu verjeli v zobno miško in kakšna se jim zdi Siferjeva »zobozdravnica«.

Ali imate strah pred zobozdravnikom?

Dr. Türk: Ne.

E. Pintar: Ne vem, ali bi temu lahko rekel strah, vsekakor pa neprijeten občutek. Čeprav je le-ta veliko manjši, kot takrat, ko sem bil še najstnik, in neznaten v primerjavi s časi, ko sem bil še otrok. Res pa je tudi, da je tehnika od takrat neverjetno napredovala.

Z. Janković: Zobozdravnika se ne bojim.

Osnovno, kar lahko vsak izmed nas stori za zdravo zobovje in prijeten zadah, je dobra, skrbna in redna ustna higiena. Le-ta naj bi se izvajala po vsakem ali vsaj po vsakem večjem obroku. To pomeni, da si moramo usta po jedi najprej obilno izprati z vodo, da nevtraliziramo kisel pH sline, nato pa si z zobno krtačko zobe tudi temeljito preščetkati. Temu naj bi sledila uporaba medzobne nitke ali medzobnih ščetk, s katerimi odstranimo še preostale delce hrane iz medzobnih prostorov. Brez slednjih si danes ustrezne ustne higijene skoraj ne moremo več predstavljati.

In kolikokrat letno naj bi sploh obiskali zobozdravnika? V kolikor imamo zobovje že sanirano, zobozdravniki svetujemo zgolj redne kontrolne preglede, ki naj bi bili na vsakih šest mesecev. To bi bilo idealno. Sicer pa moramo pridno obiskovati zobozdravnika, vse dokler nam ne popravi vseh karioznih zob oziroma nam jih ustrezno protetično oskrbi. Na žalost pa se mnogi spomnimo na svojega zobozdravnika šele, ko nas zob že boli. To pa je pogosto prepozno.

Kolikokrat dnevno si umivate zobe?

Dr. Türk: Trikrat dnevno.

E. Pintar: Dvakrat obvezno, včasih pa še vmes, vendar bolj zaradi kakšnega slabega okusa.

Z. Janković: Zobe si umivam štirikrat dnevno.

Ali uporabljate zobno nitko?

Dr. Türk: Da.

E. Pintar: Ne, nosim pa povsod s seboj Toothguard, podobna, samo veliko bolj praktična in diskretna stvar.

Z. Janković: Ne.

Kolikokrat letno obiščete svojega zobozdravnika?

Dr. Türk: Enkrat letno.

E. Pintar: Če je vse OK, potem enkrat na dve leti.

Z. Janković: Zobozdravnika obiščem najmanj dvakrat letno.

Če zobozdravniki že izdiramo zobe, naj bodo to, če se le da, mlečniki, ki jih zelo kmalu nadomestijo stalni nasledniki. Za mlečni zob namreč zobna miška otrokom vselej tudi kaj prinese...

Ali so vam že kdaj izpulili zob?

Dr. Türk: Da.

E. Pintar: Da, vse šestice, ko sem imel granulome, še kot otrok.

Z. Janković: Da.

Kaj vam je v otroštvu prinašala zobna miška za nastavljene mlečne zobke?

Dr. Türk: Se ne spominjam.

E. Pintar: Sladkarije.

Z. Janković: Prinašala mi je piškot.

Zelo radi pa k zobozdravnikom zahajajo le redki. Med njimi je bil vsekakor Andrej Šifrer. V svoji pesmi je namreč zaradi ljubezni do lepe zobozdravnice izgubil svoj zadnji zob...

Kaj menite o Šifrerjevi pesmi: Zaljubljen sem se v svojo zobozdravnico...

Dr. Türk: Odlična je.

E. Pintar: Dober komad, si pa ne predstavljam, da bi bil opisan razlog res vzrok za obisk zobozdravnice.

Z. Janković: Glede na to, da sam obiskujem zobozdravnico, se mi pesem, pri mojih letih, zdi pomenljiva.

Kdaj vas je nazadnje bolel zob?

Dr. Türk: Pred 17 leti.

E. Pintar: Dve leti nazaj mi je pri potopu odneslo plombo. Hudičeveo boli.

Z. Janković: Ne spomnim se, kdaj me je nazadnje bolel zob, saj redno obiskujem zobozdravnika.

Mislím, da smo tudi sami že mnogokrat opazili lepe in zdrave zobe ob nasmehih naših sogovornikov. Le-ti so sami po sebi dokaz, da resnično vestno in dobro skrbijo za svoje oralno zdravje.

Pregovorno velja, da je najboljši izgubljen dan tisti, ko se nismo smejali. Če se ne smejemo zaradi tegob življenja, je to razumljivo in opravičljivo, če pa se ne smejemo zaradi nelepkih zob, opravičila ni, ker stomatologija danes zna in zmore ob tem zelo uspešno pomagati.



Onkološki inštitut Ljubljana uvrščen med svetovne onkološke centre odličnosti na področju paliativne oskrbe

V torek, 22. septembra 2009, so na evropskem onkološkem kongresu, ki je potekal od 20. do 24. septembra v Berlinu pod okriljem organizacij ECCO (*European CanCer Organization*) in ESMO (*European Society for Medical Oncology*), podelili priznanja onkološkim centrom za doseženo odličnost na področju izvajanja paliativne oskrbe kot del obravnave onkoloških bolnikov. Med 27 centri, ki so bili akreditirani kot centri odličnosti, je tudi Onkološki inštitut Ljubljana (OI). Priznanje ob podelitvi naziva je za OI Ljubljana prevzela prim. Jožica Črvek, vodja paliativnega tima na OI: »S tem priznanjem smo dobili potrditev, da sta program in delo celotnega tima in drugih sodelavcev na sodobnem strokovnem nivoju in da je naša pričeta pot pravilna. Priznanje je bilo podeljeno ne samo znanim evropskim centrom z dolgoletno tradicijo iz paliativne oskrbe, kot sta npr. Evropski onkološki inštitut v Milanu in The Royal Marsden Hospital iz Londona, pač pa tudi centrom v Avstraliji, ZDA, Kanadi, zaradi česar smo na prejšeto akreditacijo še posebej ponosni.«

Ugledni program Evropskega združenja za internistično onkologijo (*ESMO Designated Centers of Integrated Oncology and Palliative Care*), ki poteka od leta 2003, potrjuje onkološkim centrom mednarodno prepoznavnost na področju zagotavljanja celostne podporne in paliativne oskrbe. Namen paliativne oskrbe je doseči optimalno kakovost življenja bolnikov in svojcev z lajšanjem bolečin in drugih simptomov napredovale bolezni: psiholoških, socioloških, čustvenih in duhovnih.

ESMO je od leta 2003 podelil priznanja 73 centrom po vsem svetu, ki so morali zadostiti strogim zahtevam v ocenjevalnem postopku. Cilj programa je spodbujanje razvoja in vključevanja paliativne oskrbe v obstoječo onkološko obravnavo ter podpiranje izobraževanja in šolanja onkologov in drugih zdravstvenih strokovnjakov na področju paliativne oskrbe.

Paliativna oskrba na OI se izvaja od ustanovitve inštituta. Razvoj dejavnosti je narekoval reorganizacijo in ustanovitev posebnega oddelka za paliativno oskrbo. Paliativna oskrba se sicer izvaja na vseh kliničnih oddelkih inštituta, na oddelku za akutno paliativno oskrbo pa so obravnavani bolniki, ki potrebujejo intenzivno paliativno oskrbo. Ta oddelk je tudi učna baza za izobraževanje osebja, zaposlenega na OI in v drugih zdravstvenih ustanovah, ker to zagotavlja nepretrgano paliativno oskrbo in razvoj paliativne oskrbe za bolnike z rakom po vseh predelih države. Namenjen je tudi opravljanju kliničnih raziskav in uveljavljanju sodobnih strokovnih standardov. Z izdelavo in uporabo kliničnih poti in smernic je paliativna oskrba standardizirana in zagotavlja strokovno kakovost.

Financiranje paliativne oskrbe v Sloveniji še vedno ni urejeno; predloženi zdravstveni program OI, naslovljen na Zdravstveni svet pri Ministrstvu za zdravje (MZ) leta

2007 in ponovno 2008, ni dobil potrebne podpore s strani Razširjenega strokovnega kolegija za paliativno oskrbo. Zato OI to dejavnost delno financira iz sredstev različnih pilotnih projektov, kot je na primer pravkar začeti pilotni projekt **Izvajanje celostne paliativne oskrbe v Sloveniji**, ki ga financira MZ.

Kljub velikim kadrovskim, prostorskim in finančnim težavam je tim za paliativno oskrbo nosilec številnih šolanj s področja paliativne oskrbe, priredili in izdali so publikacijo o izvajanju paliativne oskrbe ter pripravili klinične poti in smernice za to dejavnost. Zato je akreditacija ESMO še posebej veliko priznanje, potrditev programa in spodbuda za nadaljnji razvoj paliativne oskrbe na OI kot referenčnem centru paliativne oskrbe bolnikov z rakom.

• 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@zzs-mcs.si, telefon: 01 30 72 122

Pomen stalne kombinacije protihipertenzijskih zdravil za zdravljenje arterijske hipertenzije

Borut Kolšek

Arterijska hipertenzija (AH) je pogosto neprepoznano in v veliki meri asimptomatsko stanje z zelo škodljivimi posledicami. Kljub napredku pri zdravljenju hipertonicov bo v prihajajočih desetletjih prav to področje kritična točka boja proti napovedani epidemiji srčno-žilnih bolezni. Govorimo o področju, kjer v razvitem svetu število bolnikov raste za 30 odstotkov na desetletje.

Po zadnjih podatkih Mednarodnega združenja za hipertenzijo (ISH) je globalna poraba zdravstvenega denarja, neposredno povezanega z visokim krvnim tlakom (KT), približno 500 milijard ameriških dolarjev na letni ravni in se bo v 10 letih še podvojila. Arterijski hipertenziji namreč pripisujemo 54 odstotkov možganskih kapi, 47 odstotkov ishemične bolezni srca in 13 odstotkov vseh smrti. Potencialni indirektni zdravstveni stroški pa so 20-krat večji in podcenjeni, saj ne vključujejo dovolj zanesljivo vseh stroškov: npr. nege na domu in v domovih za ostarele.

V grobem velja, da je tretjina bolnikov neodkritih, tretjina odkritih sploh nezdravljenih in da le tretjina zdravljenih doseže ciljne vrednosti KT. Konkretno za ZDA (leto 1999–2000) to pomeni, da je odkritih 70 odstotkov hipertonicov, da se jih zdravi le 59 odstotkov in da od teh le 34 odstotkov doseže ciljne tlake.

Tak potek dogodkov je v razvitem svetu nedopusten, če verjamemo dokazom o koristnosti zniževanja KT. Dober nadzor KT pri hipertonicih namreč zmanjša možganske kapi za 35 do 45 odstotkov, srčne infarkte za 20 do 25 odstotkov, srčno popuščenje za 45 odstotkov. Zmanjšamo pa tudi tveganje za razvoj sladkorne bolezni, ki je pri takih bolnikih 2,5-krat pogostejša.

V absolutnih številkah so stroški zdravljenja posledic hipertenzije v zahodnem svetu najvišji, najbolj pa naraščajo v deželah v razvoju. Za Vzhodno Evropo znašajo po nekaterih ocenah 25 milijard dolarjev letno, kar predstavlja 23 odstotkov zdravstvu namenjenega denarja.

Idealnega zdravila (univerzalne učinkovine), ki bi bilo dobro za vse podskupine in vrste bolnikov z AH, enostavno ni. Takšno zdravilo bi razen učinkovitega zniževanja KT pri vseh oblikah hipertenzije moralo imeti predvidljiv učinek (krivuljo odmerka/učinek) in sprejemljiv, raziskan profil stranskih učinkov. Delovati bi moralo 24 ur, kar poveča zavzetost za zdravljenje, saj 30 odstotkov bolnikov opusti zdravilo vsaj enkrat tedensko. Ker je cilj zdravljenja AH zmanjšanje zapletov, bi moralo tako

z dokazi podprto zdravilo preprečevati pojav ali razvoj okvar tarčnih organov, možganske/srčne kapi, popuščenja srca itd.

Problem je velik, zato Evropsko združenje za hipertenzijo (ESH) vlaga veliko truda v izboljšanje nerazumljivo slabega stanja na tem področju, v obliki stalnega izobraževanja zdravnikov, ki se ukvarjamo s tem problemom, in z odličnimi smernicami za zdravljenje hipertenzije, objavljenimi leta 2003 skupaj z Evropskim kardiološkim združenjem (ESC). Te so postale v svetu po citiranosti prvi članek za področje hipertenzije in peti v celoti. V letu 2007 pa so izšle nove smernice s spremembami, ki so jih prinesla nova spoznanja.

Strokovni vrh ESH je v razpravi leta 2006 menil, da je treba raziskati nova zdravila, koristnost zdravljenja AH pri starostnikih, oceniti zaščitno vlogo nižjih ciljnih vrednosti KT in razlike med kombinacijami zdravil, nižanje KT pri akutni možganski kapi, upočasnjevanje napredovanja bolezni in regresijo okvar tarčnih organov. Poudarili so pomen javnega zdravstva, ki naj zajame večje število bolnikov v učinkovito kontrolo KT. Poudarjeno je ocenjevanje celokupnega kardiovaskularnega tveganja. Ponovno je sprožena tudi razprava, kateri od številnih tlakov je najpomembnejši: sistolični KT, diastolični KT, srednji, periferni, centralni, ambulantni, 24-urni, nočni KT, konice, jutranji dvig, variabilnost KT ali v zadnjem času vse pomembnejši doma merjeni KT.

Med pomembnejše vzroke za neuspeh pri nadzoru AH štejemo slabo bolnikovo zavzetost za zdravljenje, prehitro zdravnikovo spriznjenje z nedoseženim ciljnim KT (zdravniška inercija), vse nižje priporočene ciljne vrednosti KT ter težave pri načrtovanju in vodenju zdravljenja, ki skriva številne pasti. Vse več je dokazov, da je potrebno tudi hitro doseganje ciljnih vrednosti KT.

Evropske smernice, že leta 2003 in tudi v najnovejši izdaji leta 2007(6), prav zaradi tega priporočajo več strategij zdravljenja AH z zdravili. Prva je »**stopenjska**« (nekoč priljubljena v ZDA), kjer uporabimo monoterapijo v nizkem odmerku in ga postopoma zvišujemo do maksimalnega. Druga strategija je »**zamenjevalna**«, kjer neučinkovito monoterapijo zamenjujemo do uspešne, ki jo maksimiramo. Potem v obeh primerih dodamo druga zdravila.

Z uporabo stopenjske in zamenjevalne strategije morda izgubimo preveč časa in zapravljamo bolnikovo zaupanje v zdravljenje (pogosto naročanje bolnika, postopnost, višanje odmerka do

stranskih učinkov, menjava zdravila zaradi neučinkovitosti itd). Heterogenost hipertenzije, vpletenost več dejavnikov in patofizioloških mehanizmov namreč povzroči, da so posamezne monoterapije neučinkovite. Uporaba samo enega zdravila je uspešna le v 50 do 60 odstotkih.

Številne raziskave so pokazale, da bomo pri večini bolnikov za doseganje ciljnega tlaka potrebovali najmanj dve zdravili za zniževanje krvnega tlaka, vendar iz njih ni bilo možno sklepati o optimalnih kombinacijah zdravil, saj dodajanje zdravil ni bilo strukturirano. Priporočila so slonela na teoretičnih predpostavkah o koristi zdravil, ki so komplementarna in ki se v učinku pozitivno prepletajo. Odgovor na to vprašanje leži v načinu delovanja posameznega zdravila.

Osnovno načelo kombinacijskega zdravljenja hipertenzije je zmanjšati nezaželene učinke z vse nižjimi odmerki zdravil in ohraniti isti ali doseči večji uspeh pri nižanju KT. Metaanaliza 42 raziskav o zniževanju KT je potrdila, da je kombiniranje zdravil iz različnih razredov približno petkrat učinkovitejše kot dvigovanje odmerka enega zdravila. Zaradi tega je smiselna in utemeljena tretja možnost – »**kombinacija dveh zdravil v nizkih odmerkih**«, ki je zaradi sinergijskih in aditivnih učinkov neproporcionalno močnejša ob minimalnih stranskih pojavih. Po potrebi nato povečamo odmerek kombiniranih zdravil. Ta način je priporočen tudi kot prva izbira za zdravljenje.

Pomen kombinacijskega zdravljenja je zaznan in zasledovan vzporedno z razvojem zdravil za zniževanje krvnega tlaka. Izkoriščati je treba sinergijske učinke in aditivnost. Le izbira prave kombinacije zdravil iz ustreznih skupin zavira različne patofiziološke mehanizme in nasprotuje poskusom homeostatske kompenzacije, ki omejuje učinkovitost zdravljenja.

Kombinacijsko zdravljenje je zaradi tega racionalen pristop k zdravljenju AH in ga uporabljamo vse pogosteje, čeprav ideja ni nova. **Kombinacija nizkih odmerkov dveh zdravil** (tudi v stalni obliki: *FLDC – fixed low dose combination*) se kot možnost prve izbire zdravljenja prvič pojavlja že v 90. letih v smernicah (JNC VI, WHO-ISH).

Leta 1964 se je začelo obdobje **bloktorjev receptorjev beta (BB)** z uvedbo prve klinično uporabne učinkovine – propranolola. V zgodnjih raziskavah je kazalo, da BB zmanjšajo pojavnost možganskih kapi, izostal pa je pričakovani učinek pri preprečevanju koronarne bolezni in srčno-žilnih dogodkov. Tri desetletja so se BB obdržali kot antihipertenzivno zdravilo prvega izbora, čeprav v začetku niso bili preizkušeni v neposredni primerjavi s placebom.

Postali so drugo najpogosteje predpisovano zdravilo za zdravljenje AH, za diuretiki, ki so se v raziskavah zelo dobro odrezali in učinkoviteje znižujejo KT od BB, saj so preprečili več usodnih in neusodnih možganskih kapi, srčno-žilnih zapletov in zmanjšali celokupno umrljivost.

Tako je do danes najbolj predpisovana in razširjena »**klasična kombinacija bloktorja receptorjev beta in tiazidnega**

diuretika, ki so jo ustoličile ameriške smernice leta 1984 (JNC III), vse do smernic JNC 7 v letu 2003, ki so svetovale ponovno tiazidni diuretik za začetno zdravljenje pri večini bolnikov (kot prve JNC 1977). Ostale skupine zdravil, vključno z BB, so po ameriških smernicah enakovredna druga izbira, če bolnik tiazidnega diuretika ne prenaša.

Začetno zdravljenje z BB v zadnjem času doživlja hude kritike s strani dela strokovne javnosti, češ da ni primerno za začetno zdravljenje pri nezapleteni AH. Številni strokovnjaki menijo, da BB prve in druge generacije niso sprejemljivi za zdravljenje nezapletene hipertenzije, saj povečajo tveganje za možgansko kap, manj koristijo pri srčno-žilni umrljivosti in obolevnosti, imajo številne škodljive učinke in so neuspešni (manj uspešni) pri regresiji okvar tarčnih organov, kot sta hipertrofija levega prekata in endotelna disfunkcija. V zadnjem času je kritiko povečala tudi »psevdohipertenzivna učinkovitost« oz. nezmožnost znižanja centralnega krvnega tlaka.

Verjetno so izjema novejši BB tretje generacije, ki imajo hipertenziji prijaznejši hemodinamski profil in prednosti zdravljenja z BB zaradi podpore pri določenih spremljajočih boleznih.

Najprej so preverili učinek atenolola, ki je bil uporabljen v številnih velikih raziskavah kot primerjalno zdravilo. Sledile so metaanalize, od katerih je najpomembnejša Lidholmova, ki je zajela 13 dvojno slepih kontroliranih raziskav (127.000 bolnikov), vključno z nekaj prelomnimi raziskavami (LIFE, ASCOT). Pokazalo se je, da BB pri preprečevanju miokardnih infarktov niso boljši kot druge skupine antihipertenzivnih zdravil, a so pomembno slabši pri preprečevanju možganskih kapi (najslabši atenolol). V zaključku sicer ne zanikajo določenega učinka BB pri bolnikih z AH, a ga ocenijo kot suboptimalnega.

Poleg neugodnega učinka na presnovo ogljikovih hidratov in maščob vidijo razlog predvsem v različnih hemodinamskih učinkih. V primerjavi z ACEI, antagonisti kalcijevih kanalov in diuretiki, BB zmanjšajo brahialni krvni tlak, ne pa centralnega. Mnogi vodilni strokovnjaki zato menijo, da bi bilo treba na osnovi teh spoznanj spremeniti smernice za zdravljenje AH. Zadnje evropske smernice za zdravljenje AH pa temu ne sledijo, čeprav sta NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) in Britansko združenje za hipertenzijo (BHS) v Veliki Britaniji na osnovi zadnjih ugotovitev svetovala uporabo BB šele kot zdravila četrte izbire.

Evropske smernice izhajajo iz splošnih načel, da so posamezne skupine zdravil v glavnem podobno koristne pri zdravljenju hipertenzije. V zadnjih evropskih smernicah je poudarjeno, da so primerjalne dvojno slepe raziskave pokazale, da so med zdravili za podobno znižanje krvnega tlaka zelo majhne razlike glede obolevnosti in umrljivosti. Uspešnost zdravljenja arterijske hipertenzije je po veljavnih evropskih smernicah torej v veliki meri odvisna le od znižanja krvnega tlaka samega po sebi. Ta trditev ni popolnoma podprta, saj posamezne raziskave niso dosegle enakega znižanja krvnega tlaka pri

primerjalnih skupinah zdravil, zato je uporabljena metaregrecijska analiza, ki je upoštevala razlike v doseženih tlakih.

Pomembnejše spremembe pri zdravljenju hipertenzije so se zgodile šele s prihodom **zaviralcev konvertaze angiotenzina (ACEI)**. Kmalu po njihovem prihodu so ugotovili izjemno učinkovitost kombinacije tega zdravila s tiazidnim diuretikom. Ob nesorazmerno večji učinkovitosti so še drugi razlogi za odličnost te kombinacije. Ena učinkovina namreč izničuje stranske učinke druge, saj dodatek ACEI diuretikom ublaži iatrogeno hipokalemijo (slabi učinke sekundarnega hiperaldosteronizma), hiperglikemijo, hiperurikemijo in hiperholesterolemijo. Monoterapija z diuretikom pripelje v končni fazi do hiperreninemije (in slabšanja hipotenzivnega učinka), zato je kombinacija tiazidnega diuretika z ACEI za zdravljenje arterijske hipertenzije naravnost logična. Pri bolnikih z nizkim reninom je odgovor na zdravljenje z ACEI šibak, v kombinaciji z diuretikom pa dober. ACEI potencira natriurezo, tiazidni diuretik pa je glede natriureze sinergističen, kar pomeni, da je potreben nižji odmerek inhibitorja konvertaze od tistega, ki bi bil potreben v monoterapiji. Odgovor na tako kombinacijo je več kot 80-odstoten glede na nekatere avtorje, zato je **kombinacija ACEI in tiazidnega diuretika (kasneje tudi z antagonistii AII receptorjev)** v zadnjem času prevladovala.

Problemi z zavzetostjo bolnikov s hipertenzijo (compliance) za zdravljenje in komorbidna stanja, ki jih pogosto spremljajo, pa so na tržišče zdravil prinesli fiksne kombinacije zdravil, ki so prej nastopala v prostih kombinacijah. Pred kratkim opravljena metaanaliza je namreč pokazala, da je tveganje za opustitev zdravljenja pri stalni (fiksni) kombinaciji v primerjavi s prosto kombinacijo istih zdravil za 24 odstotkov manjše.

Na razpolago je vse več **stalnih (fiksni) kombinacij antihipertenzivnih zdravil**. Zakaj stalna oblika? Tako proste kot stalne kombinacije imajo svoje prednosti in slabosti. Pri prosti kombinaciji je dobro, da imamo dober pregled nad morebitno neodzivnostjo na učinkovino, spreminjamo lahko odmerek, uporabimo lahko več različnih učinkovin in bolje reagiramo oz. nadzorujemo stranske učinke. Slabo je, da se lahko pojavijo kombinacije neustreznih zdravil v nepravilnih odmerkih. Vse to odvrne bolnika, višja je tudi cena zdravljenja. Stalna kombinacija je odgovor na nekatere tovrstne probleme, saj uporablja optimalne odmerke in išče sinergijo/aditivnost učinkovin ter ima preprost način jemanja. Zavzetost bolnika je večja, zdravljenje cenejše. Pomembnejši problem pa je težje zaznavanje neodzivnosti ene učinkovine, težave s fleksibilnostjo in razlike v farmakokinetiki/dinamiki.

Stalne kombinacije se uveljavljajo tudi zaradi vse bolj jasne naravnosti stroke v potrebo po večji uporabi kombinacijskega zdravljenja za doseganje ciljnih vrednosti KT, kar je ponovno poudarjeno v evropskih smernicah 2007, kjer je najpomembnejšo vlogo pri utrditvi tega mnenja odigrala raziskava ASCOT. Prelomni raziskavi ASCOT-BPLA in raziskava EUROPA sta promovirali kombinacijo perindopril in amlodipina (dihidropiridinskega antagonista kalcijevih

kanalov). Zaradi rezultatov obeh preiskav se je povečalo predpisovanje teh zdravil v prosti kombinaciji, nato je ponudba antihipertenzivskih orožij obogatena tudi s stalno kombinacijo perindopril/amlodipin (prestance®).

Koncept zdravljenja z ACEI in dihidropiridinskim antagonistom kalcijevih kanalov (DHP-CCA) je privlačen iz različnih vzrokov. V kombinaciji učinkoviteje nadzirata KT, ob boljšem prenašanju zdravljenja kot s posameznim zdravilom. DHP-CCA namreč včasih povzroča otekline zaradi vazodilatacije, ki jih dodatek ACEI močno zmanjša ali izniči. Komplementarna sta tudi v natriuretičnem učinku, tako da je možno KT bolje nadzorovati, tudi ko uporaba diuretika ni možna. Obe učinkovini sta uspešni pri preprečevanju ali zmanjševanju posledic na tarčnih organih (regresija hipertrofije levega prekata, mikroralbuminurije in propadanja ledvične funkcije). V številnih kliničnih situacijah. Tako so ACEI pokazali dobrobit pri srčnem popuščanju, diabetični nefropatiji in po srčnih kapeh, CCA pa pri angini pectoris, določenih aritmijah in vazospastičnih stanjih.

Kaj je tisto, kar je pokazala **raziskava ASCOT (22)**, da so njeni rezultati v evropskih smernicah 2007 odigrali najpomembnejšo vlogo pri utrditvi mnenja, da je kombinacijsko zdravljenje vse bolj pomembno, da so se spremenile britanske smernice (24) in da bo tudi vpliv na nove ameriške smernice občuten?

Najprej je treba poudariti, da je to prva raziskava, ki je pokazala razliko v celokupni umrljivosti in srčno-žilni zbolečnosti v neposrednem soočenju dveh antihipertenzivnih režimov zdravljenja. Vključenih je bilo cca 20.000 hipertenzivov z visoko srčno-žilno ogroženostjo, a brez boleznih srca. Ena skupina je dobila »nova« zdravila: amlodipin s po potrebi dodanim perindoprilom, druga skupina pa »klasična – starejša« zdravila: atenolol s po potrebi dodanim tiazidnim diuretikom (bendroflumetiazidom). Ciljni tlak je bil RR < 140/90 mm Hg in < 130/80 mm Hg pri sladkornih bolnikih.

78 odstotkov celotne populacije je konec raziskave dočakalo s kombinacijskim zdravljenjem. Le 15 odstotkov bolnikov, ki so prejeli amlodipin, je ostalo na monoterapiji.

Preiskavo **so morali predčasno prekiniti** (po 5,5 letih), ker je bila v tistem trenutku za 11 odstotkov nižja celokupna umrljivost v skupini, ki je prejela amlodipin/perindopril. V primerjavi s skupino, ki je prejela »klasična« zdravila, je bila za 24 odstotkov nižja tudi srčno-žilna umrljivost, število vseh koronarnih dogodkov je bilo manjše za 13 odstotkov ter za 23 odstotkov manjše število usodnih in neusodnih možganskih kapi. Novoodkrite sladkorne bolezni je bilo 30 odstotkov manj, ugotovili so tudi 15 odstotkov manj novega ledvičnega popuščanja.

Raziskovalci menijo, da je raziskava ASCOT pokazala učinkovitost kombinacije amlodipin/perindopril pri nadzoru KT in boljšo zaščito pred srčno-žilnimi dogodki kot kombinacija

blokatorjev receptorjev beta s tiazidnim diuretikom. Samo delno lahko to pripišemo razliki v krvnih tlakih, ki je beležena v času raziskave in je znašala 2,7/1,9 mm Hg. Multivariantna analiza podatkov je namreč pokazala, da **manjša pojavnost koronarnih in cerebrovaskularnih dogodkov ni v celoti razložljiva z razliko v KT med obema skupinama.**

Primerjava z nekaterimi raziskavami, ki so direktno primerjale posamezne monoterapije, da slutiti, da je zaščitni učinek posledica prav kombinacije dihidropiridinskega kalcijevega antagonist (DHP-CCA) in ACEI. Da ne gre za splošni učinek skupine, je videti v raziskavi INVEST, kjer je kombinacija verapamil/trandolapril pri bolnikih s koronarno boleznijo enako učinkovita kot kombinacija blokatorja receptorjev beta in tiazidnega diuretika.

Očitno je, da ima kombinacija amlodipin/perindopril komplementaren učinek pri zniževanju KT in sinergističen učinek pri zaščiti srčne mišice, tako na ravni miocita kot endotelija.

Razlike med skupinama v raziskavi ASCOT razlagajo tudi z različnim učinkom dveh režimov zdravljenja na centralni KT. Različen učinek različnih skupin antihipertenzijskih zdravil na centralni KT je znan. Meritev brahialnega KT podceni učinke zaviralcev konvertaze in antagonistov kalcijevih kanalov ter preceni učinke blokatorjev receptorjev beta. V podraziskavi CAFE so štiri leta v sklopu raziskave ASCOT opazovali približno 1000 bolnikov v vsaki skupini. Razlika v brahialnem KT je bila ves čas raziskave neznačilna, centralni sistolični KT pa je bil statistično značilno nižji (4,3 mm Hg). Rezultati podraziskave CAFE nam lahko potencialno razložijo izsledke raziskave ASCOT, ker je centralni KT povezan s povečanim tveganjem za hipertrofijo levega prekata, koronarne dogodke in možgansko kap.

Pomen centralnega KT potrjuje tudi raziskava REASON, kjer je kombinacija perindopril/indapamid boljša od blokatorja receptorjev beta atenolola, in pred kratkim objavljena raziskava ACOMPLISH – prva raziskava, ki je primerjala korist fiksnih kombinacij dveh zdravil amlodipin/benazepril proti benazepril/HCTZ v enkratnem odmerku dnevno pri zdravljenju hipertonikov z visokim tveganjem. Kombinacija zaviralca konvertaze in nedihidropiridinskega antagonist kalcijevih kanalov je učinkoviteje znižala KT ter zmanjšala relativno tveganje za srčno-žilne dogodke za 20 odstotkov.

V raziskavi ASCOT je 78 odstotkov bolnikov doseglo ciljne vrednosti KT v razumnem času. To je enkrat več kot dosegamo v splošni populaciji bolnikov z arterijsko hipertenzijo.

Menimo, da je dovolj zanesljivih dokazov o dobrih lastnostih fiksne kombinacije nedihidropiridinskega antagonist kalcijevih kanalov in zaviralca konvertaze. Dosežena je odlična zavzetost bolnikov za zdravljenje, optimalna sinergija, komplementarnost in izničevanje stranskih učinkov.

Literatura je na voljo pri avtorju.

Izjava o konfliktu interesov

Podpisani prim. Borut Kolšek, dr. med., avtor članka Pomen stalne kombinacije protihipertenzijskih zdravil za zdravljenje arterijske hipertenzije, predvidenega za objavo v reviji Isis, izjavljam, da sem članek napisal na pobudo podjetja Servier, ki ni želelo vplivati ali kakorkoli pogojevati vsebine prispevka, zato moj članek ne vsebuje reklamnih sporočil ali neposrednih navedb, ki bi se nanašale na Servierjeve izdelke. Članek vsebuje le znanstveno potrjena dejstva o današnji vlogi kombinacijskega zdravljenja arterijske hipertenzije s poudarkom koristnosti uporabe fiksnih kombinacij zdravil.

Drage kolegice in kolegi, ki ste se na Medicinsko fakulteto vpisali leta 1979 ali ste se naši generaciji pridružili kadarkoli kasneje – pozor!

Čeprav se vam morda zdi, da ste se vpisali predvčerajšnjim, je letos od tega slovestnega in pomembnega trenutka minilo že celih 30 let!

Zato v **petek, 6. novembra 2009:**

- odpovejte abonma v Drami,
- »špricajte« koncert,
- zamenjajte dežurstvo z mlajšim kolegom,
- prestavite datum svetovnega kongresa vaše specialnosti,
- doma povejte, da imate zelo nujen sestanek in vas ne bo na večerjo...

...ker imate od **18.30** dalje nujen sestanek v gostišču **Povodni mož** na Zaloški (nasproti nove porodnišnice, ob Ljubljani).

Priča boste srečanju kolegov, kot ga še ni bilo – mimoidoči bi pomislili, da ustanavljamo nov Klinični center...

Pa še nekaj nalog za spoštovane udeležence:

- čim preberete to sporočilo, pošljite SMS s potrditvijo svoje udeležbe Karin Kanc Hanžel (041 672 729) ali Diani Terlevič Dabič (041 667 046),
- o srečanju povejte kolegom,
- s seboj »prinesite« obilo dobre volje in
- očala primerne dioptrije, da se boste med seboj zagotovo spoznali.

Srečno in kmalu nasvidenje!

Srčna frekvenca pri bolnikih z arterijsko hipertenzijo in ishemično boleznijo srca – raziskava ambulantnih obravnav Cilj 60

Danica Rotar Pavlič

Uvod

Številne epidemiološke raziskave kažejo, da moramo pozornost – ob znanih dejavnikih tveganja za srčno-žilne bolezni – posvetiti tudi morebitnim zvišanim vrednostim srčnega utripa. Pri zdravem posamezniku je povprečna frekvenca srčnih utripov v mirovanju okoli 70 utripov na minuto. Število je povezano s spolom, starostjo in življenjskim slogom. Dejavniki, ki opredeljujejo srčni ritem, so med drugim: dejavnost pacemakerskih celic in jonskih kanalčkov, refleksni odgovori, ki so povezani z dihanjem in receptorji karotidnega vozla, povezave med osrednjim živčnim sistemom in avtonomnim živčevjem, plazemski hormoni, mehanizmi uravnavanja temperature, genski dejavniki, miokardni fenotip in drugi receptorji na sinoatrijskem vozlu.

Srčni ritem novorojenčka znaša od 130 do 140 utripov na minuto. Na splošno velja, da je število utripov na minuto obratno sorazmerno povezano s starostjo. Srčna frekvenca se ciklično spreminja in je podnevi višja kakor ponoči. Spreminja se še glede na fizično aktivnost, telesno težo, kajenje, uživanje alkoholnih pijač ipd. Odziv na stresno obremenitev se med drugim kaže tudi z zvišanjem števila utripov srca na minuto. Ko postane stresna obremenitev kronična, se število utripov zniža, vendar je še kljub temu višje v primerjavi s stanjem, če stresa ne doživimo.

Srčni ritem je ena od osnovnih determinant porabe kisika v miokardu. Zvišane vrednosti srčnega ritma predstavljajo stanje, ki zahteva večjo potrebo po kisiku in njegovo uporabo.

Zvišan srčni ritem skrajša dolžino srčnega cikla, skrajša čas diastolne prekrvitve in oskrbe s kisikom. Pospešen srčni ritem lahko poveča tveganje za akutni koronarni sindrom, ki je lahko posledica delovanja izjemnega mehničnega stresa na aterosklerotično leho.

Prek jakosti strižnih sil frekvenca srčnih utripov uravnava endoteljsko funkcijo in žilni tonus. Endotelij v povezavi z jakostjo strižnih sil sprošča dušikov oksid in druge vazoaktivne snovi ter vpliva na stopnjo vazodilatacije in količino krvi, ki pride do perifernih mišic.

Visoka srčna frekvenca in umrljivost

Povezavo med visoko srčno frekvenco v mirovanju in umrljivostjo so opazovali pri splošni populaciji, bolnikih z arterijsko hipertenzijo, srčnim popuščanjem in sladkorno boleznijo ter bolnikih po akutnem miokardnem infarktu. V nedavno objavljenih izsledkih obsežne raziskave, izvedene pri bolnikih z ugotovljeno koronarno aterosklerozo ali s sumom nanjo, je bila visoka srčna frekvenca v mirovanju neodvisen dejavnik, ki napoveduje preživetje. Pokazalo se je tudi, da je visoka srčna frekvenca neodvisen dejavnik tveganja pri umrljivosti zaradi vseh vzrokov in umrljivosti zaradi srčno-žilnih bolezni, pri čemer so raziskovalci upoštevali spremenljivke, kot so starost, krvni tlak, kajenje, raven holesterola, sladkorna bolezen, iztisni delež, stopnja telesne dejavnosti in telesna teža. V ta proces je lahko vpletenih več možnih mehanizmov. V srčno-žilnem sistemu lahko visoka srčna frekvenca pospeši razvoj aterosklerotičnih lezij in povzroči razpok lehe. Zaradi vseh navedenih dejstev ter tudi po priporočilih evropskih in ameriških smernic

DEJAVNIKI IN STANJA	ŠTEVILO UTRIPOV NA MINUTO SE ZVEČA (+), ZMANJŠA (-)
nespremenljivi:	
staranje	-
ženski spol	+
dednost	+/-
fiziološki:	
zgodnje jutranje ure	+
nočni čas	-
vstajanje pokonci	+
doživljanje stresa	+
življenjski slog:	
telesna aktivnost	-
čezmerna telesna teža	+
kajenje	+
čezmerno uživanje alkohola	+
patološki:	
hiperlipidemija	+
nizek kardiorespiratorni fitness	+
popuščanje srca	+
zdravila	+/-

Preglednica 1. Dejavniki in stanja, ki vplivajo na srčni ritem

je znižanje srčne frekvence za bolnike z ishemično boleznijo pod 60 utripov/min nujno.

Srčna frekvenca pri srčnih bolnikih v Sloveniji – Reality SI

V raziskavo *Reality SI* je bilo vključenih 330 bolnikov, ki so jih izbrali specialisti internisti. Ti so k sodelovanju povabili od 10 do 15 zaporednih ambulantnih bolnikov s kronično stabilno angino pektoris. Rezultati so pokazali, da je bila pri skoraj 50 odstotkih bolnikov, ki so bili zdravljeni z zaviralci receptorjev beta, priporočena srčna frekvenca 60 utripov na minuto presežena. Pri 63,2 odstotka bolnikov, ki niso prejeli zaviralcev receptorjev beta, je frekvenca presegala 60 utripov na minuto. V skupini bolnikov, ki niso prejeli zaviralcev receptorjev beta, je bila simptomatika izrazitejša ter kakovost življenja slabša.

Stanje ambulantno vodenih bolnikov

Družinski zdravniki predstavljajo prvo linijo obravnav ter se srečujejo z najširšo populacijo bolnikov. Z velikim številom obravnav se srečujejo tudi zdravniki, ki opravljajo ambulantno delo na polikliniki. Pri zdravljenju bolnikov z ishemično boleznijo srca imamo presenetljivo veliko podatkov o številnih dejavniki tveganja, malo pa vemo o vrednostih srčne frekvence. Kljub velikemu številu dokazov srčna frekvenca v mirovanju še ni postala običajni sestavni del ocene tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni in se še ne uporablja kot orodje za oceno bolnikovega celokupnega tveganja ali pri odločanju o potrebnosti zdravljenja. V tem so skrite velike možnosti za nadaljnje izboljšanje obvladovanja bolezni pri bolnikih z ishemično boleznijo srca, predvsem v okviru ambulantnega zdravljenja. Zato smo v letu 2008 izvedli raziskavo o oskrbi bolnikov z ishemično boleznijo srca – Cilj 60, in sicer v devetih ambulantah družinskih zdravnikov in dveh ambulantah specialistov internistov. Zdravniki so v okviru svojega ambulantnega dela v raziskavo vključili največ 50 zaporednih bolnikov, starih nad 18 let, ki imajo ishemično bolezen srca in/ali arterijsko hipertenzijo. Beležili so demografske podatke, merili krvni tlak in srčno frekvenco, vrednotili pojavnost anginoznih napadov in jemanje kratko delujočih nitratov ter ocenjevali stopnjo bolečine (po lestvici kanadskega kardiološkega združenja).

Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je bil pridobiti več podatkov o ambulantnem vodenju bolnikov z ishemično boleznijo srca in/ali arterijsko hipertenzijo, s posebnim poudarkom na merjenju vrednosti frekvence srčnih utripov.

Zastavili smo si naslednje cilje:

- opredeliti raven srčne frekvence,
- opisati obstoječe vzorce zdravljenja pri opazovanih bolnikih,
- oceniti vpliv simptomatike na vsakdanje aktivnosti bolnikov.

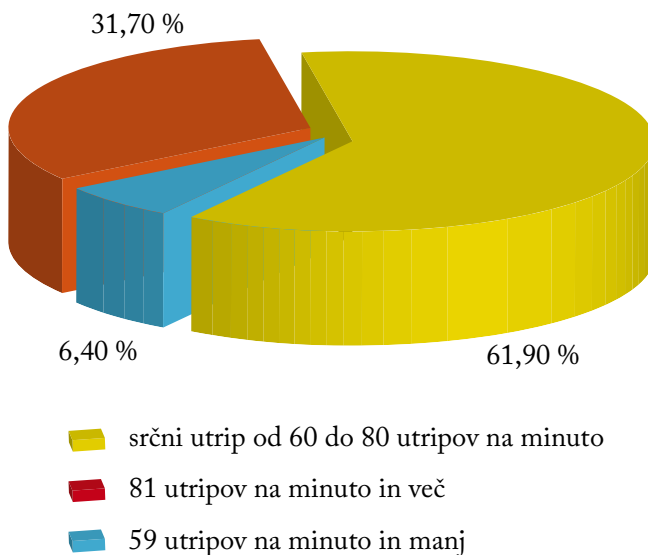
Rezultati

V raziskavo je bilo vključenih 479 bolnikov, od tega 52,8 odstotka žensk in 47,2 odstotka moških. Povprečna starost

bolnikov je bila 64 let (najmlajša oseba 32 let, najstarejša 92 let). Čezmerno telesno težo je imelo 43,1 odstotka preiskovancev. Življenjski slog so zdravniki vrednotili s pomočjo treh dejavnikov: s telesno aktivnostjo, z delom/zaposlitvijo in s kajenjem. Telesno aktivnih (vsaj 15 minut 3-krat tedensko) je bilo 52,6 odstotka anketiranih. Večina – kar 67,4 odstotka anketiranih – ni bila v rednem delovnem razmerju; 66,2 odstotka preiskovancev je trdilo, da ne kadijo.

Stanje srčne frekvence v celotni skupini preiskovancev

61,9 odstotka preiskovancev je imelo srčni utrip od 60 do 80 utripov na minuto, 31,7 odstotka je bilo takih z 81 utripi na minuto in več, najmanj (6,4 odstotka) pa je bilo oseb z manj kot 59 utripi na minuto. Najnižja vrednost srčnega utripa je znašala 46 in najvišja 142 utripov na minuto. Povprečje v celotnem vzorcu je znašalo 77 utripov na minuto. Število srčnih utripov nad 70 na minuto je imelo 71 odstotkov preiskovancev.



Graf 1. Izmerjena frekvenca srčnih utripov pri bolnikih s hipertenzijo in/ali ishemično boleznijo srca

Večina zdravnikov (43,9 odstotka) je pri svojih bolnikih izmerjeno frekvenco srčnih utripov vrednotila za normalno stanje, 31 odstotkov zdravnikov je frekvenco vrednotilo kot mejno visoko in 25,1 odstotka kot visoko.

Vrednosti izmerjenega krvnega tlaka v celotni skupini preiskovancev

V preglednici 2 navajamo vrednosti sistolnega krvnega tlaka, ki so ga zdravniki izmerili ob obisku v ambulantni bolnikom z arterijsko hipertenzijo in/ali ishemično boleznijo srca.

Ocena vrednosti sistolnega krvnega tlaka	Število preiskovancev	%
optimalen	21	4,3
normalen	53	10,9
visoko normalen	103	21,1
v hipertenzivnem območju	309	63,4
Skupaj	486	99,8

Preglednica 2: Ocena višine sistolnega krvnega tlaka, ki so ga preiskovancem izmerili zdravniki

Rezultati kažejo, da so izmerjene vrednosti v skupini bolnikov z ishemično boleznijo srca in arterijsko hipertenzijo vedno previsoke.

Ocena vrednosti diastolnega krvnega tlaka	Število preiskovancev	%
optimalen	100	20,5
normalen	96	19,7
visoko normalen	61	12,5
v hipertenzivnem območju	229	47,0
Skupaj	486	99,8

Preglednica 3: Ocena višine diastolnega krvnega tlaka, ki so ga preiskovancem izmerili zdravniki

Rezultati kažejo, da so izmerjene vrednosti diastolnega krvnega tlaka v skupini bolnikov z ishemično boleznijo srca in arterijsko hipertenzijo v skoraj polovici primerov previsoke.

Anginozni simptomi in stopnja anginozne bolečine

262 preiskovancev je ob pregledu v anamnezi navajalo občutek anginoznih napadov. V večini primerov (63,4 odstotka) so preiskovanci navajali od enega do tri napade na teden, 14,5 odstotka preiskovancev je navedlo od štiri do šest napadov na teden, 3,8 odstotka preiskovancev pa je imelo napade sedem-ali večkrat na teden. Kar 150 preiskovancev je v preteklosti že doživelo miokardni infarkt.

Merjenje anginozne bolečine je bilo ločeno na bolečino med obremenitvijo in bolečino v mirovanju. Med obremenitvijo je kar 72,3 odstotka anketiranih občutilo bolečino, medtem ko je v mirovanju bolečino občutilo 20,4 odstotka preiskovancev.

Vpliv simptomov angine pektoris na kakovost življenja

34,6 odstotka preiskovancev je trdilo, da simptomi angine pektoris zmerno vplivajo na kakovost njihovega življenja. Pri 31,8 odstotka anketiranih kakovost življenja zaradi angine ni spremenjena oz. je vpliv bolezni le majhen (30,5 odstotka),

3,1 odstotka preiskovancev pa je povedalo, da simptomi angine pektoris močno vplivajo na kakovost njihovega življenja.

Zaradi simptomov angine pektoris se 34 odstotkov bolnikov ne počuti omejenih pri vsakodnevnih aktivnostih. Sledijo jim taki, ki se počutijo malo (32,3 odstotka) ali zmerno omejeni (30,6 odstotka), najmanj pa je spet tistih, ki menijo, da so pri vsakodnevnih aktivnostih močno omejeni (3,1 odstotka).

Razprava

S pomočjo preiskave smo pridobili oceno stanja srčne frekvenca med bolniki, ki jih ambulantno obravnavamo v okviru zdravljenja hipertenzije oz. ishemične bolezni srca. Ugotovitev, da je imelo 31,7 odstotka preiskovancev 81 utripov srca na minuto in več, kaže na potrebo po zniževanju srčne frekvenca oz. na nujnost bolj zavzetega in poglobljenega obravnavanja tega dejavnika, saj imamo na voljo učinkovita in varna zdravila (na primer beta zaviralce, ivabradin). Med zvišano srčno frekvenco v mirovanju (> 80 do 85 utripov na minuto) in tveganjem za razvoj arterijske hipertenzije ter ateroskleroze obstaja jasna povezanost, zato jo vrednotimo kot napovednik srčno-žilne zbolelosti. Epidemiološke raziskave kažejo, da srčna frekvenca ni odvisna od drugih dejavnikov tveganja za aterosklerozo in velja tako za zdrave ljudi kot za srčne bolnike. V raziskavi *BEAUTIFUL* so dokazali, da je frekvenca, ki pri bolnikih s stabilno koronarno arterijsko boleznijo ali sistolno disfunkcijo levega ventrikla znaša 70 utripov in več, dejavnik tveganja za srčno-žilni zaplet. Frekvenca 70 utripov na minuto in več je bila povezana s povečanim tveganjem za srčno-žilno smrt, hospitalizacijo ter fatalni ali nefatalni miokardni infarkt. Te ugotovitve potrjujejo prognostični pomen zvišane srčne frekvenca pri bolnikih s koronarno arterijsko boleznijo. Zato je tudi terapevtski cilj ustrezno upočasniti srčno frekvenco.

Kar 262 preiskovancev je navajalo občutek anginoznih napadov; nekateri so poročali celo o sedmih in več napadih na teden, kar je skrb vzbujajoče. Ker je frekvenca srčnih utripov pomemben označevalec porabe kisika v srčni mišici, je podatek pomemben za zdravljenje. Z znižanjem srčne frekvenca zvišamo ishemični prag, izboljšamo srčno zmogljivost in ublažimo klinično izraženo ishemično srčno boleznijo. Anginozna bolečina je najbolj pomemben odraz miokardne ishemije in ima velik vpliv na kakovost življenja pri bolnikih s stabilno koronarno arterijsko boleznijo.

Večina bolnikov je anginozne napade doživljala med obremenitvijo, kar se sklada z objavami v literaturi. Povečana potreba po kisiku v srčni mišici, ki jo izzove povečana frekvenca srčnih utripov med obremenitvijo, je glavni določevalc ishemičnih napadov. Takšni bolniki imajo med normalno dnevno aktivnostjo tudi veliko nesimptomatskih ishemičnih napadov, pri katerih pomen frekvenca srčnih utripov ni jasen. Ugotovili so, da so tudi nesimptomatski ishemični napadi povezani s pomembnim porastom frekvenca srčnih utripov od 5 do 30 minut pred začetkom ishemije. Znižanje frekvenca v mirovanju je bilo povezano z zmanjšanjem pojavnosti ishemičnih dogodkov.

Pričujoča raziskava ima določene omejitve: predvsem gre za ad hoc analizo, katere izsledki so namenjeni graditvi hipoteze v smeri, da je frekvenca srčnih utripov podcenjen dejavnik tveganja. Vsekakor bo treba raziskovalno gradivo podrobneje raziskati. Anginalni simptomi so bili vrednoteni na podlagi poročila bolnikov – manjši del populacije je imel opravljeno koronarografijo, vendar metodo poročanja s strani bolnikov vključujejo tudi druge raziskave.

Zaključki

Tako kot ugotavljajo tudi drugi slovenski avtorji, se pomena srčne frekvence premalo zavedamo. Raziskave namreč kažejo, da povezava med srčno frekvenco in stanjem srčno-žilnega sistema nedvoumno obstaja. Srčna frekvenca nad 70 utripov na minuto je neodvisen dejavnik ogroženosti pri koronarnih bolnikih, zato se je potrebno ustrezno terapevtsko odzvati. Predvsem pri bolnikih z ishemično boleznijo srca in pri hipertenzivnih bolnikih bi morali dejavne spremljati vrednosti frekvence srčnih utripov in se odzvati ob zvišanih frekvencah, saj imamo na voljo učinkovita zdravila. Prav tako bo treba še več naporov

vložiti v doslednejši nadzor krvnega tlaka in izvajanje vseh ukrepov za zniževanje čezmerne telesne teže pri ambulantno obravnavanih bolnikih.

Literatura je na voljo pri avtorici.

Izjava o konfliktu interesov

Asist. prim. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., avtorica članka Srčna frekvenca pri bolnikih z arterijsko hipertenzijo in ishemično boleznijo srca – raziskava ambulantnih obravnav Cilj 60, izjavljam, da sem članek napisala v dogovoru s farmacevtskim podjetjem Servier, ki v isti številki revije oglašuje svoje izdelke s tega področja. Ti so se izkazali za učinkovito zdravilo za zniževanje srčne frekvence. Členek ne vsebuje reklamnih sporočil, ampak gre za pregled strokovne literature, priporočil in kliničnih raziskav.

Aktualno

Hitri testi za diagnostiko pandemske gripe – ali so dovolj zanesljivi?

Katarina Prosenc Trilar, Maja Sočan

S pojavom novega – pandemskega virusa gripe so se pojavila številna vprašanja in eno izmed njih je, kakšna laboratorijska diagnostika pandemske gripe je na voljo, kdaj jo je smiselno uporabiti in kakšno specifičnost oz. občutljivost pričakujemo. Poleg uveljavljenih metod za diagnostiko gripe (kultivacija virusa v celični kulturi, serologija in verižna reakcija s polimerazo) proizvajalci ponujajo t.i. hitre teste (near-patient tests, point of care tests) za diagnostiko sezonske in pandemske gripe. V prispevku predstavljamo prednosti in slabosti različnih metod testiranja za potrjevanje pandemske gripe.

Sezonski in pandemski virusi gripe

V sezoni gripe krožijo virus gripe A(H3N2), virus gripe A(H1N1) in virus gripe B. Običajno v določeni sezoni eden izmed virusov gripe prevladuje, druga dva pa se pojavljata redkeje. Aprila 2009 je bil pri ljudeh dokazan nov virus gripe, ki se je v mesecu dni iz Mehike in ZDA razširil po vsem svetu. 11. junija 2009 je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) razglasila šesto, najvišjo fazo pandemije in novi virus poimenovala pandemski virus gripe (H1N1) 2009 oz. virus gripe **A(H1N1)v**.

Preko poletja 2009 je bilo največ bolnikov s pandemsko gripo v državah južne poloble, ko je pri njih sezona gripe. V Avstraliji, na Novi Zelandiji in v Čilu so hkrati krožili običajni sezonski virusi gripe (predvsem virus gripe A(H1N1) in A(H3N2)) in nov, pandemski virus gripe A(H1N1)v, ki je postopoma prevladal. V Evropi smo običajne, sezonske viruse gripe zaznali izjemoma, večinoma potrjenih primerov gripe je povzročil nov, pandemski virus.

Občutljivost na protivirusna zdravila

Protivirusna zdravila za zdravljenje gripe so: amantadin, rimantadin (M2-inhibitorji) in oseltamivir, zanamivir (inhibitorji nevraminidaze). Inhibitorji nevraminidaze so dostopni tudi v Sloveniji. Virusi gripe niso enako dobro občutljivi na vsa protivirusna zdravila: sezonski sevi virusa gripe A(H3N2) in B so dobro občutljivi na oseltamivir in zanamivir. Pri sezonskem virusu gripe A(H1N1) se je v januarju 2008 pojavila odpornost na oseltamivir. V lanski sezoni gripe skoraj ni bilo več najti sezonskega virusa gripe A(H1N1), ki ne bi bil rezistenten na oseltamivir, še vedno pa so ohranili občutljivost za zanamivir.

Pandemski virus gripe A(H1N1)v je dobro občutljiv na protivirusna zdravila oseltamivir in zanamivir. Le pri 12 bolnikih iz različnih držav so dokazali virus, ki ni bil občutljiv na oseltamivir.

Laboratorijska diagnostika virusov sezonske in pandemske gripe

Molekularne tehnike, izolacija v celični kulturi in serologija

Zaradi nespecifičnih znakov pandemske gripe je postavitev diagnoze na podlagi klinične slike težavna, a je zaradi odločitve glede zdravljenja v določenih primerih potrebna.

Metode, ki jih SZO priznava kot ustrezne za potrditev pandemskega virusa gripe A(H1N1)v, so:

- verižna reakcija s polimerazo (PCR),
- izolacija virusa v celični kulturi,
- serologija (štirikratni porast titra v parnem serumu).

Molekularne tehnike (verižna reakcija s polimerazo) imajo zelo dobro občutljivost in specifičnost, hkrati je rezultat dostopen dovolj hitro (še v istem dnevu, če je vzorec dostavljen v laboratorij v dopoldanskem času). Ovira je relativno visoka cena in transport iz bolj oddaljenih krajev do laboratorija, ki je usposobljen za izvajanje molekularnih tehnik. Izolacija virusov na celični kulturi traja nekaj dni, serološka diagnostika temelji na analizi parnega serumskega vzorca (v akutni fazi gripe in dva do tri tedne kasneje), zato se metodi uporabljata predvsem v epidemiološke namene in ne v okviru klinične obravnave bolnika.

Imunofluorescenca

Direktna in indirektna imunofluorescenca (DIF in IIF) sta relativno hitri metodi dokazovanja virusov gripe, vendar za izvedbo potrebujemo specializirano laboratorijsko opremo (npr. fluorescenčni mikroskop) in predvsem izkušeno osebje. Izkušnje dokazovanja sezonskih sevov virusov gripe A z DIF ali IIF so pokazale, da je povprečna občutljivost teh metod v primerjavi z izolacijo v celični kulturi 62-odstotna. Specifičnost obeh metod je dobra in presega 95 odstotkov (Uyeki TM, 2003).

Direktna imunofluorescenca je pri dokazovanju pandemskega virusa A(H1N1)v dosegla občutljivost 46,7 odstotka in specifičnost 100 odstotkov v primerjavi z metodo PCR (Ginocchio in sod., 2009). Iz ZDA so poročali o težkih bolnikih z respiratorno odpovedjo ob pandemski gripi, pri katerih z DIF pandemskega virusa gripe v vzorcih niso zaznali, dokazali pa so ga z metodo PCR (Kapelusnik in sod., 2009).

Hitri testi

Potrebo po hitrejšem rezultatu samo delno zapolnjujejo hitri testi (po angleško near-patient tests, point of care tests), ki so na voljo na tržišču. Njihovo uporabnost omejujejo slabša občutljivost in nezmožnost razlikovanja posameznih podtipov virusov gripe. Hitri testi večinoma odkrijejo virusni antigen v vzorcu, redkeje aktivnost virusnega encima nevraminidaze. Večina hitrih testov loči med tipoma gripe A in B, nekateri pa ne.

Rouleau in sodelavci so v svoji študiji (Rouleau I in sod. 2009) primerjali rezultate hitrega testa in PCR za odkrivanje sezonskih virusov gripe. Vzorce so odvzeli 491 bolnikom ob ambulantnem

pregledu. Občutljivost hitrega testa za dokazovanje sezonskih virusov gripe A je bila od 14,7 do 24,2 odstotka. Specifičnost je bila 99,1-odstotna. Občutljivost je bila večja pri otrocih (do 25-odstotna) in je močno padla pri osebah, starejših od 39 let. Kot pomemben dejavnik se je pokazal čas odvzema. Največja občutljivost (24,2-odstotna) je bila, kadar je bil vzorec odvzet med 3. in 4. dnevom od nastopa bolezni, saj je takrat izločanje virusa največje. Močno odvisnost hitrega testa od količine virusa v vzorcu je pokazala tudi primerjava z rezultati PCR. Vzorci, ki so bili visoko pozitivni s PCR, so bili z večjo verjetnostjo pozitivni tudi s hitrim testom.

Na voljo je že več študij, v katerih so uporabnost hitrih testov preizkusili na pandemskem virusu gripe A(H1N1)v. V primerjavi z metodo PCR je občutljivost različnih hitrih testov med 20 in 69 odstotki, specifičnost pa med 90 in 99 odstotki (CDC, 2009, Hurt AC in sod., 2009, Faix DJ in sod. 2009, Ginocchio CC in sod. 2009). Hurt s sodelavci je v študiji (Hurt AC in sod., 2009) uporabil znane koncentracije virusov in ugotovil, da mora biti za odkrivanje sezonskih virusov gripe s hitrim testom koncentracija virusa trikrat višja, kot je potrebna za odkrivanje z metodo PCR, za odkrivanje pandemskega virusa A(H1N1)v pa kar štiri- do petkrat višja. Rezultate primerjave, ki jo je izpeljal Center za nadzor bolezni v Atlanti, ZDA (CDC, 2009), predstavljamo v tabeli. Primerjani hitri testi so mnogo slabše občutljivi od metode PCR. Razvidna pa je tudi velika odvisnost hitrih testov od koncentracije virusa v vzorcu in od podtipa virusa gripe.

Zaključek

Idealno bi bilo, da bi lahko v ambulanti s testom, ki bi bil hiter, enostaven in zanesljiv, potrdili/izključili prisotnost virusa pandemske gripe v kužnini in sprejeli odločitev glede zdravljenja. Kljub priročnosti hitrih testov in potrebi po hitrih rezultatih testiranja se moramo pri uporabi hitrih testov zavedati njihovih omejitev. Zaradi njihove slabe občutljivosti (še posebej za pandemski virus gripe A(H1N1)v) je treba vedeti, da negativen rezultat hitrega testa ne ovrže okužbe in je kljub testiranju odločitev o zdravljenju in ukrepih treba sprejeti tudi na podlagi klinične slike, verjetnosti okužbe (kontakti, razširjenost gripe v populaciji), predhodnega zdravstvenega stanja in prizadetosti bolnika ter ob predvidevanju možnih zapletov (CDC, 2009). Tudi pozitiven rezultat hitrega testa ne da vselej dovolj informacij za ukrepanje. Če je potrjena gripa tipa A brez subtizipizacije, ne vemo, ali gre za pandemski virus gripe A(H1N1)v ali sezonski virus gripe A(H1N1). Pomembna razlika med njima je, da je pandemski virus še dobro občutljiv na oseltamivir in zanamivir, sezonski pa je skoraj brez izjeme odporen na oseltamivir in zdravljenje z oseltamivirom ne bo imelo prav nobenega učinka. Za interpretacijo pozitivnega rezultata je treba upoštevati, kateri podtipi gripe trenutno krožijo v populaciji, kateri podtip prevladuje in kakšne so njegove lastnosti. Pogosto je za klinične odločitve potrebna kakovostnejša informacija in takrat je nujna diagnostika s PCR ali izolacija virusa v celični kulturi (CDC, 2009).

Pri večini bolnikov, ki bo v prihajajoči sezoni zbolela za gripo (sezonsko ali pandemsko), testiranje oziroma potrjevanje virusa gripe

ni smiselno, saj bodo zdravljeni zgolj simptomatsko. Ogroženi bolniki (kronični bolniki, majhni otroci, starejši od 65 let in nosečnice) bodo v skladu s priporočili po presoji lečečega zdravnika zdravljeni z oseltamivrom ali zanamivrom. V času intenzivnega kroženja virusa gripe tudi pri teh bolnikih potrjevanje največkrat ne bo potrebno. Diagnostika bo zagotovo smiselna zgolj pri bolnikih z najtežjo klinično sliko, pri katerih je treba z največjo možno zanesljivostjo odgovoriti na vprašanje, ali prebolevajo pandemsko gripo ali ne. Hitri testi so premalo zanesljivi, zato priporočamo

uporabo PCR-metode, ki je trenutno dostopna v dveh laboratorijih v Sloveniji – na IVZ RS in Inštitutu za mikrobiologijo in imunologijo MF v Ljubljani.

Literatura je na voljo pri avtoricah.

Primerjava občutljivosti nekaterih hitrih testov z občutljivostjo metode PCR za odkrivanje pandemskega in sezonskih virusov gripe v respiratornih vzorcih (CDC, 2009)

Hitri test (HT)	Testirani virus gripe A	Št. vzorcev, pozitivnih s HT/s PCR (%)		
		Visoko pozitivni s PCR	Nizko pozitivni s PCR	Skupaj
BinaxNOW Influenza A&B	Pandemski virus (H1N1)v	15/26	3/19	18/45 (40)
	Sezonski virus (H1N1)	2/3	1/2	3/5 (60)
	Sezonski virus (H3N2)	10/10	2/5	12/15 (80)
Directigen EZ Flu A+B	Pandemski virus (H1N1)v	18/25	3/18	21/43 (49)
	Sezonski virus (H1N1)	2/2	1/2	3/4 (75)
	Sezonski virus (H3N2)	8/8	2/4	10/12 (83)
QuickVue A+B	Pandemski virus (H1N1)v	22/26	9/19	31/45 (69)
	Sezonski virus (H1N1)	2/3	2/2	4/5 (80)
	Sezonski virus (H3N2)	10/10	2/5	12/15 (80)

Obvladovanje glavobola z elektrostimulacijo

Jožef Magdič

Glavobol je najpogostejši bolečinski simptom in spada med najpogostejše vzroke iskanja zdravstvene oskrbe. Eno od oblik epizodičnega glavobola naj bi vsaj enkrat v življenju imelo 90 odstotkov ljudi, dnevna prevalenca je okoli 15 odstotkov, skoraj 5 odstotkov prebivalstva pa trpi zaradi kroničnega glavobola. V veliki večini so glavoboli nenevarni, vendar neprijetni in bistveno vplivajo na kakovost življenja in storilnost. Predstavljajo tudi veliko finančno breme za družbo, v ZDA ocenjujejo letne stroške zdravstvene oskrbe zaradi glavobolov na 20 milijard dolarjev, migrena pa je glavni vzrok za izgubo 150 milijonov delovnih dni letno.

V skladu z zadnjimi priporočili Mednarodnega združenja za glavobole velja osnovna razdelitev glavobolov na primarne, sekundarne in nevralgije obraza, glave ter druge glavobole. Prvi predstavljajo okoli 90 odstotkov vseh, najpogostejši pa so glavobol tenzijskega tipa, migrena in glavobol v skupkih. Kadar so glavoboli prisotni več kot 15 dni v mesecu in vsaj tri mesece, govorimo o kroničnem dnevnem glavobolu, kjer gre, tako kot pri primarnih glavobolih, v bistvu za zdravljenje bolečine, pomembne pa so tudi spremembe življenjskega sloga z

izogibanjem morebitnim sprožiteljem. V to skupino spada tudi glavobol zaradi prekomernega jemanja zdravil, ki ga srečujemo vse pogosteje.

Nefarmakološke metode uporabljamo kot samostojne ali dopolnilne ukrepe pri obvladovanju glavobola, tako v akutni fazi kot pri preprečevanju. Gre za različne načine od elektrostimulacije (povrhne ali globoke), mehaničnih (akupunktura, akupresura) ali kemičnih (botulin) do vedenjsko-kognitivnih tehnik (početek, vaje sproščanja, avtogeni trening, »biofeedback« sproščanje, kognitivno-vedenjska terapija, hipnoza). Za nefarmakološke metode velja, da so časovno zahtevnejše, dolgotrajne, slabo dostopna je strokovna podpora, učinek pa je zelo odvisen od motivacije in osebnostnih lastnosti posameznika.

Elektrostimulacija

Učinek draženja z električnim tokom na bolečino so poznali že v antiki, saj obstajajo zapisi o prehodni analgeziji po stiku z električnim skatom. Znanstveno podlago in pravi razmah v klinični rabi so po letu 1965 omogočila spoznanja Melzacka in Walla, avtorjev t.i. teorije vrat (ang. gate control theory) ter

razvoj povrhnjih elektronevrostimulatorjev (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulator* – TENS). V skladu s teorijo naj bi nebolečinski dražljaj po debelih mieliniziranih A β živčnih vlaknih preko inhibitornega internevrone na nivoju hrbtenjače zavrl prevajanje bolečinskega dražljaja oz. aktivacijo centralnega nevrona. Ta vrsta živčnih vlaken prenaša sicer informacije za dotik, pritisk in vibracijo ter ima nizek prag vzdraženja. Tanka mielinizirana vlakna A δ in nemielinizirana vlakna C prevajajo bolečino, vendar se stekajo na enake centralne oz. projekcijske nevrone kot nebolečinska vlakna, kjer lahko aktivacija le-teh inhibira nadaljnje prevajanje in zaznavanje bolečine.

Klinična uporaba TENS v zadnjih desetletjih je pokazala, da je metoda varna, učinkovita pri zdravljenju akutne in kronične bolečine. Visokofrekventne dražljaje nizke jakosti se uporablja za vzdraženje A β vlaken, nizkofrekventne in močnejše dražljaje pa za vzdraženje A δ in C bolečinskih vlaken, kar naj bi privedlo do hiperpolarizacije, desenzitizacije in aktivacije endogenih protibolečinskih mehanizmov (npr. izločanja β -endorfina). TENS je za dolgotrajni učinek treba ponavljati ali uporabljati redno, saj učinek s prenehanjem postopoma izzveni.

Manj znana in razširjena je uporaba TENS pri glavobolih. Obstajajo sicer številni prispevki in podatki iz manjših raziskav odprtega tipa, ni pa večjih, randomiziranih in s placebom kontroliranih raziskav. Metaanalize govori v prid učinkovitosti, vendar zaradi metodološko različnih pristopov in težko opredeljivega pomena placebo učinka tovrstno zdravljenje priporočajo šele pri neuspešnem zdravljenju z zdravili, pa še to le pri izbranih bolnikih. Za kranialni TENS se uporablja trojejni ali veliki zatilni živec (n. trigeminus, n. occipitalis major), saj oba senzorično inervirata skalp in možganske ovojnice. Opisani so tako neinvazivni kot invazivni načini nevrostimulacije pri bolnikih s trdovratnimi glavoboli, večina z dobrim uspehom in redkimi zapleti (npr. erozija in dislokacija elektrode pri invazivni nevrostimulaciji zatilnega živca). Gre za opise

posamičnih primerov ali observacijske raziskave na manjših skupinah skrbno izbranih bolnikov z migreno, tenzijskim glavobolom, glavobolom v skupkih, kontinuirano hemikranijo, kroničnim dnevnim glavobolom in kranialnimi nevalgijami, bodisi kot samostojni ali dopolnilni način zdravljenja. Skrajšajo in ublažijo se lahko akutne epizode glavobola, predvsem pa naj bi dolgoročna uporaba zmanjšala frekvenco glavobolov, porabo analgetikov in izboljšala kakovost življenja.

Za oceno učinkovitosti nevrostimulacije se je pomembno zavedati tudi placebo učinka. Ta je pomemben del zdravljenja bolečine nasploh, saj je odraz aktivacije endogenih protibolečinskih mehanizmov. Njegov vpliv je še posebej velik in lahko tudi nepredvidljiv pri zdravljenju in preprečevanju glavobola, kjer mu v povprečju lahko pripišemo tudi okoli 30 odstotkov učinka. Placebo učinek je v primeru glavobola odvisen od starosti bolnika, etično-kulturoloških značilnosti, načina dajanja zdravila in oblike zdravljenja. Večji placebo učinek lahko pričakujemo pri intravenskem dajanju zdravila ob akutnem glavobolu, še posebej izrazit in večji kot pri farmakološkem zdravljenju pa je pri nefarmakoloških metodah. Pri teh so namreč motivacija, pričakovanje in prepričanje veliko bolj prisotni. Nenazadnje je učinek placeba v raziskavah zdravil zmanjšan tudi zaradi regulative in pravice do obveščeniosti, kjer mora biti preiskovanec seznanjen z verjetnostjo, da bo prejel placebo, kar vpliva na njegova pričakovanja. Po drugi strani pa je s placebom kontrolirane raziskave pri nefarmakoloških metodah bistveno težje izpeljati, še posebej, če gre za zaznavni učinek, kot je elektrostimulacija perifernih živcev. Za merjenje učinka zdravljenja glavobola je ne glede na uporabljen metodo potrebno upoštevati, da gre za epizodične motnje, ki lahko prenehajo tudi spontano.

Pripomoček za kranialni TENS

Belgijsko podjetje STX-Med je v zadnjih petih letih razvilo sodoben medicinski pripomoček za kranialni TENS. Prilagojen je za uporabo nad prvo vejo trojejnega živca, njegova prednost pa je v enostavni uporabi, lahki ter praktični obliki in v dovršeni pomanjšani elektroniki.

Ponuja tri programe delovanja, za akutne epizode glavobola, redno preventivno uporabo in sproščanje, vgrajena bioelektrična povratna zanka pa skrbi za individualno prilagajanje dražljaja glede na prevodnost tkiva pod elektrodo. S tem je delovanje prilagojena posamezniku in bolj udobno. Preizkušen je bil stopenjsko v laboratorijskih pogojih, na posameznih prostovoljcih s trdovratnimi glavoboli, manjših skupinah bolnikov s tenzijskimi in migrenskimi glavoboli ter enojno slepih študijah. Slednje so pri TENS tehnično zahtevne in metodološko vprašljive, saj v kontrolni skupini ni električnega dražljaja oz. zaznavanja delovanja, zato je pričakovana učinkovitost pri preiskovancih toliko manjša, zaslepljenost pa zgolj teoretična. Po več kot 5000 uporabah ni bilo zabeleženih resnih neželenih učinkov, izkazalo



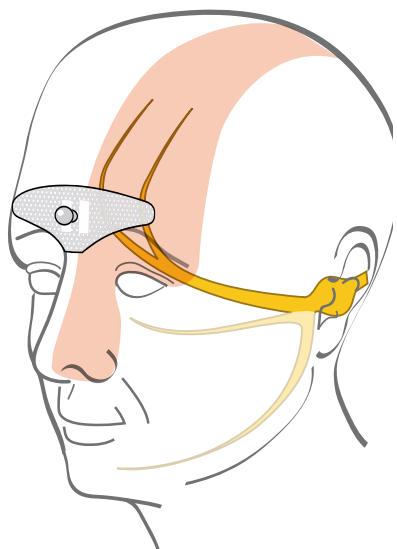
Pripomoček za kranialni TENS z vgrajeno elektroniko in baterijami

pa se je, da je dražljaj za t.i. elektrosenzitivne ljudi lahko sprva neprijeten in boleč. Spremljanje učinkovitosti s samoocenjevalnim vprašalnikom v odprti multicentrični opazovalni raziskavi v Belgiji in Franciji kaže, da 87 odstotkov uporabnikov navaja bistveno izboljšanje, 79 odstotkov jih je znatno zmanjšalo porabo zdravil, 65 odstotkov jih zazna ublažitev glavobola po 20 minutah delovanja in pri 59 odstotkih pride do pomembnega zmanjšanja pogostosti in trajanja glavobolov. S programom za akutne epizode so odpravili dva od treh tenzijskih in enega od štirih migrenskih glavobolov.

Pripomoček ima oznako CE Medical, kar pomeni, da ustreza določilom Evropske direktive o medicinskih napravah, ponaša se tudi s certifikati ISO. Podjetje poleg drugih bioelektronskih naprav razvija tudi podoben pripomoček za TENS zatilnega živca.

Zaključek

Nefarmakološke metode so pomemben dopolnilni ali samostojni način obvladovanja glavobolov. Pripomoček za kranialni TENS je inovativen, varen in učinkovit nefarmakološki način obvladovanja najpogostejših oblik primarnega glavobola. Z elektrostimulacijo prve veje trovejnega živca je protibolečinski učinek dosežen z nevromodulacijo in stimulacijo endorfinskega sistema. Učinkovit je lahko pri zdravljenju akutnega glavobola, še bolj pa pri preprečevanju kroničnega, kjer z redno in dolgotrajno uporabo omogoča zmanjšanje



Shematski prikaz položaja kožne elektrode za kranialni TENS nad supratrohlearnim in supraorbitalnim živcem

porabe zdravil. Tovrstne neinvazivne naprave so obetavne prav zaradi varnosti in so namenjene tudi domači uporabi oz. samozdravljenju bolnikov, ki niso naklonjeni farmakološkemu zdravljenju ali pa imajo stranske učinke zdravil.

Seznam literature je na voljo pri avtorju.

Izjava o konfliktu interesov

Asist. Jožef Magdič, dr. med., kot avtor članka izjavljam, da sem članek napisal v dogovoru s podjetjem Medis-M, d.o.o., ki je v Sloveniji zastopnik za medicinski pripomoček za kranialni TENS Cefaly® in je bil v tej reviji že oglaševan. Prispevek je namenjen seznanjanju bralcev z enim izmed nefarmakoloških načinov obvladovanja glavobolov in zajema podatke, povzete po strokovni literaturi ter proizvajalčevi dokumentaciji o varnosti in učinkovitosti izdelka. Ker gre za inovativni izdelek, je poleg osnovnih principov delovanja in možnih področij uporabe kritično in objektivno ocenjena njegova uporabnost. Slikovni material je povzet iz dokumentacije proizvajalca in je obdelan tako, da ni namenjen propagandi, temveč boljši predstavi bralca.

Oživljanje s pomočjo avtomatičnega defibrilatorja

Peter Kordež

Svoje delo posvečamo pobudniku in zagovorniku predstavljenega sistema, mentorju in strokovnjaku, asist. dr. Tomu Ploju, dr. med. Zahvaljujemo se vsem, ki nesebično, prostovoljno, a kljub temu prizadevno, vestno in strokovno sodelujejo pri projektu širitve mreže javno dostopni AED na Koroškem ter pri izvajanju brezplačnih tečajev TPO in uporabe AED za občane.

V Sloveniji **vsak dan** doživi nenadni srčni zastoj približno 10 ljudi. Od pet do šest jih **takoj** umre. Podatki kažejo, da so v kar 90 odstotkih primerov prisotni očitvidci, svojci, naključni mimoidoči. Ti večinoma le pokličejo pomoč in čakajo reševalce, bolnikom pomaga manj kot petina. Tudi to je razlog, da preživi le nekaj odstotkov bolnikov. Pri odraslih je najpogostejši vzrok srčnega zastoja huda motnja ritma, migetanje prekatov – fibrilacija, to pa lahko prekinemo le s sunkom električnega toka (defibrilacija). Ob tem, ko nekdo izvaja temeljne postopke oživljanja (TPO) do prihoda ekipe nujne medicinske pomoči (NMP) ali možnosti uporabe avtomatičnega defibrilatorja (AED), je verjetnost preživetja brez trajnih posledic mnogo večja. Čas od nastanka te motnje ritma do defibrilacije je najpomembnejši dejavnik, ki vpliva na preživetje.

Kakšen je torej odgovor na vprašanje, kako izboljšati stanje na tem področju? **Preprost!** Z namestitvijo AED na javna mesta, v oddaljena naselja in kraje, ... predvsem pa omogočiti vsem, da obnovijo znanje prve pomoči pri ukrepanju ob nujnih stanjih. Kajti časa je ob nenadnem srčnem zastoj na voljo zelo malo. Z vsako minuto, ko ne počnemo ničesar, izgubimo 10 odstotkov možnosti, da bi takemu bolniku uspeli pomagati brez posledic, kar pomeni, da po desetih minutah postane zelo vprašljiva kakovost morebitnega preživetja, ki ga z modernimi postopki, aparaturami in zdravili vendarle lahko dosežemo. Takrat pa se vprašamo, ali smo človeku sploh pomagali. Šteje kvaliteta preživetja in ne le statistika uspešnih reanimacij.

Na Koroškem smo v društvu srčnih bolnikov, »Koronarnem klubu Mežiške doline«, pričeli resneje razmišljati o konceptu mreže javno dostopnih AED junija 2007. Opogumil nas je prvi uspešni primer uporabe javno nameščenega AED v Mežici, ki smo ga namestili slaba dva meseca pred dogodkom. Podjetje Krka je leta 2005 podarilo več kot 30 AED, ki so nameščeni po vsej Sloveniji, zveza koronarnih društev in klubov Slovenije pa leto kasneje, prav tako na pobudo dr. Toma Ploja in društva Iatros, 10 AED za varno telesno vadbo srčnih bolnikov. Ta društva in klubi imajo danes že 25 AED, 15 vadbenih AED ter več kot 160 vaditeljev telesne vadbe, pretežno zdravstvenih delavcev, ki so usposobljeni v TPO in uporabi AED.

Začetki niso bili lahki. Veliko ljudi pa še danes ne ve, kaj je to defibrilator, kako in zakaj se uporablja. Žalostno je, da je med njimi celo kak zdravstveni delavec, ki je korak za časom.

Na Koroškem se z veliko vnemo trudimo na obeh področjih. V septembru 2009 smo namestili že 24. (štiriindvajseti) javno dostopni AED, na območju 1040 km², z okoli 75.000 prebivalci, pripravljamo pa že namestitev 25. aparata.

V sodelovanju z Zdravstveno-reševalnim centrom Koroške (ZRCK) smo izvedli preko 50 predstavitev in tečajev TPO in uporabe AED, tako za občane kot tudi za zdravstvene delavce, gasilce, učitelje, vzgojitelje... Skrbimo za namestitve, nadzor in servisiranje mreže, za medijsko prepoznavnost in ugled ter funkcionalnost projekta v vseh ozirih.

Rezultat našega dela je že drugi uspešen primer uporabe javno nameščenega AED, ki se je pripetil 6. avgusta 2009 na območju občine Ravne na Koroškem, v krajevni skupnosti, oddaljeni od centra in ekipe NMP dobre 3 km. Naključni očividci, med njimi udeleženci naših tečajev, so priskočili na pomoč nenadno nezavestnemu. Poklicali so pomoč, pričeli izvajati TPO, uporabili v bližini nameščen AED pred prihodom ekipe NMP, ki je tja prispela po nekaj minutah. Bolnik, ki bi bil brez teh postopkov le še en tragični primer, je sedaj brez resnejših posledic.

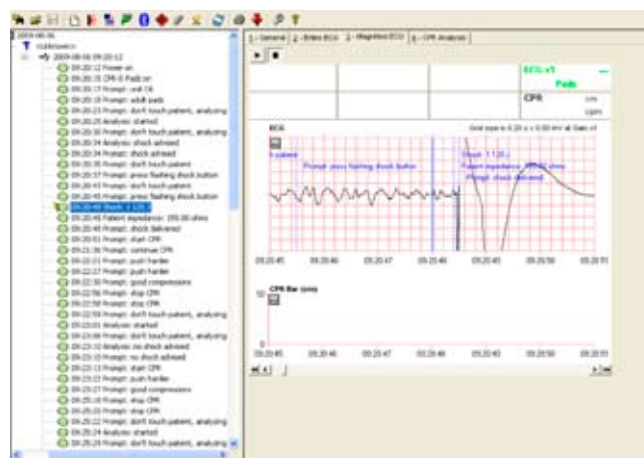
Mladen Savić, dr. med., spec. reanimatologije in anesteziologije, strokovni vodja PHE ZRCK: »Tega dne smo prejeli klic ob 9.16, da je moški nezavesten, ne diha in da ga že oživljajo. Ob prispetju na kraj dogodka ob 9.22 ga prisotni pravilno oživljajo, nameščene ima elektrode avtomatičnega defibrilatorja, povedo, da gre za srčnega bolnika, ki se je nenadoma zgrudil, in da so ga enkrat »stresli« z električnim tokom ter da ga je taktart vrglo v zrak. Bolnik ne diha, pulz ni tipen, zenici ozki, reaktivni, na monitorju dobimo frekvenco 15-20/min. Intubiramo ga, ventiliramo s pomočjo ambuja, 10 l O₂, vzpostavimo iv. pot, damo adrenalin 1mg iv., atropin 3 mg iv., infuzijo hladne NaCl, ves čas izvajamo masažo prsnega koša, vmes na monitorju EMD, pulz ni tipen, damo še en adrenalin 1 mg iv., na monitorju se pojavi fibrilacija, defibriramo z 200 J, nakar dobimo ritem 115/min, dobro tipen na radialki, SpO₂ 99 %, tlak 90/55, čez par minut 150/100, EKG brez novih patoloških sprememb, ni znakov AMI, damo mu še 5 mg apaurina in 8 mg norcurona, priključimo na respirator, hladne obloge v dimlje in ob 9.32 ga že peljemo proti bolnišnici, oddaljeni dobrih 20 km. V Splošni bolnišnici Slovenj Gradec nadaljujejo s hladnimi infuzijami, TT 34,4° C, SpO₂ 100 %/10 l O₂, tlak 135/85, stabilnega premestimo v UKC Maribor, kjer na koronarografiji izključijo prizadetost koronarnega ožilja in potrdijo motnjo srčnega ritma kot vzrok za srčni zastoj.

Morda ob tem še podatek, da ZOLL AED+ shrani vse podatke o srčnem ritmu, izvedenih postopkih, sproženih sunkih električnega toka, trajanju in kakovosti oživljanja in je analiza teh dogodkov zelo enostavna in tudi zelo koristna. V omenjenem primeru so prav ti podatki (slike 1, 2, 3), predvsem ritem takoj po srčnem zastoj, pripomogli h končni odločitvi o implantaciji kardioverter defibrilatorja (ICD) v UKC Maribor.

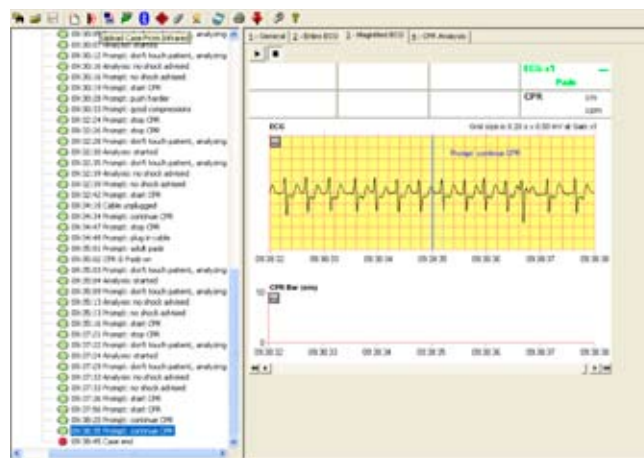
Prisoten sem bil z ekipo PHE v obeh primerih uspešne uporabe AED na terenu in lahko rečem, da je hitro ukrepanje ter takojšnja uporaba AED v obeh primerih zaslužna za preživetje bolnikov brez kakršnih koli posledic v smislu nevrološkega statusa ter je v veliki meri olajšala izvajanje dodatnih



Slika 1: Fibrilacija



Slika 2: 1. sunek el. toka



Slika 3: Ritem po 2. sunku el. toka

postopkov oživljanja in nadaljnjo oskrbo na terenu. AED ne le omogoča sunek električnega toka, ko je ta potreben, ampak prisotne vodi in vzpodbuja pri izvajanju oživljanja, kar je za laike v takšni stresni situaciji izjemnega pomena. Konkreten AED celo daje navodila: »Pritisnite močneje!« in »Dober pritisk!«, saj preko senzora v elektrodah spremlja izvajanje zunanje masaže prsnega koša. Prav tako je za nas, v predbolnišnični obravnavi nujnih stanj, izjemnega pomena celoten projekt širitve mreže javno dostopnih AED na Koroškem skupaj z izvajanjem brezplačnih tečajev TPO+AED, kar je pokazal tudi ta uspešen primer. **Ljudje potrebujejo osvežitev znanj prve pomoči** in seznanitev z novostmi na tem področju, kar omogočajo ti tečaji, za kar gre zasluga strokovni skupini Koronarnega kluba Mežiške doline, s katero tudi v ZRCK dobro sodelujemo in podpiramo njena prizadevanja.

Cirila Slemenik Pušnik, dr. med., spec. internistka kardiologinja v Splošni bolnici Slovenj Gradec, strokovna mentorica Koronarnega kluba Mežiške doline in vodja projekta širitve mreže javno dostopnih AED na Koroškem z brezplačnimi tečaji TPO in uporabo AED: »Že ob ustanovitvi Koronarnega kluba Mežiške doline pred petimi leti sem z veseljem sprejela povabilo k sodelovanju v tem društvu srčnih bolnikov, ki danes združuje že preko 200 članov. Poleg vseživljenjske rehabilitacije srčnih bolnikov, od zdrave prehrane, gibanja, boja proti stresu in depresiji, redne, dvakrat tedenske telesne vadbe, kontrole in zmanjševanja dejavnikov tveganja za srčno-žilne bolezni, osveščanja in izobraževanja tako članov kot tudi drugih na tem področju si že dve leti prizadevamo pri širitvi mreže javno dostopnih AED na Koroškem z brezplačnimi tečaji TPO + uporaba AED.

Z delovanjem koronarnega kluba sem zelo zadovoljna. Dve rešeni življenji z uporabo javno nameščenih AED na Koroškem pa predstavljata veliko vzpodbudo za nadaljnje delo. Šteje nenazadnje tudi prepoznavnost projekta na Koroškem in širše, predvsem pa pripravljenost ljudi, da nesebično priskočijo na pomoč ter hitro, odločno in pravilno pomagajo. Naša želja je slediti viziji dr. Toma Ploja po vzpostavitvi celovite, učinkovite mreže javno dostopnih AED z rednim izobraževanjem občanov po vsej Sloveniji. Pri tem velja pohvaliti prizadevanja študentov medicine v Ljubljani in Mariboru s projektom »Za življenje«, ki so v bazi AED zbrali podatke o vseh, skoraj 300 prodanih AED v Sloveniji. Večina jih je na račun zakonskega določila o opremljenosti kopališč, zdravilišč in bazenov z AED, ki pa so daleč od tega, da bi bili javno dostopni, zato nas na tem področju čaka res še veliko dela.

Naš projekt smo pričeli sistematično, po zgledu razvitih na tem področju (ZDA, Kanada, Danska), kjer s podobnimi programi dosegajo do 40 odstotkov večje preživetje po nenadnem srčnem zastoju. Nujna je prepletenost katere koli oblike širitve mreže javno dostopnih AED, v kateri koli regiji, z lokalno službo nujne medicinske pomoči (NMP). Omenjena služba obravnava nujna stanja na terenu in se srečuje z reakcijami očitvidcev in uporabo AED. Pritegniti velja vse, ki bi na tem

področju želeli sodelovati. Zelo težko je namreč nekomu naložiti, naj dela prostovoljno, kakor to počnemo na Koroškem, dejstvo pa je, da interes obstaja.

V dogovoru na ministrstvu za zdravje smo sprejeli sklep, da vodenje teh aktivnosti na nivoju Slovenije prevzame svet za reanimacijo znotraj Slovenskega združenja za urgentno medicino. Regijsko bi se formirale strokovne skupine, podobne naši, ki bi se povezale s službo NMP v regiji. Dobra osnova so koronarni klubi in društva po Sloveniji, v katerih delujejo zdravniki, kot strokovni mentorji, prav tako usposobljeni vadiitelji, zdravstveni delavci, imajo pa tudi AED, ki naj bi jih po našem zgledu pričeli nameščati na javno dostopna mesta. Vsa društva imajo vadbene AED, nekatera pa celo vadbene lutke za izvajanje tečajev TPO + uporaba AED.

Izvajanje tečajev poteka po modelu, ki ga je zastavil dr. Tom Ploj in kot ga izvajajo tudi pod okriljem evropskega združenja za reanimacijo (ERC). Po predavanju, ki traja približno eno šolsko uro, dajemo večji poudarek praktičnemu preizkusu tečajnikov, ki na lutki in z vadbenim aparatom preizkusijo izvajanje TPO in uporabo AED v enem od namišljenih scenarijev. Spoznajo se z napravo in s tem v veliki meri izgubijo strah, ki nastopi ob kritičnem dogodku. Za 20 do 25 tečajnikov zagotavljamo vsaj po dva izkušena predavatelja. Nujno je usposabljanje tudi zdravstveno osebje, saj so na tem področju pogoste spremembe oz. novosti. Ne smemo si dovoliti, **da bi bili korak za časom.**

Prof. dr. Marko Noč, dr. med., specialist internist, vodja Centra intenzivne interne medicine (CIIM) v UKC Ljubljana: »Primer nameščanja AED na Koroškem ponovno dokazuje, da so za napredek medicine v Sloveniji zaslužni predvsem posamezniki – entuziasti in humanisti. Ti ne čakajo na navodila nadrejenih v raznih strokovnih združenjih in ministrstvu za zdravje, ampak naredijo to, kar narekuje medicinska stroka in njihova vest. Upam, da se bo po tem prispevku v tej smeri končno aktiviral Svet za reanimacijo, ki deluje v sklopu Slovenskega združenja za urgentno medicino, in nenazadnje tudi odgovorni na Ministrstvu za zdravje, tako da bi v Sloveniji končno dobili učinkovito mrežo laičnega srčnega oživljanja na terenu, vključno z AED. Aparatov je v Sloveniji namreč že kar veliko, nihče pa nima natančnega pregleda nad lokacijami in izobraževanjem ciljne populacije. Vsi dosedanji sestanki na ministrstvu in tudi moji dopisi v zvezi s tem so namreč ostali le pri besedah«.

Literatura je na voljo pri avtorju.

Strokovno srečanje

Funkcionalna diagnostika in rehabilitacija kranio-cerviko-mandibularnih motenj

Vesna Božnik, Jasmina Primožič

V predavalnici Stomatološke klinike v Ljubljani je 28. in 29. avgusta potekalo strokovno srečanje o diagnostiki in obravnavi kranio-mandibularnih motenj. Pobudnik srečanja, ki je bilo namenjeno zdravnikom, zobozdravnikom in fizioterapevtom, je bil specialist ortodont Uroš Mezeg, dr. dent. med., pri organizaciji je sodelovala Katedra za čeljustno in zobno ortopedijo.

Predavatelj, dr. Ruggero Strobbe, je po zaključenem študiju na fakulteti za šport v Bologni (1987) leta 1992 diplomiral iz fizioterapije na univerzi v Parmi (Italija), leta 1995 pa iz osteopatije na Inštitutu za osteopatske raziskave v Lyonu (Francija). Od leta 1999 je predavatelj fizioterapije na univerzi v Parmi, od leta 2006 pa tudi na magistrskem študiju manualne fizioterapije na Univerzi v Padovi ter na številnih podiplomskih tečajih za zobozdravnike. Dr. Strobbe je ustanovitelj in direktor dveh fizioterapevtskih centrov v Parmi in Milanu ter svetovalec za kranio-mandibularno rehabilitacijo na oddelku za revmatologijo mladostnikov bolnišnice Gaetano Pini Hospital v Milanu.

Na dvodnevem seminarju smo temeljito proučili kranio-cerviko-mandibularni kompleks. V petek smo spoznali epidemiologijo, funkcionalno anatomijo in biomehaniko čeljustnega sklepa ter klasifikacijo in etiologijo kranio-mandibularnih motenj. Predavatelj je izčrpno razložil izvor in diferencialno diagnostiko obrazne bolečine glede na njene znake in simptome. Pri kliničnem pregledu je predstavil šest osnovnih diagnostičnih kriterijev, ki nam služijo za določanje prave diagnoze temporomandibularnih motenj (kvaliteta in kvantiteta giba spodnje čeljustnice, bolečina pri gibu spodnje čeljustnice, zvoki v področju čeljustnega sklepa, koordinacija mišic pri gibu spodnje čeljustnice, slikovne diagnostične metode za prikaz čeljustnega sklepa). Pri funkcionalni diagnostiki opazujemo gibanje spodnje čeljustnice med odpiranjem ust, med gibom vstran (lateropulzijo) in gibom naprej (propulzijo). Izmerimo največje odpiranje, največji pomik spodnje čeljustnice v vsako stran in največji pomik spodnje čeljustnice naprej. Sočasno s prsti tipamo čeljustni sklep. Pozorni smo na simetričnost potovanja kondilov ter na morebitno skrtnje in pokanje v sklepu. Udeleženci smo pod nadzorom predavatelja izvedli tudi klinični pregled čeljustnega sklepa pri svojih kolegih in skupaj določili diagnozo pri tistih s patološkimi spremembami v sklepu.

V soboto smo spoznali terapijo in rehabilitacijo pri različnih kranio-cerviko-mandibularnih motnjah (dislokacija diska z redukcijo/brez redukcije, revmatiodne spremembe v sklepu, adhezije, kapsulitis/sinovitis, frakture sklepa, rehabilitacija po ortognatskih kirurških posegih, bolečina po obsežnih protetičnih rehabilitacijah). Dr. Strobbe nam je fizioterapevtsko obravnavo predstavil na

številnih primerih iz svoje klinične prakse, na modelu lobanje in na udeležencih tečaja. Za sproščanje mišic in sklepnih vezi, pa tudi v diagnostične namene se na začetku terapije izvede t.i. »joint play« – gibanje sklepne glave v sklepni jami. Nato je treba, v nepovezanih časovnih intervalih (na 5 do 6 sekund), izvajati vodene gibe mandibule (longitudinalna trakcija, translacija naprej in nazaj lateralni in medialni pomik). Terapije izvajamo enkrat tedensko. Pacient lahko pri nekaterih nepravilnostih dobi tudi navodila za izvajanje vaj doma. Pri frakturah temporo-mandibularnega sklepa dr. Strobbe priporoča fizioterapijo po enem do dveh tednih, v primeru intrakapsularnega zloma sklepa pa čim prej po poškodbi, da ne pride do adhezij. Fizioterapija po ortognatokirurških posegih se lahko začne po treh tednih z blago trakcijo.

Funkcionalna diagnostika in obravnava kranio-mandibularnih motenj in obrazne bolečine sta zelo aktualni in sporni temi zaradi različnih pristopov k njenemu zdravljenju, ki niso znanstveno in klinično podprti. Na seminarju smo spoznali fizioterapevtsko rehabilitacijo, ki je bila v Sloveniji do sedaj redko izvajana. Glede na to, da so se seminarja udeležili številni fizioterapevti in specialiti različnih stomatoloških vej, je lahko to srečanje dobra pobuda, da se bo fizioterapija čeljustnega sklepa tudi v Sloveniji pogosteje izvajala.

Udeleženci seminarja



Mednarodna konferenca o spolni medicini

Gabrijela Simetinger, Irena Rahne Otorepec

V Parizu sva se udeležili 3. Mednarodne konference o spolni medicini, ki je potekala od 10. do 13. julija 2009 in sta jo organizirali International Consultation on Urological Diseases (ICUD) in International Society for Sexual Medicine (ISSM). Program je bil razdeljen na 25 tematskih predavanj, pri katerih je sodelovalo skupno 186 mednarodno priznanih strokovnjakov s področja spolne medicine. Prvi sklop predavanj je bil namenjen pregledu definicij, klasifikacij, epidemiologije spolnih motenj (SM) ter različnih dejavnikov tveganja. V drugem sklopu so bile predstavljene SM pri obeh spolih, v tretjem SM pri moških in v zadnjem, četrtem SM pri ženskah. Na satelitskem simpoziju so prikazali novosti zdravljenja prezgodnjega izliva ter novo zdravilo dapoxetine (priligy). Zaradi do sedaj prezrtega področja o SM pri ženskah se bova v najinem prispevku osredotočili nanje.

Vsako tematsko predavanje je sestavila skupina več strokovnjakov posameznega področja spolne medicine, ki so pripravili natančen pregled vseh objavljenih raziskav, jih ovrednotili in predstavili priporočila po načelu z dokazi podprte medicine.

V prvem sklopu smo poslušali izsledke epidemioloških študij SM po dosedaj veljavnih klasifikacijah (ameriška DSM-IV, MKB 10). Pri tem so bile podane tudi pomanjkljivosti posameznih diagnostičnih entitet (ki sedaj ne upoštevajo dimenzije resnosti motnje, trajanja ter starosti bolnika/bolnice). V epidemioloških študijah so podrobno predstavili vsako od SM pri obeh spolih. Prevalenca SM pri ženskah je od 40 do 45 odstotkov. Motnje spolne želje so v Ameriki pogostejše (od 35 do 39 odstotkov) kot v Evropi (od 10 do 19 odstotkov). Prevalenca orgazmične motnje je od 20 do 30 odstotkov – blage motnje so še pogostejše (do 60 odstotkov) in niso odvisne od starosti. Pogostost disparevnije je od 1 do 20 odstotkov in vaginizma od 1 do 6 odstotkov. Incidenca erektilne disfunkcije (ED) narašča s starostjo in spremljajočimi boleznimi; prevalenca je v Ameriki in Aziji dvakrat višja kot v Evropi (od 3 do 5 odstotkov med 40. in 50. letom starosti). Pogostnost prezgodnje ejakulacije (PE) je od 20 do 35 odstotkov. Dejavniki tveganja za pojav SM so najprej povezani z zdravjem (kajenje, sladkorna bolezen, debelost, metabolični sindrom, srčno-žilne bolezni, hipertenzija, operativni posegi v mali medenici, pelvična vnetja, stranski učinki zdravil, kontraceptivi itd.). Pomembni so tudi psihološki dejavniki in zlasti določene psihiatrične motnje (depresija, anksiozne motnje, spolne zlorabe, partnerski problemi itd.), socialni dejavniki (samskost, nižja izobrazba, brezposelnost, delovni stres itd.) in kulturološki dejavniki (vpliv religije, stereotipov, predsodkov, pomanjkljivo znanje o spolnosti itd.). Prepoznavanje le-teh je nujno pri načrtovanju obravnave in zdravljenja. Pri vsaki motnji pa je treba upoštevati še distres in stopnjo spolnega zadovoljstva ter razmerje med fiziološkimi in psihološkimi dejavniki (primer: pri partnerjevem prezgodnjem izlivu ima tudi partnerka pogosto SM (v 50 odstotkih), zato je potrebno zdravljenje para). Predstavljene so bile tudi novosti v zdravljenju SM – zlasti internetna obravnava, ki ima prednosti (večja dostopnost in zagotovljena anonimnost), vendar tudi slabosti (ni vidnega kontakta med zdravnikom in bolnikom, ni možnosti predpisovanja farmakoterapije, ni v vseh državah legalizirana kot metoda zdravljenja).

V drugem sklopu predavanj so bili predstavljeni t.i. »screening« testni (checklist) in mednarodno potrjeni vprašalniki (scale), ki so pomemben dodatek k skrbni anamnezi obravnave SM. Znani vprašalnik za ED – IIEF (International Index of Erectile Function), je drugod že prilagojen tudi za istospolne moške. Za raziskovanje ženske in moške spolne funkcije uporabljajo znanstveniki eksperimentalne živalske modele, kjer na podganjih samcih proučujejo fiziologijo spolnosti, psihogene reakcije, nekontaktno erekcijo in spolno obnašanje, na samicah pa receptivnost (samica z lordozo nakaže, da je voljna spolne aktivnosti) in proceptivnost (načini zapeljevanja samčka). Omeniva lahko nekaj najbolj zanimivih raziskovalnih področij: merjenje intrakavernoznega pritiska med stimulacijo kavernoznega tkiva, stimulacija možganskih jeder, ki sodelujejo pri spolnosti, uretrogenitalni refleksi ejakulacije, celične in molekularne študije, študije genov itd. V predavanju o srčno-žilnih boleznih in spolnosti so opozorili na ugotovitve, da je ED lahko napovednik srčno-žilne bolezni in se pojavi od 3 do 5 let pred prvimi simptomi. Vsak zdravnik, ki obravnava SM pri kardiološkem bolniku, bi si moral zastaviti tri vprašanja: ali je seks sploh varen, ali je varen za konkretnega bolnika in kako naj prilagodi zdravljenje, da bo ta bolnik varno zdravljen. Kardiološki bolniki z ED in nizkim tveganjem so asimptomatski, imajo manj kot tri dejavnike tveganja, zdravljeno hipertenzijo ter blago in stabilno angino pectoris. Visokorizične bolnike, ki imajo nestabilno angino pectoris ter neurejeno hipertenzijo, naj bi zdravil kardiolog. Moški z arterijsko hipertenzijo imajo pogosto ED. Posledice kronične bolezni (poškodbe možganov in hrbtenjače, Parkinsonova bolezen, epilepsija, multipla skleroza, psihiatrične bolezni, karcinomi, hematološke motnje in posledice transplantacije) so: slabša samopodoba, depresivnost, omejena gibljivost, neplodnost, partnerski problemi in različne SM. Pri spolno prenosljivih okužbah so poudarili, da je cirkumcizija pri moškem lahko zaščita pred infekcijo z virusom HIV zaradi tvorbe debelejšje plasti keratina. Raziskujejo tudi razsežnost SM pri ženskah, okuženih s HIV (v svetu je trenutno okuženih kar 17 milijonov žensk, starih nad 15 let).

Tretji sklop je bil namenjen SM pri moških. Najpogostejše komorbidne motnje pri ED so sladkorna bolezen (49 odstotkov), arterijska hipertenzija (35 odstotkov), metabolični sindrom (24 odstotkov) in kajenje (15 odstotkov). Partnerke imajo pogosto posledično SM: v 36 odstotkih zmanjšano spolno željo, v 31 odstotkih orgazmično

motnjo, v 46 odstotkih pa je znižano njihovo spolno zadovoljstvo. Pomembno sporočilo za zdravnike je: če je moški mlad ali star in se mu pojavi ED, je treba iskati organske vzroke.

Satelitski simpozij Janssen-Cilag je bil namenjen praktičnim pristopom obravnave PE. Postavljena je bila nova ISSM-definicija za kronično (vseživljenjsko – »lifelong«) PE: ejakulacija v eni minuti, nezmožnost odložitve ejakulacije in negativne psihične posledice. Prevalenca ostaja stabilna (od 20 do 35 odstotkov) ne glede na starost. Motnja ima izrazito negativne posledice: na partnerko (v 50 odstotkih SM), na kakovost življenja para, vodi v progresivno zmanjšanje spolnega repertoarja ter povečuje nazadovoljstvo. Če je PE posledica katere druge SM, je najprej potrebno zdravljenje prve. Dapoxetine (antidepresiv iz skupine SSRI, ki deluje na specifično jedro v možganskem deblu – priligy) je novo zdravilo za zdravljenje PE in se vzame 1 do 3 ure pred spolno aktivnostjo. Prednosti sta: hitro delovanje in odsotnost stranskih učinkov na spolnost. Najpogostejši stranski učinki so: glavobol, vrtoglavica, slabost in diareja. Ženske, katerih partnerji so jemali to zdravilo, so poročale o izboljšanju SM. Zdravilo je v Evropi danes registrirano na Švedskem, Finskem, v Nemčiji, Avstriji, Italiji, Španiji in na Portugalskem.

V zadnjem sklopu, namenjem ženskim SM, so najprej predstavili standarde za klinične preiskave. Z načinom samoporočanja prepoznamo težavo, ki jo potem s standardnimi intervjuji ovrednotimo. Pri tem upoštevamo tudi jezikovne in kulturološke posebnosti. Pri zdravljenju je pomembna vključenost partnerja. Pri predstavitvi fiziologije se poudarila, da genetski spol sicer določa razvoj gonad, diferenciacija možganov pa prinaša razlike med spoloma glede spolnega vedenja. Danes natančno vemo, da se pri ženski med vzburjenjem aktivirajo določena področja v možganih, medtem ko se druga deaktivirajo (primer: pri orgazmu je znano, da se aktivirajo mali možgani, deaktivira pa orbitofrontalni korteks, pri lažnem orgazmu te deaktivacije ni, aktivira pa se pelvični motorični korteks). Z različnimi tehnikami lahko objektiviziramo različne stopnje spolnega odgovora. Obstajajo različni orgazmi glede na izhodiščno stimulacijo, ni pa eden boljši od drugega. Izkaže se, da so spolni odgovori pri ženskah nespecifični, pri doživljanju pa obstaja velika raznolikost. Pri raziskavah vloge spolnih hormonov prihaja v ospredje nova veda, ki se imenuje intrakrinologija (intracelično delovanje spolnih hormonov v tarčnih tkivih). Tudi pri ženski je testosteron pomemben, vendar je potrebno vrednost vrednotiti z upoštevanjem starosti, faze menstrualnega ciklusa in pripadnosti etnični skupini. Testosteronski obliži so indicirani zgoj za nekajmesečno terapijo pri postmenopavzalnih ženskah z zmanjšano spolno željo. Spolna želja je zelo heterogena tako v motivaciji kot tudi v čustvenem odzivu. Sildenafil (viagra) je še vedno v fazah raziskav, ugotovili pa so, da poveča lumbrikacijo – vlažnost nožnice pri ženskah s poškodbo hrbtnjače in pri multipli sklerozi. Pripravlja se nova klasifikacija DSM V, ki bo natančneje opredelila kriterije za diagnozo SM (simptomi, distres, trajanje motnje). Obstaja nova diagnostična metoda vaginalna fotopletizmografija, ki ima za zdaj še veliko slabosti. V obravnavi ženske SM je vedno potrebno vprašati o spolni stimulaciji. Cilj zadovoljive ženske spolnosti je subjektivna vzburjenost, užitek in zadovoljstvo s partnerskim odnosom.

Irena Rahne Otorepec, specialistka psihiatrije, Psihiatrična klinika Ljubljana, dr. John Dean, predsednik Mednarodnega združenja za spolno medicino – ISSM, asist. Gabrijela Simetinger, specialistka ginekologije in porodništva, SB Novo mesto, dr. Eusebio Rubio Aurioles, predsednik Svetovnega seksološkega združenja – WAS (z leve)



Sledila je obravnava bolečinskih SM, kamor spadata disparevnija in vaginizem. Predstavili so nevrobiologijo medeničnega dna in vpletene živčne sisteme. Ena od teorij nastanka teh motenj govori o pomenu nevrogenega vnetja, ki naj bi sprožilo nevrosenzibilizacijo. Disparevnijo razlagamo z razumevanjem kronične bolečine. Pri vaginizmu gre za spazmične kontrakcije mišic medeničnega dna. Vzroke lahko iščemo v psihološkem odzivu na pričakovano ali ponovno podoživeto spolno travmo. Pri tem je zelo pomembna osebnost ženske, v ozadju bolečinskega simptoma se lahko »skriva« depresija, značilen je nizek prag za bolečino in doživljanje bolečine kot katastrofične. Pri obravnavi teh dveh motenj je potrebna natančna spolna anamneza, opredelitev bolečine, mediatorjev zanjo, komorbidna stanja ter ginekološki pregled. Obravnava zahteva zelo izkušenega terapevta, ki zna vzpostaviti z bolnico zaupljiv terapevtski odnos.

V Sloveniji je področje spolne medicine še v razvoju, kljub dejstvu, da je spolnost za posameznika zelo pomemben del njegovega zdravlja. Vsak zdravnik se pri svojem delu srečuje z bolnicami/bolniki s spolnimi težavami, pri katerih bi moral imeti aktivnejšo vlogo. Pri obravnavi bolnika s SM je bistvena podrobna anamneza (spolna, zdravstvena in psihosocialna), usmerjena mora biti na bolnika, zaželeno je uporaba vprašalnikov, po potrebi se opravijo telesni pregledi in laboratorijske preiskave. Pri predpisovanju zdravil bolnikom s somatskimi boleznimi moramo poznati neželene učinke le-teh na spolno funkcijo. S predstavitvijo področja spolne medicine želiva zmanjšati neznanje, predsodke in prepričanja ter povečati občutljivost zdravnikov za to področje.

»Če pri seksu vse odpove, pomagajo dragulji, rože in čokolada!« (Življenjska resnica izkušenega seksologa prof. dr. Stanleya Althofa)

Izjava o konfliktu interesov

Asist. Gabrijela Simetinger, dr. med., in Irena Rahne Otorepec, dr. med., avtorici članka Mednarodna konferenca o spolni medicini, izjavljata, da sta udeležbo na konferenci omogočila Krka in Schering-Plough, članek pa ni naročen s strani farmacevtske industrije.

8. kongres Evropskega združenja za ginekologijo

Mili Lomšek

V Rimu je od 10. do 13. septembra 2009 potekal 8. kongres Evropskega združenja za ginekologijo (European Society of Gynecology – ESG). Rim ali večno mesto, kot ga tudi imenujejo, te prevzame takoj, ko se zliješ z malimi ulicami ali širokimi alejami, polnimi prometa in ljudi. Na vsakem koraku je nekaj novega; prekrasen trg, vodnjak, spomenik, vonj po kavi ali dobri hrani. Sicer je Rim glavno mesto naše sosede Italije in glavno mesto dežele Lazio ter pokrajine Rim. Razprostira se na bregovih reke Tibere in je poznan kot mesto na sedmih gričih: Palatino, Aventino, Capitol, Quirinale, Viminale, Esquilino in Celio. Sodi med večja mesta v Evropi, saj ima 2,7 milijona prebivalcev.

Kongres je odprla predsednica ESG, prof. Clara Pelissier Langbort. Potekal je po ustaljenem protokolu, pod vodstvom prof. Andrea R. Genazzanija.

Predavatelji s področja ginekološke endokrinologije so predavali o steroidnih hormonih in steroidnih receptorjih, progestinih, GnRH analogih in antagonistih, androgenih, primarni in sekundarni amenoreji, motnjah menstrualnega ciklusa, sindromu PCO in inzulinski rezistenci, o novih teorijah o debelosti in zdravljenju le-te. S področja oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP) so predstavili endokrine motnje, implantacijo embrija in njegov razvoj. Pri tem so izpostavili problem naraščajočega števila mnogoplodnih nosečnosti zaradi vstavljanja dveh embrijev v maternico in potrebo po izoblikovanju enotnega protokola, ki bi opredeljeval, kdaj je upravičeno vstavljanje dveh embrijev. Predlog je bil, da bi se ženskam do 35. leta starosti, z dobro kakovostjo embrijev, vstavil le en embrij. Mnogoplodne nosečnosti so visoko tvegane nosečnosti, ki pomembno prispevajo k zbolewnosti in smrtnosti novorojenčkov. Predstavili so pomen zarodnih celic v humani reprodukciji, sodoben način obravnave sterilnega para, indukcijo ovulacije in novosti v OBMP ter vpliv okolja na humano reprodukcijo. Američani so izpostavili večje število starejših nosečnic po 40. letu, ki zanosijo s pomočjo donorskih oocitov in s tem povezanimi zapleti v nosečnosti.

V okviru kontracepcije so predstavili pomembno novost. Prvič prihaja na tržišče kontracepcijska tableta, ki vsebuje naravni estrogen. Imenuje se qlaira in bo v novembru 2009, med prvimi v Evropi, na voljo tudi v Sloveniji. Je izdelek podjetja Bayer Schering Pharma (BSP), ki je kot podjetje Schering predstavilo tudi prvo kontracepcijsko tableto v Evropi, leto predtem pa v ZDA. Takrat je bil pogoj, da je ženska smela uporabljati kontracepcijo, da je bila poročena in s privoljenjem

moža. Qlaira vsebuje naravni estrogen estradiol valerat (E2V) in dienogest (DNG). E2V se v telesu hidrolizira v estradiol (E2), ki je po svoji farmakokinetiki in farmakodinamiki enak telesu lastnemu E2. Zaradi tega se pričakuje manj stranskih učinkov. Močan endometrijski učinek DNG in njegovo antiandrogeno delovanje ter učinek E2V omogoča dobro kontrolo menstrualnega ciklusa. Qlaira je prva kontracepcijska tableta z unikatno padajočo koncentracijo E2V tekom menstrualnega ciklusa, ki mu sledi naraščajoča doza DNG preko 26-dnevnega aktivnega zdravljenja, ki se zaključi z dvema dodatnima placebo tabletama. Tak način omogoča dobro posnemanje naravnega ciklusa. Dosedanje študije kažejo, da ima E2V pomembno manjši trombogeni učinek kot EE (etinilestradiol), ki je bil do sedaj edini estrogen v kombinirani hormonski kontracepciji in je povezan z nekoliko povečanim tveganjem za tromboembolizme, predvsem vensko trombozo. Za dokončno potrditev tega bodo potrebne nadaljnje študije. V teku je že velika multinacionalna študija. Za sedaj veljajo za predpisovanje qlaire enake kontraindikacije kot za ostalo kombinirano hormonsko kontracepcijo.

Veliko pozitivnega je bilo povedanega o intrauterinem sistemu (IUS) mirena, kot kontraceptivu in kot terapiji za zdravljenje krvavitv v ginekologiji. Primerjalne študije kažejo, da ima enak učinek zdravljenja menoragije in hipermenoreje kot endometrijska ablacija. Mirena je bila prvič predstavljena na Finskem leta 1990. V Sloveniji ginekologi opažamo odklonilen odnos nekaterih internistov do mirene pri pacientkah po preboleli venski trombozi, čeprav prebolela venska tromboza ne predstavlja absolutne kontraindikacije za vstavev mirene.

Pripravlja se nov IUS z levonorgestrelom, ki bo sproščal le 15 mikrogramov levonorgestrela dnevno (pri mireni se sprošča 20 mikrogramov). Po napovedih ga lahko pričakujemo v letu 2012 ali 2013. Pripravlja se tudi manjša velikost mirene, ki bo namenjena predvsem nuliparam. V okviru kontracepcije so predavatelji predstavili še ostale koristne nekontraceptivne učinke kontracepcije, kako daleč je razvoj hormonske kontracepcije za moške, nove strategije kontracepcije, selektivne modulatorje progesteronskih receptorjev.

S področja ginekologije je bila predstavljena otroška in adolescentna ginekologija, spolna disfunkcija, spolno prenosljive bolezni, AIDS, disfunkcijske krvavitve, endometrioza, poročilo o ginekoloških infekcijah v letu 2009, krvavitve v ginekologiji, miomi, klinična obravnava benignih ovarijskih cist, medikamentozno zdravljenje endometrioze, hormonske motnje v ginekologiji in terapevtska ginekološka radiologija.

V okviru menopavze in staranja je bil poudarek na hormonski nadomestni terapiji (HNT). Za prihodnost se pričakuje, da bi se lahko morda namesto EE uporabil fetalni estrogen esterol (E4), ki ima antiestrogeni efekt na dojke in bi bil zato lahko uporabljen tudi za zdravljenje menopavzalnih težav žensk, ki so zbolele za rakom dojke. Imel naj bi tudi manjši vpliv na funkcijo jeter, vensko trombozo in kardiovaskularne bolezni ter bolezni žolčnika v primerjavi z EE. Za dokončne zaključke so potrebne nadaljne študije.

Pri kirurgiji v ginekologiji je bila izpostavljena mikroinvazivna kirurgija in ambulantna histeroskopija. V okviru onkoloških tem pa genetika, biološka zdravila, HPV-cepivo, novi markerji v ginekološki onkologiji, robotna kirurgija in pomen zarodnih celic v onkologiji.

Rak dojke kot najpogostejši rak pri ženskah je imel svoj sklop predavanj. Veliko je bilo govora o hormonih, karcinogenezi, novih prognostičnih in napovednih faktorjih, antiestrogenih, selektivnih modulatorjih estrogenskih receptorjev, aromataznih inhibitorjih, onkološki, estetski in rekonstruktivni kirurgiji. Pomisleki so bili o uvedbi splošnega presejanja pri starosti 40 let, namesto 50, vendar dosedanje študije zaenkrat niso potrdile smiselnosti tega.

Psihiatrija

Poslušati lahko pomeni tudi slišati

Metoda Vidmar Vengust

Stari Grki so gojili poseben kult poslušanja in so razumeli večino poslušanja kot del splošne izobrazbe. V ta namen so razvili pravila vedenja in celo drže telesa, kar si moral spoštovati, če si želel veljati za omikanega. Danes redko pomislimo na poslušanje kot del komuniciranja in ga jemljemo kot nekaj samo po sebi umevnega. Na pomembnost poslušanja pomislimo šele takrat, ko nas nekdo ne posluša in to doživljamo kot moteče. To pa kaže, da je poslušanje pomembno tudi v današnjem času, ko z raznimi usmerjenimi intervjuji skušamo informacije pridobiti na najhitrejši možen način. Poslušanje drugega človeka pomeni več kot le pridobivanje podatkov, lahko pomeni globlje sprejemanje in razumevanje.

V psihiatriji radi rečemo, da je zdravilen predvsem odnos med terapevtom in pacientom, v odnosu pa je poslušanje sestavni, verjetno tudi najpomembnejši del sporazumevanja. Kako bi si sicer razlagali gnečo v ambulantah psihiatrov, ki naj bi bili med drugim tudi »usposobljeni poslušalci«. Ljudje si pogosto vzamejo prost dan, zaradi prezasedenosti ponavadi čakajo na pogovor, ki pa v glavnem ne traja več kot pol ure. Vendar ljudje prihajajo tudi zato, da pridejo v stik s seboj, to pa lahko le z nekom, ki jih intenzivno posluša. Zanimiv je pojav sodobnega časa, ko zlasti mlajši prihajajo že s postavljenimi diagnozami, ki so jih

Porodničarji so govorili o inzulinski rezistenci v povezavi z zapleti v nosečnosti, bolezni ščitnice, hipertenzivni zapletih v nosečnosti, mnogoplodni nosečnosti, pomenu 3D/4D UZ sedaj in v prihodnosti, rekurentnem abortusu, shranjevanju krvi iz popkovnice ob porodu, prezgodnjem porodu in nekaterih drugih temah.

Na kongresu se je ponovilo veliko starega znanja in podalo nekaj novega. Izmenjale so se izkušnje med ginekologi številnih držav, saj je bilo prisotnih približno 2500 udeležencev z vseh kontinentov. Bilo je poučno in prijetno.

Izjava o konfliktu interesov

Podpisana Mili Lomšek, dr. med., avtorica članka 8. kongres Evropskega združenja za ginekologijo, predvidevna za objavo v reviji Isis, izjavljam, da sem se udeležila v naslovu omenjenega kongresa s pomočjo podjetja Bayer Schering Pharma, vendar moj članek ne vsebuje reklamnih sporočil tega podjetja in je pregled znanstveno potrjenih dejstev, ki so bila predstavljena na kongresu.

našli sami preko spleta, in z ustrežno uvedeno medikamentozno terapijo, ki so jo prejeli že pri izbranem zdravniku. Pa vendar pridejo po nekaj več, z željo po razumevanju sebe, orodje za to pa je poleg psihoterapevtskega znanja tudi kvalitetno poslušanje in seveda odnos, ki se vzpostavi.

Problem sodobnega zahodnega človeka je, da posluša predvsem sebe. Ko nam sobesednik nekaj pripoveduje, v nas oživi del misli, asociacij in občutkov in pričnemo se ukvarjati predvsem s tem, kaj in kako bomo odgovorili, pri tem pa seveda poslušamo le sami sebe. Ker dobimo ponavadi enak odgovor tudi nazaj, nas to vodi v kronično neizpolnjenost in hrepenenje po tem, da bi bili slišani in razumljeni. Kognitivno-vedenjski teoretiki to razlagajo s tem, da vse zunanje informacije filtriramo skozi nam lasten referenčni okvir, ki povzroči, da zunanje informacije sprejemamo že deloma izkrivljene in skladno s tem, ali nam je nekaj všeč ali ne. Pomembno je, kakšno mnenje smo o tej temi imeli že od prej, katere avtomatske misli nam rojijo po glavi, kakšna so naša bazična prepričanja, filozofski sklopi in vrednote, ki smo si jih oblikovali v življenju. Povedano torej vedno želimo obesiti na drevo, ki je zraslo na našem vrtu, pri tem pa ne vidimo izza plotov drugih vrtov.

V času podiplomskega izobraževanja smo v trojicah vadili tehniko aktivnega poslušanja po Rogersu. Eden je igral pacienta, drugi terapevta in tretji opazovalca. Na koncu je bilo vedno zanimivo primerjati povedano, slišano in razumljeno, ki se je seveda razlikovalo v klasičnem slogu Rashomona. Ta tehnika ponuja delno rešitev predvsem s tem, da terapevt vsake toliko časa na kratko obnovi vsebino povedanega in s tem da pacientu občutek, da je poslušan, še vedno pa mu da tudi možnost, da ta še enkrat obnovi bistvo svojega sporočila in poudari tisti del, ki je njemu še posebno pomemben. Tehnika ponuja možnost, ki se je občasno lahko poslužujemo, vendar bi bilo stalno ponavljanje vsebine slej kot prej moteče.

V odnosu bolnik-zdravnik so dodatni zaplet vse fantazije, projekcije in magična pričakovanja, ki jih bolnik prenese na svojega zdravnika in pričakuje, da jih bo ta na čudežen način rešil. Pogosto se nezavedno preda v roke svojemu zdravniku in pričakuje, da ga bo ta vodil kot guru in zdravilec. V samem zdravniku lahko seveda to še stopnjuje občutek omnipotentnosti, to pa ga lahko vodi v dejanja, da želi preveč pomagati svojemu pacientu, čeprav je včasih že dovolj, da ima človek občutek, da je bil slišan in razumljen, in dodatne intervencije, ki presega okvire odnosa bolnik-zdravnik, niti niso potrebne.

Na strani zdravnikov so številni moteči dejavniki, ki ovirajo umirjen in globok pristop k človeku – bolniku. Med najbolj motečimi je preveliko število ljudi, ki jih imamo vsakodnevno v obravnavi, saj tudi pozornost in koncentracija nihata tekom dneva. Na odnos in poslušanje vplivajo tudi drugi organizacijski problemi, vsakodnevne skrbi zdravnika, njegovo počutje...

Zdravniki imamo v glavi tudi številne teoretične koncepte, v katere skušamo umestiti našega pacienta in njegov problem, pri tem pa seveda lahko pozabimo na človeka, ki sedi pred nami.

Diagnostične smernice so seveda potrebne, zanimivo pa je, kako lahko vplivajo na naš odnos z bolnikom, na primer na moralno dimenzijo tega odnosa. Če ima nekdo postavljeno diagnozo iz sklopa psihičnih motenj, ta lahko hitro vpliva na odnos zdravnik-bolnik, tudi v smislu stigmatizacije. Tudi težje telesne bolezni lahko pomenijo vrsto označenosti, le da se ta v odnosu kaže na nekoliko drugačen način.

Za doseg višjega nivoja razumevanja pa je koristno usklajevati oboje, naučeno znanje in celostno razumevanje človeka.

Pri delu psihiatra imam občutek, kot da z vsakim človekom vstopim v reko, ki je ne poznam. V tej reki so tudi pasti in brzice, ki nas lahko presenetijo, znanje pa je kot rečna struga, ki nas usmerja in kaže pot. Poslušanje pomeni, da se spustiš z osebo po reki in z njo odkrivaš nekaj novega za njo, vedno pa tudi v sebi, saj gre vedno za odpiranje splošnih človeških dilem. Glede na pomanjkanje časa, s katerim se srečujem pri svojem delu, mi je najbolj žal, da z ljudmi pogosto ne morem »pluti po reki« dovolj dolgo, da bi prišli do ključnih trenutkov. Če premoremo dovolj časa in potrpežljivosti, se namreč v pogovoru vedno zgodijo »dramatični preobrati«, saj reka človeka vedno sama pripelje do

brzic, ki jih posameznik v stiku z drugim (terapevtom) ne more več spregledati (potlačiti). Na njih se ustavi in prične na glas razmišljati o ključnih problemih svoje osebnosti. Dobro je, da je odnos dovolj potrpežljiv in varen, da se to lahko zgodi, še bolj pomembno pa je, da je dovolj časa, da človek to lahko predela. Poslušati pomeni tudi to, da se tega kot terapevt ne ustrašiš, pri tem pa ne siliš v prezgodnje in preveč nasilne intervencije.

C. G. Jung je rekel: »Globok zdravilni faktor v psihoterapiji je zdravnikova osebnost.« Na prvi pogled se zdi ta trditev glede na povedano kontradiktorna, vendar poslušanje ne pomeni pasivnega in popolnoma nevtralnega poslušalca, pomembno pa je, da je fokus pozornosti usmerjen na človeka, ki išče pomoč.

Naše učenje in naš trening res temelji na znanstvenih dogmanjih, toda odnos, ki se vzpostavi z vsakim posameznim človekom v naši ambulanti, je veliko več kot to. V sebi smo prisiljeni iskati modrosti in odgovore, ki so jih pred nami iskali že filozofi, modreci in duhovni učitelji, kajti znanost je pogosto preozka za vprašanja in dileme, ki si jih zastavlja človek. Pri tem je pomembna tudi izkušnja našega trpljenja, individualnega in kolektivnega, ki nas razširi v nekoga, ki je veliko več kot le »strenirani« zdravnik. Pogosto nam ravno ta izkušnja lahko da potrpežljivost in sposobnost za globoko sočutje. Pomeni pa tudi, da se ob naših bolnikih učimo in nam to daje možnost, da se kot osebnosti razširimo in postanemo modrejši.

Biti zdravnik terapevt namreč ne pomeni biti nad svojim pacientom, biti nekdo, ki je brez problemov oziroma je vse svoje probleme že razrešil. Eden od elementov tega odnosa je namreč moč, ki jo ima v svojih rokah zdravnik. Ta moč je apriorna in izhaja iz narave odnosa. Olajšanje je, če lahko težišče te moči prenesemo v preprosto človeško spoštovanje.

Globoko poslušanje lahko pomeni tudi neke vrste predajo. Namesto stalnega poskušanja spreminjanja drugih lahko drugega poskusimo preprosto razumeti in sčasoma se pokaže, kako zdravilno je to, saj ima človek ponavadi že vse odgovore v svojih rokah, potrebno je le dovolj potrpežljivosti in strpnega usmerjanja.

K dobremu poslušanju sodi tudi spoštovanje filozofskega okvira in vrednot sveta, iz katerega človek izhaja. V zahodnem svetu je danes najvišja postavka individualnost in skrb zase. V tej smeri tudi vodimo svoje bolnike, pri tem pa zelo hitro pozabimo, da velik del sveta živi drugače. Če tega ne spoštujemo, ima naš bolnik občutek, da ni bil razumljen. Problem pa je tako globok in primaren, da o njem ponavadi niti ne spregovorimo.

Živimo tudi v svetu, kjer naj bi bili vsi lepi, popolni, zdravi in mladi, potem pa se v nekem obdobju svojega življenja znajdemo s trpljenjem iz oči v oči in smo presenečeni, ker živimo v iluziji, da se to dogaja le drugim in ne nam. To je podobno kot če bi želeli poslušati le glasbo godalnih orkestrrov (T. Bien: Mindful therapy, 2006), vendar s tem velike simfonije ne bi bile več velike. Brez globokih tonov (trpljenja) bi primanjkovalo barve, globine in bogastva zvoka. Poslušanje tudi pomeni, da

se teh vsebin ne ustrašimo in da ljudi učimo, da ne bežijo pred bolečimi občutki in dilemami, ker jim ravno te teme lahko dajo najgloblje odgovore njihovega življenja in najbolj pristen in globok občutek o njih samih, s tem pa tudi občutek varnosti v svojem telesu, s svojimi občutki in mislimi.

Globoko poslušanje pa ne pomeni, da je to rezervirano le za psihiatrično ambulanto, prav tako ne pomeni nujno, da je za to potrebno več časa. Ravno nasprotno. Pri vsakodnevnem delu se s pozornim poslušanjem čas obravnave posameznega bolnika lahko celo skrajša, saj nam omogoča, da hitro zaslišimo problem in pričakovanja, s katerim do nas pristopi naš bolnik. Vsi

poznamo situacije, ko smo s prehitrimi odgovori, mnenji ali intervencijami pogovor samo zapletli in podaljšali ter ga pripeljali v brezplodno medsebojno prepričevanje in dokazovanje. Dobro poslušanje vpliva tudi na potek zdravljenja, saj lahko dosežemo višjo stopnjo sodelovanja, če so razrešeni temeljni strahovi in nam bolnik zaupa.

Poslušanje je torej pomemben in kompleksen del medosebnih odnosov, ponavadi pa ga jemljemo preveč preprosto in ga ne negujemo, kar lahko človeka tudi siromaši, saj nam dobro poslušanje lahko da tudi globok občutek izpolnjenosti.

Zdravljenje odvisnosti

Ne le metadon – tudi psihoterapija

Jasna Čuk Rupnik

Prvi slovenski centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) so bili ustanovljeni leta 1995. Zaposleni iz vseh centrov se srečujejo vsak tretji četrtek v mesecu na koordinacijah, ki jih na Centru za zdravljenje odvisnih v Ljubljani na Zaloški 29 vodi psihiater Andrej Kastelic. Srečanja so v prvem delu namenjena obravnavi organizacijskih in delovnih vsebin, v drugem delu pa strokovnim predavanjem. Junjsko koordinacijo – zadnjo pred dopusti v juliju in avgustu – vsako leto pripravi eden od 18 danes delujočih centrov. S takim obiskom dobijo zaposleni vpogled v delo drugih centrov in lahko bolje izmenjujejo svoje izkušnje.

Tokrat je zaposlene iz centrov 18. junija 2009 povabil na koordinacijo v svoje novozgrajene prostore CPZOPD Logatec, ki deluje že vse od leta 1995. V centru se trenutno z metadonom, buprenorfinom ali dolgodelujočim morfinom zdravi preko 140 oseb. Le slaba četrtina bolnikov je prebivalcev Logatca, velika večina iskalcev pomoči pa prihaja iz sosednjih, tudi bolj oddaljenih občin.

Za strokovno predavanje so zaposleni v centru zaprosili psihologa **dr. Andreja Perka**, enega naših najbolj znanih psihoterapevtov. Vabilo predavatelju za predstavitev uspešnosti socialno-andragoške metode zdravljenja odvisnosti in pomoči drugim ljudem v tiski je imelo namen poudariti nujnost vključevanja psihoterapije v zdravljenje odvisnih od heroina že od samega vstopa v programe medikamentoznega zdravljenja v centrih.

Posebno obeležje odličnemu predavanju je s svojimi mislimi dodal še mladenič, ki je v logaškem centru zdravljenje zaključil že pred leti. Po koncu nekajletnega zdravljenja z metadonom se je odločil še za vstop v program »zapoznelega zorenja« pri dr. Perku in se tako še dodatno pospešeno rehabilitiral.

Vodja CPZOPD Nova Gorica Miha Kramli je ob koncu predavatelja vprašal, kaj meni o potrebnosti zdravljenja s

substitucijskimi zdravili in smiselnosti dela centrov. Odgovor je bil odobravaljoč – tudi na podlagi predavateljve osebne izkušnje v času strokovnega obiska v Italiji, kamor je pred leti dr. Perko potoval skupaj z dr. Rugljem in dr. Ramovšem.

Bistvo junjske koordinacije bi lahko strnili v misel, da je uspeh zdravljenja vsake kronične bolezni odvisen od neprestanega dinamično ustvarjalnega in s tem uspešnega povezovanja človekovih bio-psiho-socialnih vzvodov v skladno celoto. Poslušalci so bili s predstavitvijo zelo zadovoljni.



Predani zanimivi vsebini (v ospredju z leve): Marko Cerar – raziskovalec IVZ, Jurij Kolpakov – psihiater, in Miha Kramli – psiholog (oba iz CPZOPD Nova Gorica), Katarina Hodnik – odgovorna medicinska sestra CPZOPD Logatec, Lučka Jagodic Klipšteter – zdravnica ZD Logatec, Nardo Stegel, spec. spl. med., vodja CPZOPD Pivka, in Andrej Pišec – psihiater, vodja CPZOPD Maribor (Foto: Berta Motoz)

Ustanovljeno je Diabetološko združenje Slovenije

Jelka Zaletel Vrtovec

Diabetološko združenje Slovenije je bilo ustanovljeno aprila 2009 in združuje zdravnike interniste, pediatre in zdravnike drugih vej medicine, ki se ukvarjamo s klinično diabetologijo. V skupno strokovno in samostojno združenje smo se združili s ciljem, da ohranjamo in vzdržujemo visoko strokovno raven slovenske diabetologije ter dosežemo učinkovito organizacijo zdravstvene oskrbe bolnikov s sladkorno boleznijo.

Neposredni predhodnik Diabetološkega združenja Slovenije je bil Diabetes forum. Deloval je kot svetovalno telo za diabetologijo pri Združenju endokrinologov Slovenije, ki je eno od združenj Slovenskega zdravniškega društva. Gleda na razvejan program dela in zahtevnost zastavljenih projektov smo se na sestanku Zveze endokrinologov Slovenije aprila 2009 dogovorili, da se Diabetes forum preoblikuje v samostojno združenje, ki se imenuje Diabetološko združenje Slovenije. S svojimi vizijami, poslanstvom, strategijo in ekipo v popolnoma enaki zasedbi zdaj nadaljujemo delo v začrtani smeri.

Vizija Diabetološkega združenja je zmanjševanje bremena sladkorne bolezni tako za posameznika kot za družbo v celoti. Naše delovanje je zato usmerjeno na tri ravni zdravstvene oskrbe. Večina članov Diabetološkega združenja dela na sekundarni ravni zdravstvenega varstva, to je v diabetoloških ambulantah. Delovanje Diabetološkega združenja je zato z najširšo podporo vodij diabetoloških ambulant najmočnejše ravno na sekundarni ravni. Pripravljamo veliko projektov in aktivnosti z namenom, da bi že »tukaj in zdaj« izboljšali oskrbo bolnikov s sladkorno boleznijo. V skrbi za bolnike s sladkorno boleznijo tipa 2 so kolegi zdravniki specialisti družinske medicine naši nepogrešljivi sogovorniki. Del delovanja Diabetološkega združenja je zato namenjen tudi vzpostavljanju komunikacije in sodelovanja z njihovimi inštitucijami in sodelovanju v konkretnih skupnih projektih. Tretja raven delovanja Diabetološkega združenja pa je delovanje na nacionalni ravni, kjer želimo aktivno sooblikovati zdravstveno politiko. Projekt, ki je trenutno v ospredju delovanja na tem nivoju, je soustvarjanje Nacionalnega programa za obvladovanje sladkorne bolezni pri Ministrstvu za zdravje republike Slovenije, ki prehaja v zaključno fazo. Sodelovanje Diabetološkega združenja pri oblikovanju tega dokumenta je izjemno pomembno, saj predstavlja strateški dokument, ki bo usmerjal zdravstveno politiko na področju preprečevanja sladkorne bolezni in oskrbe bolnikov s sladkorno boleznijo v naslednjem desetletju.

V nadaljevanju želim predstaviti organiziranost Diabetološkega združenja. Naš namen je namreč delovati pregledno, odprto in učinkovito, zato smo temu primerno zasnovali tudi strukturo združenja. Člani Diabetološkega združenja sestavljajo zbor

članov, ki predstavlja najširšo bazo v stroki. Vodje diabetoloških ambulant in bolnišničnih oddelkov oblikujejo svet Diabetološkega združenja, ki predstavlja organ z največjo izvršilno močjo. Motor delovanja Diabetološkega združenja je kolegij. Kolegij Diabetološkega združenja je posvetovalno telo predsednika in oblikuje ter vodi politiko Diabetološkega združenja. V tej sestavi je petčlanski. Podpisana sem predsednica Diabetološkega združenja in predstavljam združenje navzven ter skrbim za njegovo koordinirano delovanje. Nad različnimi vidiki delovanja Diabetološkega združenja bdijo še upravni in nadzorni odbor ter častno razsodišče.

V izpolnjevanju vizije našega delovanja se zavedamo, da v skrbi za bolnika s sladkorno boleznijo mi kot stroka nismo sami. Zato se v našem delovanju odpiramo navzven in želimo sodelovati z mnogimi partnerji znotraj in izven zdravstvenega sistema. Zelo pomembno nam je vzpostavljanje sodelovanja z raznovrstnimi partnerji in inštitucijami. Partnerji, s katerimi sodeluje Diabetološko združenje, so poleg strokovnih organizacij drugih strok (zdravniških, sestrskih, strokovne organizacije lekarniških farmacevtov) tudi Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zveza društev diabetikov Slovenije, Inštitut za varovanje zdravja, Zdravniška zbornica Slovenije in farmacevtske družbe ter druga podjetja, ki sodelujejo pri oskrbi bolnikov s sladkorno boleznijo. Sodelovanje s partnerji je transparentno in je zavezano izboljšani oskrbi bolnikov s sladkorno boleznijo.

Naše delovanje lahko spremljate tudi preko spletnega portala, ki je namenjen strokovni javnosti in zajema tematiko diabetologije in endokrinologije.

Dostopen je na naslovu <http://www.endodiab.si/>

Spoštovani kolegi, tudi vi se srečujete z bolniki s sladkorno boleznijo. V skrbi za njihovo zdravje lahko sodelujemo na mnogo načinov.

NOVA SPLETNA STRAN
ZDRAVNIŠKE ZBORNICE
SLOVENIJE

www.zdravniskazbornica.si

Priponbe na članek Nova priporočila za preprečevanje infekcijskega endokarditisa

Andrej Robida

Članek Mateje Logar, Tatjane Lejko Zupanc in Andreje Pikelj Pačnik z naslovom Nova priporočila za preprečevanje infekcijskega endokarditisa je bil objavljen v reviji *Isis*, št. 8/9, 2009, str. 54-55.

V letu 2007 (*Circulation* 2007; 116; 1736-1754) in 2008 (*Circulation* 2008; 118; 887-896) so izšle posodobljene smernice za preprečevanje infekcijskega endokarditisa. Ker avtorice povzemajo vsebino smernic in priporočajo dosledno uporabo v Sloveniji, bi rad opozoril na napake, ki so nastale ob povzemanju originalnih člankov, z namenom, da se popravijo, da ne bi povzročali škode pacientom.

Manjka zapis, da je profilaksa potrebna, če gre za popravo zaklopke s protetičnim materialom. Bolniki z biološkimi protezami in homografiti potrebujejo zaščito le šest mesecev po korekciji. Pri nekorigiranih prirojenih napakah s cianozo, vključno s paliativnimi šanti, je profilaksa potrebna. V originalu ni spiska prirojenih srčnih napak. Avtorji pa so objavili spisek

nekaterih prirojenih srčnih napak (brez navedbe vira). V spisku ni vseh cianotičnih prirojenih srčnih napak, nekatere pa ne sodijo med cianotične.

Infekcijski endokarditis je bolezen, s katero se v praksi sooča več specialnosti, od pediatričnih kardiologov, kardiologov za odrasle, otroških srčnih kirurgov in srčnih kirurgov za odrasle do infektologov. Ti najbrž preberejo originalne smernice. S pacienti, kjer je tveganje za infekcijski endokarditis veliko, pa se srečujejo tudi kolegice in kolegi drugih specialnosti, ki potrebujejo jasna navodila, kako ukrepati, da po eni strani ne pride do škode za zdravje naštetih skupin pacientov, po drugi strani pa ne do razsipavanja virov za nepotrebno profilakso.

Odgovor na pripombe prof. dr. Andreja Robide

Mateja Logar, Tatjana Lejko Zupanc, Andreja Pikelj Pečnik

V objavljenem prispevku smo želele slovensko zdravstveno javnost predvsem seznaniti z obstojem novih smernic za preprečevanje infekcijskega endokarditisa. Prispevek ni bil namenjen podrobnejšemu kardiološkemu razdeljevanju prirojenih srčnih napak in specifičnih stanj, ki zahtevajo kompleksnejši, multidisciplinarni pristop.

V prispevku smo že navedle, da potrebujejo bolniki po popolni korekciji srčne napake (pridobljene ali prirojene), kadar je uporabljen umetni material, zaščito pol leta po korekciji.

Seznam prirojenih srčnih napak, ki je naveden v prispevku, je povzet po izvirnih člankih, ki so služili za pisanje priporočil za preprečevanje infekcijskega endokarditisa, in po <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001104.htm>.

V izvirnih člankih, ki obravnavajo nova priporočila za preprečevanje infekcijskega endokarditisa, je dodatno navedeno, da je potrebna konzultacija s pediatričnim kardiologom, ki potrdi in opredeli prirojeno srčno napako ter se glede na nova priporočila odloči, ali je antibiotična zaščita indicirna, česar v našem prispevku nismo posebej navedle.

Tuberkuloza – kuga 19. in 20. stoletja na Slovenskem na primeru sanatorija Golnik 1921–1998

France Urlep

Avtorica: Zvonka Zupanič Slavec. 344 strani, 637 fotografij, avtorji fotografij: Franjo Jug, Jože Prešeren, Boris Urankar, Ivan Sernc, Janez Misson. Slikovna oprema: Zvonka Zupanič Slavec. Oblikovanje, prelom in priprava za tisk: Metka Žerovnik. Urednica: Ksenija Slavec. Uredništvo knjižne priprave v bolnišnici: Štefan Lepoša. Slovenska lektura: Dana Petrovič Kugler. Recenzenti: Jana Furlan, Vladimir Kotnik, Izidor Kern. Tisk: Litera Picta d.o.o. Izdajatelj: Inštitut za zgodovino medicine Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. Sozaložnika: Bolnišnica Golnik in Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije. Izid knjige je podprla Javna agencija za knjigo Republike Slovenije.

Leta 2008 je Zvonka Zupanič Slavec napisala knjigo o bolnišnici Golnik. Monografija je izšla ob desetletnici njene ponovne samostojnosti. V njej je opisala sodobno pulmološko in alergološko bolnišnico, ki se je med leti 1998 in 2008 postavila ob bok tovrstnim ustanovam v Evropi.

Letos septembra je izšla druga knjiga, ki opisuje začetne napore, boj in zmago nad tuberkulozo, kugo zadnjih dveh stoletij v Evropi. Na Slovenskem je bil ta proces odločilno povezan z delom v sanatoriju Golnik. Vsa obdobja svetovnih medicinskih spoznanj na področju diagnostike, zdravljenja in preprečevanja te bolezni so na Golniku ves čas doživljali, proučevali in uresničevali skrbno, vztrajno in zelo zavzeto. Knjiga, ki ta dogajanja izčrpno popisuje, je izjemen spomenik tem požrtvovalnim ljudem.

Tuberkulozo, jetiko ali sušico pozna človeštvo od pradavnine. Hi-pokrat je opisal ftizo kot bolezen, ki bolnika tako izsuši, da od tega umre. Zdravili so jo tako, da so si prizadevali vsestransko krepi ti telesno odpornost. To je bila edina terapija tudi v kasnejših stolec-tjih. Paracelsus je prvi poskušal sušico zdraviti s kemičnimi sredstvi. Začetniki epidemiologije so spoznali nalezljivost te bolezni. Ob razvoju anatomije v dobi renesanse so spoznali makroskopsko vidne tuberkle. Leta 1863 je Pasteur objavil, da ima tuberkuloza posebnega povzročitelja, ki ga je leta 1882 izoliral in predstavil Robert Koch ter s tem pričel mikrobiološko dobo in z njo sodobno medicino. Izolirane bacile je kultiviral in upal, da bo izdelal cepivo. Imunizacija ni uspela. Tuberkulin pa so uporabljali za ugotavljanje okuženosti z bacilom tuberkuloze. Iz bacila goveje tuberkuloze, ki ni bil kužen, je bilo leta 1924 izdelano cepivo BCG, ki je preventivno ščitilo pred hudimi oblikami tuberkuloze predvsem pri otrocih.

S porastom prebivalstva v drugi polovici 19. stoletja je postalo zdravljenje tuberkuloze v Evropi pereč problem. Ker se je izjalovilo,

so zlasti za premožnejše v klimatsko ugodnih legah gradili sanatorije, kjer so tuberkulozo zdravili predvsem s počitkom na svežem zraku in z dobro prehrano. Najuglednejša so bila zdravilišča v Davosu v Švici.

Nov napredek je predstavljalo uporabljanje umetnega pnevmotoraksa in odkritje rentgenskih žarkov. Pričelo se je obdobje kirurškega zdravljenja tuberkuloze, ki je predstavljalo v prvi polovici 20. stoletja junaški in precej uspešen poseg.

Začetek resnično vzročnega zdravljenja tuberkuloze pomeni Waksmanovo odkritje streptomocina leta 1943, ki je skupaj s paraaminosalicilno kislino – PAS (1946) in izoniazidom – euti-zonom (1952) omogočil konec epidemije tuberkuloze. Dejstvo, da je streptomycin lahko povzročal okvaro sluha, so, zaradi uspešnosti zdravljenja tuberkuloze, zanemarili.

Na Kranjskem je leta 1890 umrlo za tuberkulozo 500 ljudi na 100.000 prebivalcev. Leta 1935 je tuberkuloza v Dravski banovini pobrala 158 življenj, leta 1950 je zahtevala 88 žrtev, leta 1961 pa le še 14 na 100.000 prebivalcev. To je bila zmaga tedaj novih antibiotičnih zdravil, o kateri si pred desetletjem niso upali niti pomisliti.

Avtorici gre priznanje za široko in vsestransko zajemanje vprašanja. Dotaknila se je obravnavanja jetike v evropski kulturni zgodovini. Pri tem omenja Botticellijevo sliko Rojstvo Venere, operne junakinje: Verdijevo Traviato, Puccinijevo Manon Lescaut in opero La Boheme. Med Slovenci omenja Cankarjeve črtice, tuberkuloznega poeta Dragotina Ketteja, slovenskega slikarja Hinka Smrekarja, slikarja Miho Maleša in druge. Za tak pristop je potrebno veliko znanja in razumevanja obdobjnih družbenih dogajanj, kar je Zvonka Zupanič Slavec s svojimi številnimi deli nedvomno dokazala.

Široko in vsestransko zajemanje vprašanja se kaže v neverjetno obsežnem slikovnem materialu, ki na značilen način pripoveduje skoraj samostojno, vzporedno pripoved o obravnavanih temah. Zbiranje in odbiranje fotografij kaže na njej lasten pristop k obravnavi tuberkuloze, kjer mnogokrat razberemo veselje do človeških vzponov in dosežkov, na drugi strani pa srh ob usodi mladih življenja in ljubezni željnih, a s strahom zazrtih v obličje smrti. Ob tem vestno pokaže ljudi, ki so se trudili bolezen premagati in bolnikom omogočiti v največji možni meri kakovostno življenje. Taki pogledi na nevsiljiv način kažejo čustveno naravnost, motiviranost in zavzetost avtorice, da estetsko in dovršeno izoblikuje celotno delo. V knjigi je 770 fotografij, na katerih je upodobljenih preko 3000 oseb.

Golniški grad omenja že Valvazor kot Gallenfels ali po slovensko Glavnik v 15. stoletju. Izmenjalo se je veliko lastnikov. Po Kriških

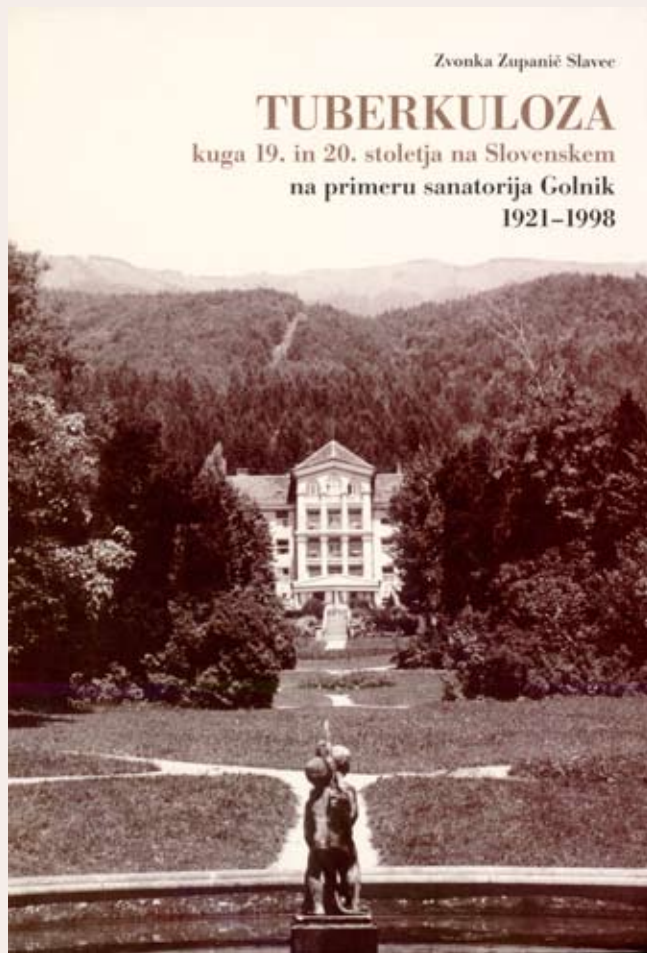
gospodih je bil grad krajši čas pod gornjegrajsko oblastjo, kasneje so ga prevzeli gljniški gospodje. Grad je v 19. stoletju prevzela rodbina Turk iz Ljubljane, leta 1914 pa kmet Janez Gorjanc s Primskovega. Leta 1917 ga je kupila za 48.000 kron Komisija za preskrbo vračajočih vojakov na Kranjskem in s tem je postala graščina zametek bodočega sanatorija. V sanatoriju bi sprva zdravili vojake s soške fronte in pljučne bolnike. Lego so izbrali leta 1917 na travniku pod golniškim gradom, ker je bilo tam zavetje, veliko sonca in ni bilo megle. Po koncu vojne je leta 1919 narodna vlada Slovenije sprejela sklep, da se na Golniku zgradi zdravilišče. Prvih 40 bolnih invalidnih vojakov so namestili v devet urejenih sob v starem gradu in ustanovo poimenovali Zdravilišče za tuberkulozne vojaške invalide Golnik pri Trziču. Zdravilišča na Golniku so gradili polnih 25 let.

Da si lažje predstavljamo to izjemno delo, množico opisanih dejstev, vsestranskost in natančnost opisov ter med vrsticami pisateljčino ljubezen do celotnega projekta, naj nakažem vsebino prvega vsebinskega sklopa: Protituberkulozni sanatorij – upanje jetičnih. Prične se z opisom postopne graditve golniških stavb in življenja v njih med obema vojnama, začetkov delovanja, klimatskega in dietičnega zdravljenja v dvajsetih in tridesetih letih prejšnjega stoletja, državne podpore sanatoriju za nabavo sodobne opreme in širjenja zdravilišča ter gradnje novih objektov. Arhitekt Ivan Vurnik, tedaj najuglednejši slovenski arhitekt, znan po načrtovanju popotresne Ljubljane, je izdelal projekt za izdelavo sanatorija po zgledu švicarskih sanatorijev v Davosu. S spoštovanjem graščinske tradicije je zasnoval osrednji del arhitekturno preprosto in funkcionalno. Z gradnjo so začeli spomladi leta 1921, naslednje leto je bil objekt že pod streho. Leta 1925 je sanatorij v Vurnikovi zgradbi pričel z delom.

Tuberkulozo so zdravili v vsem razvitem svetu na enak način. Tedanja Jugoslavija ni sodila med bogate države. Sodobno zdravljenje so zagotavljali z večjo požrtvovalnostjo in predanostjo vseh, ki so takrat delali na Golniku. Leta 1919 je bilo na Golniku 866 oskrbnih dni, leta 1929 pa že 59.136. Popisi tega obdobja so izredno zanimivi, tak je tudi spremljajoči slikovni material. Tuberkuloza je bila socialna bolezen, zato je razumljiv velik porast v času gospodarske krize leta 1929. Zdravilišče je moralo plačevati anuitete gradenj in ni moglo samo prispevati k zdravljenju. Država si je prizadevala za brezplačno zdravljenje, a ga ni zmogla. Na Golnik je prihajalo vse več bolnikov iz ostalih delov države. Takratni ugledni zagrebški zdravnik dr. Andrija Štampar je celo predlagal, da bi na Golniku vsaka banovina postavila in opremila svoj sanatorij. Načrt boja proti tuberkulozi so izdelali na Golniku leta 1936, v njem je bila posebej poudarjena vloga protituberkuloznih dispanzerjev. Med leti 1932 in 1941 jih je delovalo v Sloveniji 21. Opremljali so jih z rentgenskimi aparati, siromašnim omogočali brezplačno zdravljenje, ogroženim otrokom zagotavljali brezplačno letovanje v počitniških kolonijah in izdajali glasilo Delo proti tuberkulozi. Leta 1938 so na vzhodni strani Vurnikove zgradbe po osemletnem prerekanju v državi pričeli graditi tako imenovano železniško stavbo. Leta 1941 je dokončanje stavbe prekinila vojna. Nemški okupatorji so delo dokončali in leta 1942 vanjo namestili infekcijski oddelek.

Predstavljen je razvoj zdravljenja z umetnim pnevmotorakom in s kirurškimi posegi do druge svetovne vojne. Podrobno so opisani zdravniki in negovalke. Podporno osebje v kuhinjah in delavnicah predstavlja avtorica s težnjo, da bi bili opisi kar se da izčrpani in zaokroženi v svojskem golniškem vzdušju. Tega vzdušja si v tistem času ni bilo mogoče predstavljati brez požrtvovalnega dela sester redovnic. Avtorica jih je opisala natančno, z razumevanjem in simpatijami. Sanatorij na Golniku so pred vojno obiskovali tudi visoki predstavniki oblasti. Vse poglavje spremljajo kakovostni komentarji k mnogim fotografijam, ki celotno besedilo še dodatno bogatijo. Na koncu je opisano obdobje nemške okupacije z ustreznimi fotografijami ljudi in zgradb ter osvoboditev in prvi dogodki po prihodu partizanov.

Vsebina knjige je zasnovana na štirih vsebinskih sklopih. Drugi ima naslov: Prelom v zdravljenju tuberkuloze – čudežno zdravilo streptomycin, tretje: Množične preventivne akcije, in zadnje: Zmaga nad tuberkulozo. Vsi sklopi so napisani z enako natančnostjo in prizadevnostjo, zato pritegne bralca vsaka stran, kjer knjigo odpre in sledi od tam dalje enako zgoščeni, izbrušeni in zanimivi pripovedi kot v vseh predhodnih poglavjih. Protituberkulozna zgodba, ki je zajeta v zadnjem delu knjige, kaže, da mora biti zdravstvo ob velikih preobratih, ki jih prinese zatrtje neke bolezni, prožno in da mora iskati nove poti. Socialna bolezen tuberkuloza je v prejšnjem stoletju napadala predvsem ubožne in neuke. Zaradi kajenja je postal kasneje rak na pljučih ogrožajoča pljučna bolezen, zaradi vse



večjega onesnaževanja ozračja pa v novem stoletju narašča alergična astma. Bolnišnica na Golniku se spopada tudi s temi boleznimi na najbolj sodoben način.

Zvonka Zupanič Slavec je v zadnjih štirih letih napisala pet zgodovinskih monografij v skupnem obsegu 1573 strani. To so: Javno zdravstvo 20. stoletja in njegov soustvarjalec Ivo Pirc, 2005, Razvoj javnega zdravstva na Slovenskem med prvo in drugo svetovno vojno in njegov utemeljitelj Bojan Pirc, 2007, Razvoj slovenske kirurgije srca, 2008, Bolnišnica Golnik ob desetletju samostojnosti, 2008, in Tuberkuloza, kuga 19. in 20. stoletja na Slovenskem na primeru Bolnišnice Golnik, 2009. Po obsegu in temeljitosti obravnavanih snovi bi jo težko primerjali s podobnimi doslej izdanimi deli. Odlikam njenih knjig je treba prišteti izjemno oblikovno dovršenost, vse je oblikovala Metka Žerovnik. Založnikom in sozaložnikom gre pohvala, da so mimo tržne prodaje s knjigami oskrbeli knjižnice po Sloveniji.

Naj ob zaključku navedem nekaj misli uglednih uvodničarjev, ki so se jim utrnile ob prebiranju knjige.

Kulturni zgodovinar prof. dr. Stane Granda je v uvodu zapisal: »Slovenski narod je obstal po zaslugi slovenske kulture. Prav je, da bi v njenem okviru razumeli tudi zdravstvo kot njeno specifično obliko, z njenimi nosilci zdravniki, njihovimi sodelavci v bolnišnicah in njihovim samožrtvovanjem. Le-tega ne more nihče ne ukazati ne zahtevati. Je del poklicanosti, ki jo nekateri imajo, drugi pa ne. Fakulteta in študij je ne moreta dati. Zato so pravi zdravniki in pravi duhovniki v slovenski zgodovini uživali največji ugled. Oba poklica ne povezuje ideološki pogled, ampak odnos da človeka, zlasti trpečega in odrinjenega, kar bolnik največkrat je«.

Predstojnik katedre za mikrobiologijo in imunologijo prof. dr. Vladimir Kotnik je v uvodu dopolnil pisanje Slavčeve s sodobnimi mislimi: »Veličasten boj s tuberkulozo na Golniku nas opominja, da za določen napredek pogosto niso potrebna le materialna sredstva, da prav gotovo ne gre brez osebnega prizadevanja, požrtvovalnosti in vztrajnega dela. Osebnoprepričanje, zanesenjaštvo, odrekanje in boj za strokovno resnico morejo in morajo prepričati oblast in oblastnike, da najdejo sredstva za rešitev vsakega problema, pa naj bo še tako obsežen. Pri tem moramo nehote pomisliti na današnjo situacijo, ko reforme v zdravstvu in družbi sprožajo negotovost in nejevoljo med zdravništvom, razkol med zdravstvenim osebjem, nezaupanje in strah pri bolnikih ter nepotrebno nespoštovanje in omalovaževanje strokovnih mnenj in dejavnosti«.

Morda je na koncu najbolj primerna njegova misel, ki jo izpričuje tudi celotna golniška izkušnja: »Ohranimo potomcem zavest, da je predvsem od naše prizadevnosti in daljnovidnosti odvisen tudi naš uspeh in da so zato potrebna velika osebna odrekanja v korist bolnih in skupnosti kot celote. Stremuštvu in želja po bogastvu lahko posledično rodijo razkroj etičnih vrednot in veliko osebno in splošno revščino«.

Spomini na rojstvo ljubljanskega KUD-a Kliničnega centra in Medicinske fakultete

Pavle Kornhauser⁽¹⁾



Čim starejši si, raje se zatekaš k spominom. Naš spomin je kot švicarski sir ementaler, poln je lukenj: raje oživljaš lepe, ustvarjalne dogodke iz življenja, slabe pa potiskaš v podzavest. Podpisani jubilant (tako se lahko imenujem, saj sem doživel rojstvo kulturnega združenja v naši vodilni bolnišnici in učni ustanovi) se živo spominjam časov koncem sedemdesetih let prejšnjega stoletja, ko sem s prof. Antonom Dolencem snoval in tudi uresničil *formalni* začetek ljubiteljskega umetniškega delovanja med zdravniki in njihovimi sodelavci v Ljubljani.

Poudaril sem besedo *formalni*, saj je dobro znano, da je med zdravniki veliko posameznikov, ki se ljubiteljsko posvečajo eni od zvrsti umetnosti, so ustvarjalci in poustvarjalci zlasti na področju glasbe, so uspešni likovniki, pisatelji, igralci, plesalci. Nekateri presegajo raven amaterstva, njihove dosežke lahko ocenimo za enakovredne dosežkom poklicnih ustvarjalcev. Ni moj namen, da bi se poglobljaj v razmišljanja, od kod ta povezava med zdravniškim poklicem in umetnostjo: na kratko naj rečem, da se zdravnik ukvarja s človekom, ne le z njegovimi telesnimi zdravstvenimi težavami, temveč mora upoštevati tudi njegovo duševnost. Že pri

izbiri poklica se nagiba k humanističnim vedam in po naravi ni ozek tehnolog. In še korak naprej: če se je v otroštvu, že v osnovni šoli, učil kakega inštrumenta, z veseljem hodil na plesne vaje folklornih skupin, če je sodeloval v likovnih krožkih ali v gledaliških skupinah, se bo pozneje kot študent ali že kot zrel strokovnjak v svojem poklicu zavedal lepote umetniškega izražanja in se bo ponovno začel aktivno ljubiteljsko ukvarjati z umetnostjo, ki ga je zaznamovala v nežni mladosti.

Dovolj bodi teorije: med ljubljanskimi zdravniki so vedno bili odlični glasbeniki, ki so v domačem krogu izvajali solistično ali komorno glasbo in le ob kaki obletnici javno nastopili ter tako popestrili družabni dogodek. Zlasti v mladosti so nekateri postali znani v plesnih orkestrih. Številni so kot dobri pevci vadili in nastopali v pevskih zborih. Likovniki, med njimi največ slikarjev, so risali in ustvarjali oljna platna ter si prizadevali, da bi jih predstavili javnosti na razstavah. Te ugotovitve veljajo tudi za našo osrednjo ljubljansko bolnišnico (pozneje imenovano KC). »Kritična masa« je bila dosežena, potrebno je bilo organizacijsko združiti vse te ljubiteljske izvajalce, da bi – »dialektično« povedano – s pomočjo kvantitete dosegli boljšo kvaliteto. Sicer je že pred selitvijo kliničnih oddelkov iz starih stavb v novi KC leta 1975 obstajala komisija za koordinacijo kulturne dejavnosti (celo s krajevno skupnostjo Vodmat), ki sta jo vodila Miran Miklavič kot predstavnik gledališnikov in zelo prizadevna poklicna sekretarka Meta Močnik (na plačilnem seznamu KC kot kulturna referentka!).

V Ljubljani so se v drugi polovici šestdesetih let prejšnjega stoletja nekateri zdravniki in študentje medicine lotili komornega muziciranja: npr. »kirurški trio«, ki ga je spodbudil doc. dr. Borut Pirc (žal ga ni več med nami), takrat še študent medicine, Andrej Mašera je oblikoval godalni kvartet, na Inštitutu za patologijo je deloval moški pevski kvintet, na Ortopedski kliniki ženski nonet. Žal so ti ansambli kmalu razpadli. Podpisani sem začel muzicirati z odličnim violinistom, takrat še študentom, danes vodilnim celjskim nevrologom, Markom Zupanom; iz dua je nastal trio, kvartet, septet, celo orkester; skupina se imenuje Pro medico in je v zadnjih desetletjih pogosto nastopila javno doma in tudi v tujini.

Leta 1969 je profesor histologije in patologije dr. Ivan Lenart, obenem sam čelist, predlagal, da bi ob zaključku strokovnega simpozija ljubljanskih predkliničnih inštitutov MF pripravili »zdravniški koncert«. Ta prireditev ob t.i. Plečnikovem

(1) Prof. Pavle Kornhauser, specialist pediater, predstojnik Pediatričnega oddelka kirurških strok UKC Ljubljana v pokojju, predsednik KUD-a KC in MF od 1988 do 1993.

memorialu prvega decembrskega petka je postala tradicionalna (letos bomo proslavili njeno štirideseto obletnico) in je zaznamovala kulturno življenje zdravnikov v prestolnici. Dobro se spominjam prvega koncerta, saj sem sodeloval pri oblikovanju sporeda in tudi nastopil kot pianist. Pred seboj vidim prof. Lenarta, ki se je na odru ob koncu prireditve tako poslovil od udeležencev: »Zavesa je padla. Lahko greste domov!« Dobro se spominjam tudi nastopa prof. Francija Derganca, ortopeda in obenem pisatelja, ki je izbral počasni stavek iz znane Beethovnovne klavirske sonate Mesečina; ni igral na pamet – varnost so mu nudile note, kljub temu je imel hudo tremo. Res je, da so pred nastopom pod stresom tudi poklicni umetniki, ko pa uspešno odigraš prve takte skladbe, se umiriš in se lahko prepustiš glasbi. Ne glede, ali je bil koncert v Narodni galeriji (prva leta) ali kasneje v atriju Narodnega muzeja, zadnja leta pa v veliki dvorani Slovenske filharmonije, vedno je zmanjkalo sedežev. Spored koncertov smo oblikovali tako, da zadovolji tudi zahtevnega poslušalca, obenem mora biti pester, da omogoči nastop številnim kolegom, ne sme pa biti predolg, kar je vedno nevarnost skupinskih prireditev. Uprizorili smo celo odlomke iz oper in muzikalov s sodelovanjem solistov, orkestra, zborov in celo plesalcev (npr. pantomimo – balet Možiček po glasbi zdravnika dr. Josipa Ipavca, izvirne note smo odkrili v NUK-u, koreografiral pa je naš kolega dr. Henrik Neubauer).

Na tem mestu naj navedem anekdoto, s kakšnimi nepredvidnimi težavami smo se srečevali in jih obenem reševali. Tako npr. eno od glavnih vlog v operi Porgy in Bess G. Gershwina je imel baritonist, ki je zjutraj – na dan koncerta – sporočil, da je zbolel, da ima hude želodčne in prebavne težave, da ga ne bo. Kaj storiti? Poklical sem predstojnika klinike, ki je pristojna za njegovo zdravljenje, ali ga lahko sprejmejo; privolil je tudi pevec. Reševalec ga je pripeljal v Ljubljano, na bolnišničnem oddelku je dobil infuzijo in druga ustrezna zdravila, tako da se je zvečer počutil zmožen nastopa. Na odru je bil odličen!

Uspešni koncerti zdravnikov ob Plečnikovem memorialu so naju s prof. Dolencem prepričali, da je dozorel čas, da se oblikuje kulturno društvo med zdravniki. Prof. Anton Dolenc, takrat predsednik Slovenskega zdravniškega društva, je predlagal, naj bo imenovano po zdravniku in pisatelju Slavku Grumu: naj združi zdravnike iz vse Slovenije, ki se ljubiteljsko ukvarjajo z umetnostjo. To društvo ni zaživelo. Kot »ptič Feniks« pa se je razvilo kulturno-umetniško društvo v ljubljanskem Kliničnem centru. Predlagal sem, da bi ga imenovali po zdravniku in pisatelju dr. Lojz Kraigherju; po 1. svetovni vojni je bil med pobudniki za oblikovanje medicinske fakultete v Ljubljani. Soglasje v imenu družine je dal Sergej Kraigher, takrat predsednik republike. 22. novembra 1979 sva s prof. Dolencem sklicala ustanovni občni zbor, na katerem so bili prisotni – poleg vdove našega »patrona« in številnih članov družine Kraigher – dekan MF prof. Vinko Kambič, generalni direktor KC Franc Šifkovič, za Slovensko akademijo znanosti in umetnosti pisatelj Bratko Kreft ter številni predstavniki politike in kulture. Za predsednika oziroma podpredsednika sva bila enoglasno izvoljena avtor tega prispevka in prof. Anton Dolenc. Naj navedem še izvoljeni izvršilni odbor, ki



Predsedstvo iniciativnega odbora za ustanovitev KUD-a KC in MF. Z leve: prof. Anton Dolenc, Miran Miklavič, prof. Pavle Kornhauser.

so ga od zdravnikov sestavljali dr. Matjaž Vrtovec, dr. Pavle Košorok, dr. Andrej Mašera, dr. Miha Benedik, od nezdravnikov pa Miran Miklavič za literarno-dramsko sekcijo in Janez Milkovič za likovno sekcijo. Sklenili smo, da bomo v dejavnost društva pritegnili zdravstvene delavce tudi z Zavoda za transfuzijo krvi in z Onkološkega inštituta; oba zavoda naj bi prispevala sorazmerno velikosti tudi finančna sredstva, glavna sponzorja naj bosta KC in MF (danes to nalogo izpolnjuje le UKC!). In še to: veliki met smo dosegli z nakupom klavirja; ni bil sicer koncertni, vendar ta češki Förster v IV. predavalnici KC še danes uspešno opravlja svojo nalogo...

Vzdušje za delovanje novega društva je bilo odlično: oblikovale so se sekcije – ne le najbolj množična, likovna, ter številne neformalne glasbene skupine: pevski zbori, manjše komorne sestave in tudi večji godalni orkester; recitacijska in literarno-dramska sekcija (obe že nekaj let »mirujeta«), folklorna, knjižničarska (ustanovil jo je kirurg dr. Aleš Breclj), v KUD se je vključila celo šahovska. Oris njihovih dejavnosti bo v Ars medici 2 predstavila predsednica KUD-a prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec in vsaka sekcija sama še posebej.

Že nekaj let pred ustanovitvijo KUD-a so potekali enkrat mesečno »koncerti za bolnike«, praviloma ob torkih v avli pred predavalnicami osrednje bolnišnične stavbe. Kulturna prireditve, zlasti za kroničnega bolnika, pomeni ne le popestritev enoličnega bolnišničnega vsakdana, temveč ima lahko tudi zdravilno moč. Vodil sem jih dvajset let: izvajalci so bili predvsem »domači ljubiteljski umetniki«, vabili pa smo tudi poklicne glasbenike. Spored naj bi bil prilagojen željam bolnikov, nikoli predolg. Na dan »koncerta« smo klicali odgovorne medicinske sestre po klinikah, naj pripeljejo »svoje« bolnike, tudi na vozičkih... Glasbenemu sporedu smo priključili odprtje slikarske razstave, predstavljali so se predvsem likovniki KUD-a. Ne poznamo bolnišnice v Evropi, ki bi za bolnike pripravljala redne mesečne koncerte, združene z razstavami!

Zametki likovne sekcije KUD-a so se oblikovali kmalu po odprtju nove osrednje bolnišnične stavbe. Kot amaterski slikar (sicer tudi sprejet v Društvo likovnih umetnikov Slovenije) se je prof. Dolenc v imenu KC pisno obrnil na naše vodilne slikarje, ali bi prispevali po eno sliko za krasitev novih kliničnih oddelkov. Odziv je bil nepričakovano odličen! Darovane slike je bilo treba okviriti in jih razporediti. Zbrali so se ljubiteljski likovniki iz KC in MF in začeli prirejati razstave, individualne in skupne, postopoma so vabili v sekcijo večje število tudi poklicnih umetnikov. Zlasti aktiven je bil prof. Luj Tabor, ortoped, pobudnik tiska prve knjige *Ars medici*. Sekcija se je lotila tudi organizacije likovnih kolonij »pod Alpami« in na morju: slike, ustvarjene v teh »kolonijah«, so bile podarjene posameznim klinikam. Po odprtju razstave v avli pred predavalnicami so slike ostale na ogled tisočim bolnikom in obiskovalcem. Lahko zatrdimo: nastala je najbolj obiskana likovna galerija v naši prestolnici. Po zgraditvi nove stavbe MF je prof. Dolenc uresničil zamisel, da tudi v njeni avli potekajo razstave KUD-a.

V spominih, seveda, ne morem posebej pisati o uspehih folkloristov, pevskih zborov (med njimi so »veterani« v mešanem pevskem zboru pediatrične klinike dr. Bogdan Derč z zborovodjo Venčeslavom Zadravcem in nekaj let pozneje na pobudo dr. Matjaža Vrtovca ustanovljena pevska skupina *Vox medicorum*), o uresničitvi pobude pediatra dr. Igorja Ravnika, da se ustanovi zdravniški orkester *Camerata medica*, o nastopih zdravniške glasbene komorne skupine *Pro medico*: to je naloga zbornika

Ars medici 2. V tretjem zborniku (če bo doživel tisk) pa bo moral biti obširen prispevek o umetniški dejavnosti študentov ljubljanske Medicinske fakultete, ki so že danes obogatili prireditve KUD-a, zlasti glasbeno!

Čas je opravil svoje: oba s prof. Dolencem sva zapustila vodenje KUD-a in nalogo prepustila mlajši generaciji ter se posvetila najinemu konjičku: glasbi oziroma slikarstvu enako aktivno (kot upokojenca morda še bolj!) kot pred desetletji. Predsedovanje društva je od mene prevzela že leta 1993 takrat asistentka, danes profesorica na Inštitutu za zgodovino medicine dr. Zvonka Zupanič Slavec in ga uspešno vodi tudi danes. Njej sem – sporazumno s prof. dr. Dušanom Ferlugo, ki je bil odgovoren za Plečnikove memoriale – prepustil tudi vodenje vsakoletnih decembrskih »zdravniških koncertov«. Oblikovanje umetniškega sporeda teh koncertov pa sta pred štirimi leti prevzela študenta medicine Polona Maver in Andraž Cerar (kot klavirski duo sta zablestela tudi na odru).

Dan, ko se je ustanovilo kulturno-umetniško društvo za zdravstvene delavce in njihove sodelavce v naši osrednji bolnišnici in učni ustanovi, je pomemben, ker je sprostilo ljubiteljsko umetniško dejavnost in prispevalo h kakovosti življenja stotin izvajalcev ter obenem prispevalo k ugledu ljubljanskega zdravstva v javnosti. Poslušalcem oziroma obiskovalcem naših prireditev pa nudi zadovoljstvo, ki ga ne doživljajo niti s poklicnimi umetniki.



In danes: na zadnjih koncertih *Pro medico* so se ob solističnih in komornih sestavah zvrstile tudi velike zasedbe. Na fotografiji je njegov jubilejni nastop 16. junija letos v cerkvi sv. Jakoba v Stari Ljubljani s sodelovanjem orkestra in pevskega zbora dr. Bogdan Derč, ki je bil okrepljen s pevkami in pevci zbora študentov Cor; dirigent je bil Venčeslav Zadavec. Na sporedu so bili odlomki iz opere *Gorenjski Slavček* A. Försterja.

In memoriam

Prof. dr. Dražigost Pokorn

Marjan Bilban, Cirila Hlastan Ribič, Ivan Eržen, Lijana Zaletel Kragelj

V poznem poletju letošnjega leta je svojo življenjsko pot sklenil velik in ugleden slovenski strokovnjak za prehrano, znani zdravnik, prof. dr. Dražigost Pokorn.

Rojen je bil 18. julija 1941 v Ljubljani. Leta 1960 je končal gimnazijo in domala sočasno na gostinski šoli postal tudi kuhar. Leto kasneje je diplomiral na Višji gospodinjski šoli in zatem leta 1969 še na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Pet let kasneje je opravil specialistični izpit iz higijene in prejel kuharsko priznanje – diplomu Sekcije kuharjev Jugoslavije. Po končanem magisteriju in doktoratu znanosti s področja fiziologije prehrane je bil leta 1980 habilitiran za visokošolskega učitelja na Medicinski fakulteti v Ljubljani za področje higijene, socialne medicine in higijene prehrane. Med leti 1970 in 1974 je po opravljenem strokovnem izpitu opravljal delo zdravnika v ambulantah splošne medicine v Ljubljani. Svoje bogato strokovno znanje je na

Akademiji za tradicionalno kitajsko medicino v Pekingju na Kitajskem in Kolombu v Združenih državah Amerike nadgradil tudi z znanji tradicionalne kitajske medicine in kitajske dietne prehrane. Kot rednega profesorja za higieno in higieno prehrane ter predstojnika Inštituta za higieno pri Medicinski fakulteti v Ljubljani ga je posebej zanimalo področje javnega zdravja oziroma prehrana zdravih in bolnih ljudi.

Z bogatim znanstvenoraziskovalnim in pedagoškim delom je svoje dolgoletne izkušnje o povezanosti zdravja s prehrano in življenjskim slogom nasploh prenašal na generacije slovenskih strokovnjakov in tako predstavljaj ustaljene mejnike v odnosu do zdravja in tradicionalne prehrane Slovencev. S številnimi, vsakomur razumljivimi članki, ki jih je objavljaj v številnih slovenskih medijih, pa je dolga leta izobraževal tudi širšo slovensko javnost.

Bil je tudi nacionalni koordinator programa Svetovne zdravstvene organizacije za zdravo prehrano na Ministrstvu za zdravje. Na njegovo pobudo je bila leta 1995 ustanovljena Zbornica nutricionistov – dietetikov. Prof. Pokorn je bil tudi predsednik komisije za podeljevanje znaka varovalno živilo pri Društvu za zdravje srca in ožilja.

Leta 1988 je dobil priznanje Pedagoške akademije za uspešno sodelovanje, leta 1991 priznanje KS Milana Majcna za strokovno delo v krajevni skupnosti in leta 1992 priznanje z zlato plaketo Gospodarske zbornice Slovenije za delo v gastronomiji.

Njegova bogata bibliografija šteje več kot 600 znanstvenih, strokovnih, in poljudnoznanstvenih člankov, učbenikov, knjig o zdravi in dietni prehrani ter kuharskih knjig. Med znanstvenimi članki, ki jih je skupaj s sodelavci objavljaj v domačih in mednarodnih revijah, so največjo mednarodno odmevnost dosegli članki:

- Hoyer S, Pokorn D. The influence of various factors on breast-feeding in Slovenia. *J. adv. nurs.* 1998; 27: 1250–1256,
- Koch V, Pokorn D. Comparison of nutritional habits among various adult age groups in Slovenia. *Nutr. res. (N.Y. N.Y.)*. 1999; 19: 1153–1164, in
- Koch V, Pokorn D. Some differences in nutritional habits between males and females in the Republic of Slovenia. *Food technol. biotechnol.* 1999; 37: 181–186.

Med pomembnimi zadnjimi znanstvenoraziskovalnimi deli pa so še naslednji članki:



- Hlastan Ribič C, Pokorn D, Cerar A, Mehikič D, Zebič A. The influence of fat diet, wine and ethanol on changes in skeletal muscles in wistar rats. *Acta aliment.* 2004; 33: 111–118,
- Hlastan Ribič C, Cerar A, Pokorn D, Perše M, Zebič A. Effects of kefir containing various levels of fat on chemically induced colorectal epithelial tumors in Wistar rats. *Nutr. res. (N.Y. N.Y.)*. 2005; 25: 55–63, in
- Pokorn D, Hlastan Ribič C, Cerar A. Gastric content of the liquid test meals in rats with gastrointestinal neoplasias induced by N-methyl-N-nitrosoguanidine and 1,2-dimethylhydrazine. *Int J Cancer*. 2006; 2: 19–30.

Prav tako je sodeloval pri pripravi dveh pomembnih elaboratov:

- Pokorn D, Eržen N, Godeša R, Gregorič Gorenc B, Accetto B, Poklar Vatovec T, Uršič Gaberšček M, Golobič I, Čelhar S, Kokalj Ločniškar L, Logar V, Zakotnik J, Perme C, Škrjanc N. Zdravstveno in prehrabeno stanje starejših prebivalcev na območju mesta Ljubljane v domovih za starejše občane. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Inštitut za higieno, 1991, in
- Stibilj V, Milačič R, Smrkolj P, Trkov Z, Pokorn D, Hlastan Ribič C. Ustreznost vojaške prehrane in skladnosti s fiziološkimi normativi. Ljubljana: Institut Jožef Stefan, 2002.

Bil je **avtor več knjižnih uspešnic**: Prehrana bolnika (1994), Slovenska miza prihodnosti (1996), Skrivnost dolgoživosti (1996), Gastronomija (1997), Zdrava prehrana in dietni

jedilniki (1997), Priročnik za praktično predpisovanje diet (1997), Gorivo za zmagovalce, prehrana športnika in rekreativca (1998), Dietetika (1999), Skrivnosti skritih let, prehrana v tretjem življenjskem obdobju (1999), Jejmo preudarno (2000), Zdrava slovenska kuhinja (2001), Oris zdrave prehrane (2001), Prehrana v različnih življenjskih obdobjih (2003), Dietna prehrana bolnika (2004), Klasična kuhinja v zdravi prehrani (2005), Kuhinja z omejitvami (2005), Krepka kuhinja (2006) in Evropska klasična kuhinja (2009), in avtor oziroma soavtor mnogih drugih strokovnih monografij in učnega gradiva, ki jih je preveč, da bi jih vse našteali na tem mestu.

Izjemno plodovit je bil tudi pri mentorskem delu. Bil je mentor ali somentor pri številnih diplomskih, magistrskih in specialističnih delih ter naslednjih doktorskih disertacijah:

- Koch V. Prehrabene navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 1997,
- Černe K. Vsebnost trans in cis izomer maščobnih kislin v prehrani starostnikov v Sloveniji. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 1998,
- Kolšek M. Pogostnost pitja alkohola in pivske navade osnovnošolcev v Sloveniji. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2000, in
- Eržen I. Stopnja izpostavljenosti prebivalcev Slovenije vnosu svinca, kadmija in živega srebra s hrano. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2004.

Študentje, ki jim je bil mentor, so ga zelo cenili, pa čeprav jih je

ponavadi spodbujal z izjemno veliko mero kritičnosti.

Širina njegovih znanj pa ni bila omejena zgolj na področje zdravja in prehrane, temveč se je odlikovala tudi v obsežnem poznavanju gastronomije in kulinarike, kar je njegovemu dolgoletnemu delu dajalo še večjo prepoznavnost in veličino. Njegove prehranske teorije so bile velik strokovni napredek in so nemalokrat zamajale uhojene poti ter postavile osnovo za mnoge sistemske spremembe, ki smo jih uporabili v vsakdanjem življenju. Številna predavanja, na katera se je prof. Pokorn vselej odzval z veseljem, so vedno burila pričakovanja in zanimanje javnosti po novostih. Pri svojem delu je kazal odprtost do napredka sodobnega sveta in tako spodbujal, da smo v zadnjih letih v državi oblikovali sodobna prehranska priporočila, prilagojena potrebam in vsakodnevnim časovnim stiskam modernega človeka. Njegov prispevek je zato še posebno viden v sistemih organizirane javne prehrane, kjer je želel vplivati na boljše, zlasti pa uravnoteženo prehranjevanje ljudi v najrazličnejših okoljih.

Kot dolgoletni profesor na Medicinski fakulteti, Biotehniški fakulteti in Visoki šoli za zdravstvo, današnji Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani ter Medicinski fakulteti in Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru bo ostal v spominu kot sodelavec, prijatelj in kolega, ki je bil vselej pripravljen priskočiti na pomoč in nas spodbujati pri našem delu.

In memoriam

Peter Kadunc - Junče

1977–2009



Njegovo ime sem prvič slišal v srednješolskih klopeh. Med odmorom so po gimnazijskem zvočniku vsake toliko časa naznanili zmagovalce tekmovanj iz logike, matematike in fizike. Prvič sem ga videl, ko je kot nadebudni bruc potrkal na vrata in se mi predstavil za cimra. Pač, Gorenjci so posebna vrsta in v Oražnovem domu prebivajo skupaj. Bil je tako vsestranski in zaletav, da je dobil oražnovski vzdevek Junac. V drugem letniku medicinske fakultete se je navdušil za filozofijo. Nekje je dobil štipendijo in odšel za eno leto v Lichtenstein.

Po letu dni študija v Lichtensteinu je prišel nazaj in se ponovno navdušil nad medicino. Čeprav sva živela v istem nadstropju Oražnovega doma, ga nisem nikoli videl študirati. Pač nekaterim to ni potrebno in Peter je eden izmed njih. Tako mu je med študijem ostajalo veliko časa. Popravljal je računalnike, programiral, vodil pevski zbor in žural. Njegovo življenje se je odvijalo tako hitro, da mu nihče ni uspel slediti. Njegova vsestranskost, inteligenca, neznanjska volja do zabave in življenja so

ustvarile človeka, ki je bil zaželen in potreben povsod.

Prišel je do absolventskega staža. Navdušen nad ustanavljanjem spletne agencije, reševanjem zahtevnih programskih nalog, ki jih v normalnem svetu dela pet in več glav, je medicino potisnil na stranski tir. Njegova mirnost in sposobnost koncentracije je mejila na nadnaravno danost. »Samo še tole dokončam...« je odgovarjal na prigovarjanje o končanju študija. Zagotovo bi končal. Peter Kadunc, doktor medicine. Zame in za vse, ki ga poznajo.

V vrtincu svojega miselnega ustvarjanja je pozabil tudi na ljubezen. V omami ljubezni bi lahko počival, pa tega ni znal. Njegov ustvarjalni stampedo je neusmiljeno gnal njegovo bolešno srce. In srce je utrujeno jokalo namesto njega, do konca.

Peter Kadunc, matematik, logik, glasbenik, programer, žurer, športnik, pevec, oražnovec, zdravnik, prijatelj... na snidenje.

Krištof



Asklepij in Hipokrat

Borut Korun

V času trojanske vojne naj bi v Tesaliji živel bajeslovni zdravnik, Apolonov sin Asklepij. Homer omenja v Iliadi tudi njegova sinova Podalirija in Mahaona, odlična ranocelnika, ki naj bi se udeležila pohoda na Trojo. O Asklepiju in njegovih sposobnostih so krožile pripovedke, ki so povelečevale njegove uspehe. S svojimi sposobnostmi naj bi se bil približal bogovom – ko pa je začel celo oživljati mrtve, je prestopil mejo človeku dovoljenega, zato naj bi ga bil Zeus kaznoval s smrtjo. V šestem stoletju pred našim štetjem so ga Grki začeli častiti in mu gradili templje. Namesto očeta Apolona je sedaj on postal bog zdravilstva, ustanove, ki so bile templji in zdravilišča hkrati, pa so se po njem začele imenovati asklepijoni. Eden najbolj znanih takih »sanatorijev«, kjer je nekaj časa živel in deloval slavni Hipokrat, je bil na grškem otoku Kosu.

Asklepijon na Kosu so postavili na blagem severnem pobočju otoka, od koder je lep razgled na turško obalo. Pobočje so na tistem mestu razdelili v tri terase, vzpenjanje po njih je bilo kot hoja proti božanstvu – in k zdravju, ki ga je prinašalo. Na tej poti je bilo treba žrtvovati Asklepiju, treba se je bilo podvreči raznim – večinoma ne ravno prijetnim – posegom, treba je bilo moliti, se postiti, se kopati in hladni ali topli vodi, jesti posebno hrano, telovaditi... Po stopnicah in skozi slavnostna vrata so obiskovalci ali bolniki prišli na prvo, spodnjo teraso. Ko so stopili na prostrano ploščad, so jih s treh strani obdajali stebriščni hodniki, za katerimi so bila stanovanja za bolnike ter prostori za medicinsko šolo s predavalnicami in muzejem. Pri izkopavanju asklepijona so na prvi terasi našli tudi podzemne prostore z obilico votivnih predmetov: to so bili kipci, ki so predstavljali ljudi z znaki njihovih obolenj ali majhne modele samih obolelih udov. Obiskovalec je na drugi ploščadi obstal pred Asklepijevim oltarjem, na katerem so bogu žrtvovali živali. Desno od oltarja je stal manjši Asklepijev tempelj, levo od njega svetišče, posvečeno Apolonu. Na tretji, najvišji terasi je bilo veliko Asklepijevo svetišče, cilj pobožnih romarjev in bolnikov, vidno že od daleč. Tri stranice ploščadi so spet omejevali stebriščni hodniki s prostori za bolnike.

Danes bi zdravljenje v asklepijonu označili za alternativno. Asklepijevi duhovniki so razpolagali z izkustvenim znanjem, ki se je nabralo v poteku mnogih rodov, so pa morebitni zdravilni učinek svojih postopkov pripisovali vplivom božanstva. Takratni zdravniki svečeniki sicer niso govorili o bioenergiji ali avri, ampak so se zanašali na navodila, ki jim jih je poslalo božanstvo. To se je lahko zgodilo med spanjem v posebnih prostorih templja. Med tempeljskim spanjem, ki so mu rekli inkubacija, se je bolnikom prikazal Asklepij ter jim povedal, kako naj se zdravijo. Če se bog ni prikazal in so bolniki sanjali o čem drugem, so sanje razložili zdravniki duhovniki ter ob tem določili terapijo. Ta je bila enostavna, včasih naporna, velikokrat za naše pojmovanje zdravljenja absurdna.

Bolniki so izvajali telesne vaje, poslušali glasbo, brali, se kopali v hladni in topli vodi ter se sprehajali. V asklepijonu v Pergamonu ali v Epidavru so lahko uživali tudi ob uprizoritvah gledaliških del (ostankov gledališča ali stadiona pri asklepijonu na Kosu do zdaj niso našli): pretres ob podoživljanju tragičnih usod znanih junakov je širil žile, pospeševal delovanje srca in dušo napolnil z občutkom prenove (takšen odgovor telesa ob pretresih je Aristotel imenoval katarza – očiščenje). Zdravilišča so postavljali v lepo okolje; neprimerna okolica človeka s slabim zdravjem še bolj zamori in mu ne vliva volje, da bi ozdravel.

Z asklepijona na Kosu se nudi obiskovalcu lep razgled na nižinski del otoka, na morje in na maloazijsko obalo. Lep razgled ima v sebi vedno nekaj božanskega in za dušo zdravilnega. Na vrhovih si bliže bogu, duša se širi od ugodja, ugodje pa koristi tudi telesu.

Asklepijeva sinova Mahaon in Podalirij naj bi se po trojanski vojni naselila v Mali Aziji. Njuni potomci so živeli v Knidosu ter na Kosu in Rodosu in se ukvarjali z zdravljenjem. Po svojem mitičnem predniku so se imenovali asklepiadi. Zdravilske šole so bile tudi v Krotonu v Kalabriji in v Agrigentu na Siciliji. Nekateri zdravniki so postali slavni že pred Hipokratom. Tudi Hipokrat je izhajal iz družine asklepiadov. Bil naj bi potomec Asklepija v osemnajstem kolenu.

Obdobje grškega razsvetljenstva je vplivalo seveda tudi na zdravnike, asklepiade. Mnogi so začeli razmišljati v racionalno obarvanem duhu takratnega časa. Eden prvih je bil Alkmaion s Krotona, ki je živel med šestim in petim stoletjem pred našim štetjem in je bil verjetno Pitagorov učenec. Miselnost tistega časa je precej neposredno prenašal v svojo medicinsko teorijo: zdravje je bilo po njegovem učenju sorazmerje moči v telesu (izonomia), sorazmerje vlažnega in suhega, hladnega in toplega, grenkega in sladkega...

Filozofijo in medicino je povezoval tudi Empedokles iz Agrigenta na Siciliji, ki je bil filozof in zdravnik, poleg tega pa obdarjen še s precejšno mero šarlatanstva. Storil je korak naprej od učenja jonskih filozofov, združil je učenja Talesa, Heraklita in Anaksimena. Za počelo vsega je imel štiri osnovne elemente: ogenj, vodo, zrak in zemljo. Ti elementi so se ali privlačili ali odbijali. S kombinacijami združevanja so nastajale nove snovi, z odbijanjem so razpadale.

Nauk o štirih osnovnih elementih narave je vplival na Hipokrata. Tudi njegova teorija zdravja in bolezni je slonela na ravnotežju med štirimi osnovnimi telesnimi tekočinami: krvjo, sluzjo ter rumenim in črnim žolčem (črn postane žolč, če na zraku oksidira). Če so bile vse telesne tekočine enakomerno zastopane, je bil – po Hipokratu – človek zdrav. Težave naj bi nastopile, če je bilo ene od štirih osnovnih tekočin preveč ali premalo. Zdravljenje

bolezni je zato slonelo predvsem na ponovnem vzpostavljanju prvotnega tekočinskega sorazmerja. Postopki »čiščenja« telesa, med katere je na primer spadalo puščanje krvi, niso bili običajno prav nič nežni – pravzaprav so bili prej v nasprotju z osnovnim načelom Hipokratove prisege, ki pravi, da zdravnik bolniku predvsem ne sme škodovati. Nekateri Hipokratovi postopki, recimo že omenjeno puščanje krvi, so se ohranili do nastopa moderne dobe. (Zaradi puščanja krvi, ki naj bi pomagalo obolelim za malarijo, je v otomanski Grčiji umrl lord Byron.) Tudi razdelitev na štiri osnovne človeške temperamente: flegmatik, melanholik, sangvinik in kolerik, ki izhaja iz Hipokratove teorije o štirih telesnih tekočinah, je med nami neuradno še vedno veljavna. Prevlada krvi v telesu naj bi povzročila sangvinični temperament, prevlada gnoja pa flegmatičnega. *Flegma* je starogrška beseda za sluz oziroma gnoj, žolču pa so rekli *hole*. Iz te besede izhajajo medicinske tujke, kot sta holesterol in holecista. Človeka, ki je bil pod vplivom rumenega žolča, so po njem imenovali kolerik, tistemu pod prevlado črnega žolča pa melanholik, ker je *melanos* grška beseda za črn.

Hipokrat je bil pravi človek prosvetljenega klasičnega grškega obdobja. Bolezenske vzroke je iskal v telesu, iskal je spremembe ter zakonitosti poteka in razvoja bolezni. Pri tem je upošteval tudi bolnikovo okolico, vremenske vplive, družinske razmere. Na tej podlagi je postavljaj prognozo, ki je bila širši pojem, kot je zdaj: ni obsegala samo napovedi razvoja bolezni, temveč tudi njen pretekli potek in sedanje stanje, torej tudi *anamnezo* in *status praesens*. Seveda so bile njegove razlage napačne. Za zgodovino medicine, zgodovino znanosti in sploh za zgodovino razuma pa je pomembno, da je začel sploh razlagati, iskati vzroke, da je zdravljenje postalo domena človekovega uma, ne pa stvar volje božanstva. Pomembno je, da je začel razmišljati o bolniku, o delovanju njegovega telesa, o spremembah v telesnih tekočinah in vplivih okolice na bolezni. Njegov nauk o štirih osnovnih sestavinah v telesu je peljal proti znanstveni fiziologiji in patofiziologiji. Od takrat v medicinski vedi ni bilo več poti nazaj.

Tudi knidoška medicinska šola je bila znana. Tu je bil doma Ktesij, ki je postal zdravnik na perzijskem dvoru. Zdravil je kraljev Artakserksa II. Učenje knidoških zdravnikov je bilo bolj pod vplivom naravoslovnih ved, medtem ko je bila šola na Kosu bolj »humanistična«. Knidoški zdravniki so hoteli iz medicinske vede napraviti znanost, medtem ko je Hipokrat v njej videl nekažno umetnost. Četudi kot očeta medicine slavimo Hipokrata, je razvoj dal prav Knidošanom. Medicina je morala postati znanost! Če bi ostala neke vrste »umetnost«, utemeljena sicer na mnogih spoznanjih in dognanjih, vendar tudi in predvsem na zdravnikovi intuiciji, bi bila kot umetnost samozadostna in zaprta za razvoj. Usmeritev knidoških zdravnikov, katerih metode zdravljenja so bile še bolj grobe in nečloveške od hipokratskih, so pozneje nadaljevali v Aleksandriji, ki je po Aleksandru Velikem postala središče razvoja. Od tam je preko Pergamona in slavnega Galena medicinska znanost začela prihajati na zahod, v Evropo.

Hipokrat velja tudi za očeta medicinske etike. Etična načela je strnil v besedilo, ki ga imenujemo Hipokratova prisega – čeprav ne vemo, kdo je bil njen avtor. Hipokrat je etične temelje

zdravniškega poklica postavil zato, ker jih je novi tip zdravnika potreboval. Zdravniki duhovniki, ki so bili samo posredniki med božjo voljo in bolnikom, etike niso potrebovali. Vedno so imeli pri roki izgovor, da zdravijo po božjih navodilih. Bog ni potreboval navodil ali omejitev. Ni potreboval zdravniške etike. Zdravniki pa, ki se niso več izgovarjali na pomoč iracionalnih nebesnih sil, so morali za svoje delo prevzeti odgovornost. Njihov novi položaj je zahteval drugačno določitev razmerja do bolnika. Etični kodeks pa je bil potreben tudi zato, ker se zdravilsko znanje v poznejših stoletjih starogrškega obdobja ni več prenašalo samo iz roda v rod in ni bilo več samo privilegij asklepiadov. V uk znanim zdravnikom so prihajali tudi učenci, ki niso pripadali izbranim Asklepijevim potomcem. Prav te pa je bilo treba podučiti o etičnih dimenzijah medicinske vede, o načelih, ki so jih učenci prej dobivali doma, v družinskem okolju. Zato stoji na začetku Hipokratove prisege zaveza, da bo zdravnik pomagal svojemu učitelju in njegovim otrokom. Odgovornost do zdravnika, ki ga je učil, je postavil avtor prisege pred odgovornost do bolnika. Šele na drugem mestu pride svečana zaobljuba, da bo bodoči zdravnik delal samo v dobro bolnika, da mu nikoli ne bo škodoval, da nikomur ne bo govoril o bolnikovi bolezni in da sploh ne bo izdal ničesar, kar bo videl na njegovem domu ali v njegovi družini. Vsebuje tudi zaobljubo, da nobeni ženski ne bo napravil splava in da še tako težko bolnemu ne bo dal sredstva za hitrejšo smrt.

Medicinskih spisov, ki izvirajo iz antičnih časov in ki obravnavajo razna področja zdravilstva, se je ohranilo okrog šestdeset. Ker so verjeli, da jih je napisal Hipokrat, se ta zbirka imenuje *Corpus Hippocraticum*. Tako po vsebini kot po slogu pisanja in po namenu, zaradi katerega so bili napisani, kot tudi po jezikovnih značilnostih so si med seboj zelo različni. Očitno izhajajo iz zelo različnih časovnih obdobj, zato jih ni mogla napisati ista oseba. Nemogoče pa je ugotoviti, kdo so bili avtorji – prepričani smo lahko le o tem, da pripada večina spisov medicinski šoli z otoka Kosa, zagotovo pa obsega tudi mnoga dela knidoških avtorjev. Obstaja samo ena izjema: spis z naslovom *O človekovi naravi* je nedvomno napisal Hipokratov zet Polibij. To vemo zato, ker je ta spis v nekem svojem delu omenil Aristotel. Eden najbolj zanimivih spisov v »Hipokratovi zbirki« je sestavek *O sveti bolezni*, razprava o božjasti. Avtor je v njej napisal, da epilepsija ni nič bolj sveta kot druge bolezni. Ta revolucionarni prelom z magičnim obravnavanjem bolezni je značilen za celotni *corpus*.

V Pergamonu se je leta 129 našega štetja rodil in v njem nekaj časa deloval Claudius Galenos, po Hipokratu najslavnejši zdravnik antičnega obdobja. Postal je osebni zdravnik cesarjev Marka Avrelija in Lucija Vera ter napisal mnogo medicinskih del. Ukvarjal se je s tudi s »hipokratskim« vprašanjem. Napisal je delo z naslovom *O pristinih in nepristinih Hipokratovih spisih*. To delo se ni ohranilo, iz komentarjev nanj pa vemo, da je Galen od spisov v *corpusu* Hipokratu pripisal trinajst. Strokovnjaki, ki jih proučujejo po jezikovni, slogovni in strokovni plati, se z Galenovim mnenjem ne strinjajo povsem, niso si pa enotni, katere razprave naj bi napisal Hipokrat in katere drugi zdravniki. Vprašanje avtorjev *corpusa* ostaja torej odprto.

Ne poznamo pa samo Galena, ampak tudi enega od njegovih najbolj znanih pacientov, Aelija Aristida. Tudi ta se je rodil blizu Pergamona, v pokrajini Miziji. Starši so mu omogočili šolanje in postal je govornik in filozof. Napisal je delo *Hieroi Logoi*, v katerem opisuje, kako se mu je v sanjah prikazal Asklepij in mu velel, naj gre v pergamonski asklepijon in naj za bodoče rodove opiše načine tamkajšnjega zdravljenja. Očitno sta še stoletja po Hipokratu obstajali tako »šolska« – Hipokratova, kot »božja« – Asklepijeva medicina.

Navodila, ki jih je v pergamonskem asklepijonu zdravnikom pošiljal Asklepij, zapisal pa Aelij Aristid, so bila – gledano z današnjimi očmi – za zdravje pacientov vse prej kot koristna. Nekoč, tako piše Aristid, mu je bog velel, naj se po vsem telesu namaže z ilovico, naj tako namazan gol trikrat teče okrog templja in si nazadnje pri svetem izviru ilovico spere s telesa. Bila je zimska noč in tako mrzlo, da ga je že oblečenega pošteno zeblo, zato je pravzaprav nenavadno, da Aelija božja navodila niso spravila v grob. Ob neki drugi priložnosti, ko je že štirideset dni trpel zaradi mrzlice, so mu naročili, naj vstane z ležišča ter naj se zaščiten samo s platnenim predpasnikom umije pri svetem izviru. Tudi tokrat je bilo tako mrzlo, da je voda zmrzovala, in Aristid je spet izpolnil, kar so mu bili naročili. Tudi tokrat je preživel.

Dvojnost obravnavanja človekovih zdravstvenih težav obstaja tudi sedaj. Poleg medicinske vede, katere začetek bolj ali manj upravičeno pripisujemo Hipokratu, obstaja še »božja« medicina, ki pa se sedaj ne obrača več na Asklepija. Njena osnova je »moderno iracionalna«, nekoliko vljudno ji pravimo, da je alternativna.

Ko sem imel pred leti hude težave s hrbtenico, sem moral na operacijo. Po posegu so me poslali v znano slovensko zdravilišče, kjer sem začuden spoznal, da so tam delovali v nekakšnem sožitju z alternativno medicino. Znotraj zdraviliških prostorov so viseli plakati, ki so vabili na »zdravljenje« z bioenergijo, za doplačilo pa si lahko šel na uro meditacije. Nekega dne smo na mizah v jedilnici našli celo vabila na predavanje bioenergetika iz Nemčije. Tema njegovega predavanja naj bi bila razlaga napak v delovanju živčnega sistema. Bioenergetik naj bi govoril o epilepsiji, Alzheimerjevi in Parkinsonovi bolezni. Razložil naj bi vzroke za njihov nastanek. Temeljne vzroke je naštel že kar v tistem besedilu: nepravilna prehrana, pomanjkanje zelenjave, mineralov in vitaminov. Obljubljal je tudi možnost uspešne terapije. Zdravilec iz Nemčije je tu kar z levo roko opravil z boleznimi, ki jim sodobna medicinska znanost še ni kos. Kljub temu je uprava zdravilišča organizirala njegovo predavanje in zanj celo med gosti delala reklamo. Ob tem sem se takrat vprašal, ali sodelovanje z bioenergetikom vendar ni šlo čez meje blagohotne tolerantnosti, ki jo omogoča zavedanje o relativnosti šolske medicine, samokritično zavedanje, da uradna medicina ni vsemogočna, da vsega o človeku ter o njegovem zdravju in boleznih nikoli ne bomo vedeli in da lahko včasih pomaga tudi kdo, ki stoji zunaj medicinske znanosti.

Zdravilci igrajo v današnjem času vlogo, ki so jo v davnem Pergamonu imeli Asklepijevi duhovniki. S svojimi dejanji vplivajo na človekovo iracionalno plat. Polagajo roke na obolele in jim

prenašajo svojo energijo, postavljajo diagnoze. Mislimo si, da to lahko mogoče včasih koristi in da če ne koristi, vsaj škoditi ne more. Nasprotno! Spominjam se, da so nam, ko sem bil še študent, na patologiji pokazali mlado mrtvo žensko. Storila je samomor, ker ji je neki zdravilec dejal, da ima raka. Patolog pri svojem pregledu ni našel nobenih znakov kakega malignega obolenja.

O svojih zdravljenjih pišejo zdravniki debele knjige. Avtor neke takšne knjige piše, da se bioenergija po vesolju širi s trikratno svetlobno hitrostjo – da je po Einsteinu svetlobna hitrost največja možna, ga očitno sploh ne moti. Sicer pa isti avtor nekaj strani naprej navaja, da se hitrosti širjenja bioenergije ne da meriti! Kako potem ve, da se bioenergija širi s trikratno svetlobno hitrostjo? In zakaj jo imenujejo bioenergija, če pa se širi po mrzlem, povsem neživem vesolju?

Teoretska vrednost takih razlag je seveda nična. O polaganju rok, prenašanju energije, o avrah in zdravljenju s kristali se ne da postaviti razumnih teorij. Iracionalnost se ne da racionalno utemeljiti. Alternativna medicina ne uporablja razuma in tega niti ne skriva. Prej kot na vedo spominja na religijo. Zdravniki, sodobni vrachi, se seveda ne obračajo na božanstvo, ampak v skladu z duhom časa govorijo o bioenergiji, o avrah, sevanjih, vitaminih, mineralih in pravilni prehrani. Zdravilstvo ne zdravi in ne odpravlja vzrokov obolenj, temveč v najboljšem primeru verjetno vpliva na neke globoke centre v naših možganih ter tako mogoče kdaj posredno pomaga organizmu, ko se ta bori z obolenjem.

Človek pač ni samo racionalno bitje. S tem spoznanjem bi se bilo treba sprijazniti. Tudi v medicini.

Poglavje je iz knjige Boruta Koruna Na začetku je bila Troja, ki je bila predstavljena v dvojni številki Izide (ISIS 8/9, 2009, str. 106–107).



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 _____

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
5.–7. ob 15.30 • 51. TAVČARJEVI DNEVI podroben program na spletni strani zbornice			
PORTOROŽ Kongresni center Bernardin	ni omejeno	srečanje je namenjeno internistom	Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta v Ljubljani, Univerza v Ljubljani, prof. dr. Pavel Poredoš
5.–7. ob 16.00 • XXIII. REPUBLIŠKI STROKOVNI SEMINAR DRUŠTVA ZOBOZDRAVSTVENIH DELAVCEV SLOVENIJE podroben program na spletni strani zbornice			
ROGAŠKA SLATINA Kulturni dom Rogaška	350	strokovni seminar je namenjen vsem zobozdravstvenim delavcem	Društvo zobozdravstvenih delavcev Slovenije, akad. prof. dr. Uroš Skalerič, dr. stom., višji svetnik
6. ob 9.00 • 5. MARIBORSKO ORTOPEDSKO SREČANJE – OTROK V ORTOPEDIJI podroben program na spletni strani zbornice			
MARIBOR UKC Maribor, velika predavalnica, 16. nadstropje kirurške stolpnice	200	predavanja – celostni prikaz problematike otroške ortopedije, učne delavnice – UZ kolka pri dojenčku (displazija) in otroku (synovitis, izliv), srečanje je namenjeno pediatrom, fiziatrom, ortopedom, družinskim zdravnikom, rentgenologom, internistom, specializantom, študentom, fizioterapevtom...	Ortopedski oddelek UKC Maribor, Matjaž Vogrin
6.–7. ob 9.00 • ŠOLA NEVROSONOLOGIJE 2009 – 4. tečaj od skupno štirih			
LJUBLJANA Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, Mala ulica 8, in UKC Ljubljana, Nevrološka klinika, Zaloška 7	do 20	šola je namenjena nevrologom, radiologom, internistom in zdravnikom drugih specialnosti, ki v diagnostiki uporabljajo ultrazvočne preiskave vratnih in možganskih žil	Klinični oddelek za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo v okviru Nevrološke klinike UKC Ljubljana, Sekcija za možgansko-žilne bolezni pri Slovenskem zdravniškem društvu, Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, doc. dr. Bojana Žvan
6.–7. • REDNO LETNO SREČANJE SEKCIJE ZA PREVENTIVNO MEDICINO			
PORTOROŽ Hotel Metropol	150	na srečanju bodo obravnavane aktualne teme s področja javnega zdravja, namenjeno je vsem zdravnikom in medicinskim sestram	Sekcija za preventivno medicino, prim. doc. dr. Alenka Kraigher
6.–7. ob 15.00 • VI. DERMATOLOŠKI DNEVI V MARIBORU podroben program na spletni strani zbornice			
MARIBOR Hotel Habakuk	100	strokovno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom	Oddelek za kožne in spolne bolezni UKC Maribor, prim. doc. dr. Jovan Miljković
10. ob 8.30 • EKG V VSAKDANJI KLINIČNI PRAKSI			
LJUBLJANA Tehnološki park, predavalnica B3	30	učna delavnica je namenjena predvsem zdravnikom splošne medicine in specialistom MDPŠ	Septum, d.o.o., dr. Silvia Samarin Lovrič, dr. med.
11. ob 10.00 • PRESADITEV PLJUČ IN MOŽNOSTI KIRURŠKEGA ZDRAVLJENJA PLJUČNE HIPERTENZIJE podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Univerzitetni klinični center, predavalnica I	ni omejeno	strokovno-raziskovalno-klinično srečanje je namenjeno vsem zdravnikom	Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergije, UKC Ljubljana, Društvo za razvoj pulmologije, Matjaž Turel, Barbara Salobir

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
informacije in prijave: Katedra za interno medicino MF Ljubljana, T: 01 431 31 24, F: 01 431 31 24, E: interna@mf.uni-lj.si	240 EUR ob prijavi do 31. 10. 2009	***
prijave: Stomatološka klinika Ljubljana, Hrvatski trg 6, informacije: Martina Kajzer, T: 01 300 21 10	zobozdravniki 200 EUR, ostali zobozdravstveni delavci 150 EUR	***
prijave: UKC Maribor, Ortopedski oddelek, 9. nadstropje, pisarna, Ljubljanska ul. 5, 2000 Maribor, »za ortopedsko srečanje«, informacije: Matjaž Vogrin, T: 040 732 135, Alenka Pinterič (administracija), T: 02 321 14 32	100 EUR za specialiste, 50 EUR za specializante in fizioterapevte	v postopku
prijave: Društvo MŽB, Mala ulica 8, 1000 Ljubljana, informacije: Andreja Merčun, E: andreja@mozganska-kap.info, T: 05 901 12 34, F: 01 430 23 14	390 EUR + DDV	***
prijave: Inštitut za varovanje zdravja RS, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, informacije: Valerija Marenče, T: 01 244 14 10	***	***
prijave: Oddelek za kožne in spolne bolezni UKC Maribor, Ljubljanska 5, Maribor, informacije: Brigita Giber, T: 02 321 27 05, F: 02 321 27 13, E: miljkovic.j@ukc-mb.si	50 EUR	v postopku
prijave: Septum, d.o.o., Šmartinska cesta 53, Ljubljana, T: 01 280 96 70, 040 873 440, F: 01 280 96 75, E: recepcija@septum.si	70 EUR (84 EUR z DDV)	***
prijave: E: bernarda.bregar@kclj.si, E: matjaz.turel@kclj.si, E: barbara.salobir.pulmo@kclj.si, T: 01 522 28 26, informacije: tajništvo Kliničnega oddelka za pljučne bolezni in alergije, Bernarda Bregar, Matjaž Turel, Barbara Salobir, T: 00 386 1 522 28 26, F: 00 386 1 522 23 47, E: matjaz.turel@kclj.si	kotizacije ni	***

kraj **št. kandidatov** **vsebina** **organizator**
11.–13. ob 15.00 • 4. KONGRES GINEKOLOGOV IN PORODNIČARJEV SLOVENIJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO
 podroben program na spletni strani zbornice

PORTOROŽ Grand hotel Bernardin	neomejeno	kongres je namenjen specialistom in specializantom ginekologije in porodništva	doc. dr. Adolf Lukanovič, dr. med., svetnik, Zdrženje ginekologov in porodničarjev Slovenije
-----------------------------------	-----------	--	--

11.–13. ob 13.30 • 26. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: MEDIKALIZACIJA
 podroben program na spletni strani zbornice

RADENCI Terme Radenci	60	učna delavnica, namenjena mentorjem v družinski medicini	Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Zdrženje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., prim. asist. dr. Mateja Bulc, dr. med.
--------------------------	----	--	--

12. • PALIATIVNA OSKRBA V OSNOVNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU
 podroben program na spletni strani zbornice

BLED Grand hotel Toplice, C. svobode 12	omejeno	posvet in delavnica	Svetovna zdravstvena organizacija, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Zdrženje zdravnikov družinske medicine, Zavod za razvoj družinske medicine, Katedra za družinsko medicino MF v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino MF v Mariboru, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, ZD Maribor
--	---------	---------------------	---

12. ob 9.30 • 90. OBLETNICA ODELKA ZA OČESNE, UŠESNE, NOSNE IN VRATNE BOLEZNI

MARIBOR Univerzitetni klinični center Maribor, velika predavalnica, 16. nadstropje kirurške stolpnice	ni omejeno	simpozij je namenjen oftalmologom, otorinolaringologom in ostalim	Oddelek za očne bolezni, Oddelek za ORL UKC Maribor, Katedra za oftalmologijo, Katedra za otorinolaringologijo, prof. dr. Dušica Pahor, dr. med., doc. dr. Bogdan Čizmarič, dr. med.
--	------------	---	--

12.–13. ob 9.00 • IX. MEDNARODNA KONFERENCA GLOBALNA VARNOST
 podroben program na spletni strani zbornice

BLED Hotel Golf	ni omejeno	mednarodna konferenca, namenjena specialistom medicine dela, prometa in športa, strokovnjakom invalidskih in zdravniških komisij, inšpektorjem za delo, okolje, promet, družinskim zdravnikom ter drugim javnozdravstvenim delavcem	ZVD Zavod za varstvo pri delu, Planet GV, Svet za preventivo in vzgojo v cestnem prometu, prim. prof. dr. Marjan Bilban, dr. med., predsednik programskega sveta konference
--------------------	------------	---	---

12.–14. • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME. POUK BOLNIKA Z ASTMO

KRANJSKA GORA Hotel Lek	25	delavnica je namenjena predvsem zdravnikom splošne prakse, vabljeni tudi specialisti drugih strok, specializanti, sekundariji	Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo
----------------------------	----	---	--

13. ob 8.30 • STROKOVNO SREČANJE VERTEBROLOŠKEGA ZDRUŽENJA SZD
 podroben program na spletni strani zbornice

ANKARAN Ortopedska bolnišnica Valdoltra	80–100	posvet je namenjen kirurgom	Ortopedska bolnišnica Valdoltra, mag. Nikša Hero, dr. med.
--	--------	-----------------------------	--

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
informacije: ga. Martina Pečlin, T: 01 439 75 90, E: martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si, prijave: UKC, Ginekološka klinika, Enota za raziskovalno delo, Šljajmerjeva 3, 1000 Ljubljana	***	20
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	14
rok za prijavo je 1. oktober 2009 oz. do zapolnitve razpoložljivih mest. V primeru večjega števila prijav si organizatorji pridružujejo pravico do dokončnega izbora udeležencev. Prednost bodo imeli tisti udeleženci, ki se bodo udeležili delavnice kot obstoječi ali nastajajoči paliativni tim (skupinska prijava), ter tisti, ki se bodo prijavili prej. Informacije: Svetovna zdravstvena organizacija, Pisarna v Sloveniji, Trubarjeva c. 2, 1000 Ljubljana, F: 01 244 15 84, E: whosvn@euro.who.int	kotizacije ni	v postopku
prijave: E: info.oftal@ukc-mb.si, E: orl.odd@ukc-mb.si, informacije: M. Jurkovič, Oddelek za očne bolezni, T: 02 321 16 30, F: 02 331 23 93, V. Jankovič, Oddelek za ORL, T: 02 321 15 92, F: 02 321 16 38	kotizacije ni	***
prijave: Planet GV, Einspielerjeva ulica 6, Ljubljana, informacije: ZVD – Zavod za varstvo pri delu, d.d., mag. Kristina Abrahamsberg, T: 01 585 51 00, Planet GV, Grega Ramovš, T: 01 309 44 44, F: 01 309 44 45, E: izobrazevanje@planetgv.si	Do 15. septembra 300 EUR, za študente 150 EUR. Po 15. septembru 360 EUR, za študente 180 EUR. Za člane Zbornice varnosti in zdravja pri delu, Zveze društev varnostnih inženirjev in Združenja medicine dela, prometa in športa 300 EUR ves čas zbiranja prijav (DDV ni vključen)	v postopku
informacije in prijave: Irena Dolhar, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	250 EUR, vključuje hotelske storitve, zbornik, potrdilo o udeležbi, opravljanje zaključnega izpita	20
prijave: E: marija.koblar@ob-valdoltra.si, informacije: Marija Koblar, E: marija.koblar@ob-valdoltra.si, Samanta Dragičević, T: 05 669 62 37, 05 669 61 68, F: 05 652 71 85, zaradi omejenega števila udeležencev je potrebna prijava do vključno 10. 11. 2009	kotizacije ni	***

STROKOVNA SREČANJA

NOVEMBER 2009

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
13.–14. • XIII. IZOBRAŽEVALNI SEMINAR ZA ZDRAVNIKE »KRITIČNO BOLAN IN POŠKODOVAN OTROK – RAZPOZNAVA, ZDRAVLJENJE IN PREVOZ« S TEČAJEM PEDIATRIČNE REANIMACIJE PO NAČELIH EVROPSKEGA SVETA ZA REANIMACIJO podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA UKC Ljubljana, predavalnica 1	***	izobraževalni seminar za zdravnike s tečajem pediatrične reanimacije	Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Kirurška klinika, UKC Ljubljana
13.–14. ob 12.00 • 5. DNEVI INTERNISTIČNE ONKOLOGIJE: BOLNIKU PRILAGOJENO SISTEMSKO ZDRAVLJENJE RAKA podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Onkološki inštitut, stavba C, predavalnica	ni omejeno	strokovno srečanje je namenjeno specializantom internistične onkologije in drugih internističnih strok, specializantom in specialistom družinske medicine ter vsem, ki jih to področje zanima	Sekcija za internistično onkologijo pri SZD in Onkološki inštitut Ljubljana, Sektor za internistično onkologijo, asist. mag. Erika Matos, dr. med.
14. • 2. MEDNARODNI KONGRES NOVIH TEHNOLOGIJ V STOMATOLOGIJI: SODOBNA STOMATOLOGIJA IN PROTETIČNI POSTOPKI podroben program na spletni strani zbornice			
BiH, SARAJEVO Holiday Inn	***	mednarodni kongres	Komora liječnika – doktora stomatologije Federacije BiH, Hrvatska stomatološka komora, Zdravniška zbornica Slovenije, Stomatološka komora Makedonije
14. ob 10.00 • SMISEL PALIATIVNE OSKRBE OB KONCU ŽIVLJENJA podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Korytkova 2, predavalnica 2	ni omejeno	okrogla miza je namenjena vsem zdravstvenim delavcem	Slovenska katoliška zdravstvena združenja, prim. Tone Kunstelj, dr. med.,
16. 11. 2009–17. 4. 2010 • MEDNARODNA ŠOLA AKUPUNKTURE podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Fakulteta za šport	15	mednarodna šola akupunktore je namenjena zdravnikom, zobozdravnikom in absolventom medicine in stomatologije	Katedra za medicino športa Fakultete za šport v Ljubljani
19. ob 9.00 • 3. MAJHNOV DAN podroben program na spletni strani zbornice			
CELJE Celjski dom, Krekov trg 3	150	strokovni posvet, namenjen timom v družinski medicini	Združenje zdravnikov družinske medicine pri SZD, Katedra za družinsko medicino MF Ljubljana, Katedra za družinsko medicino MF Maribor, Zdravstveni dom Celje, Zavod za razvoj družinske medicine, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v družinski medicini, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med.

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave in informacije: doc. dr. Janez Primožič, dr. med., ga. Karmen Boh, Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Kirurška klinika, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 81 97, 522 33 49, 522 48 29, F: 01 430 17 14, E: karmen.boh@kclj.si	350 EUR, nakažite na: UKC Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, področun EZR št.: 01100-6030277894, sklic 299 30 32, z oznako Kritično bolan otrok	15
prijave: Andreja Mavec, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, informacije: Andreja Mavec, E: amavec@onko-i.si, T: 01 587 96 19, F: 01 587 93 03	kotizacije ni	v postopku
informacije in prijave: Komora liječnika – doktora stomatologije Federacije BiH, Antuna Hangija 3, 71000 Sarajevo, BiH, T/F: +387 33 203 075, E: stom.komora@isinter.net, W: www.cirkonkongres.com	90 EUR	4
informacije: prim. Tone Kunstelj, dr. med., E: tone.kunstelj@rkc.si	kotizacije ni	***
prijave in informacije: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, Gortanova 22, 1000 Ljubljana, Miha Kürner, T: 01 520 77 51, F: 01 520 77 50, E: miha.kurner@fsp.uni-lj.si	1500 EUR, možnost plačila v šestih mesečnih obrokih. Plačilo posameznega obroka tri dni pred začetkom vsakega tedenskega predavanja. Seminarsko delo, individualne konzultacije ter praktični del pouka ni vračunan v ceno šolnine.	***
prijave: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si, informacije: prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med., ZP Vojnik, Keršova 1, 3212 Vojnik, T: 03 780 05 00, F: 03 780 05 30, E: jana.govc@gmail.com	90 EUR za zdravnike, 45 EUR za medicinske sestre, za študente, sekundarije in upokojene zdravnike ni kotizacije	***

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
20.–21. ob 10.00 • NEONATALNA FARMAKOLOGIJA podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Medicinska fakulteta, Korytkova 2	ni omejeno	podiplomski seminar je namenjen specialistom in specializantom pediatrije in družinske medicine	Pediatrična klinika, KO za neonatologijo, in Medicinska fakulteta, Inštitut za farmakologijo in eksperimentalno toksikologijo, doc. dr. Darja Paro Panjan, dr. med., izr. prof. dr. Mojca Kržan, dr. med.
21. ob 9.00 • 21. VOLILNI OBČNI ZBOR ČLANOV STROKOVNEGA ZDRUŽENJA ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV SLOVENIJE podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA dvorana Krke, d.d., Dunajska cesta 54–56	100 do 120	volilni občni zbor je namenjen vsem članicam in članom Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije	predsednik Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, prim. asist. Dean Klančič, dr. med.
25.–26. 11. in 1.–3. 12. • 8. TEČAJ IZ DIABETOLOGIJE ZA SPECIALIZANTE IN PRIPRAVNIKE podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Seminar na stari travmatologiji	25	podiplomski tečaj je sestavljen iz učnih delavnic, ki se začnejo s kratkim uvodom, sledi učenje na podlagi kliničnih primerov, ki jih lahko udeleženci prinesejo tudi s seboj. Tečaj je namenjen specializantom	Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, UKC Ljubljana, Jelka Zaletel Vrtovec
24.–25. ob 16.00 • KAKO PISATI MEDICINSKE PRISPEVKE? podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani	ni omejeno, na delavnicah je število udeležencev omejeno	predavanja in delavnice so namenjene študentom in mladim zdravnikom, pogoj za sodelovanje v sredinih delavnicah je lastni, še neobjavljen prispevek (članek ali le izvleček), ki ga do 29. 10. 2009 pošljite na E: info@medrazgl.si	Društvo Medicinski razgledi, Klemen Žiberna
26.–27. ob 9.00 • XVIII. STROKOVNO SREČANJE SEKCIJE ZA ARTERIJSKO HIPERTENZIJO podroben program na spletni strani zbornice			
PORTOROŽ Grand hotel Bernardin	ni omejeno	srečanje je namenjeno vsem zdravnikom	UKC Ljubljana, KO za hipertenzijo, Jana Brguljan Hitij, dr. med.
27. ob 8.00 • 2. MARIBORSKI ONKOLOŠKI DAN – RAK ŽELODCA: STANDARDI IN NOVOSTI			
MARIBOR Kongresni center Habakuk, Kristalna dvorana, Pohorska ulica 59	100	mednarodno strokovno srečanje, namenjeno specializantom in specialistom družinske medicine, onkologije, splošne kirurgije, specializantom in specialistom internistom gastroenterologom, študentom medicine, študentom fakultete za zdravstvene vede	prim. doc. dr. Stojan Potrč, dr. med., Kirurška klinika, Oddelek za abdominalno in splošno kirurgijo, UKC Maribor, Kirurška katedra Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, Oddelek za internistično onkologijo in Oddelek za radioterapijo, Onkološki inštitut Ljubljana, HPB-sekcija pri Slovenskem združenju za gastroenterologijo in hepatologijo
27.–28. ob 11.00 • PSIHOTERAPEVTSKI UKREPI ZA VSAKDANJO RABO podroben program na spletni strani zbornice			
BEGUNJE Psihiatrična bolnišnica	100	strokovno srečanje je namenjeno psihiatrom, splošnim in družinskim zdravnikom	Psihiatrična bolnišnica Begunje, prim. Andrej Žmitek, dr. med.

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave: Mojca Kržan, Medicinska fakulteta, Inštitut za farmakologijo in eksperimentalno toksikologijo, Korytkova 2, Ljubljana, informacije: Darja Paro Panjan, Mojca Kržan, T: 01 522 92 74, 01 543 73 30, F: 01 543 73 31, E: darja.paro@kclj.si	150 EUR, na TRR Univerzitetnega kliničnega centra št.: 01100-6030277894, sklic na št.: 00 2993038-4413999, s pripisom »Neonatalna farmakologija«. Kotizacija vključuje zbornik predavanj in potrdilo o udeležbi.	10
predhodne prijave niso potrebne, informacije: pisarna Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Vojkova 4, 1000 Ljubljana, T: 01 433 85 35, F: 01 439 76 00	kotizacije ni	***
prijave in informacije: E: jelka.zaletel@kclj.si	kotizacije ni	***
prijave: E: info@medrazgl.si, informacije: E: info@medrazgl.si, Klemen Žiberna, E: klemen.ziberna@medrazgl.si, Nina Hojs, E: nina.hojs@medrazgl.si, Orjana Velikonja, E: orjana.velikonja@medrazgl.si, Anja Kokalj, E: anja.kokalj@medrazgl.si, Helena Haskaj, E: helena.haskaj@gmail.com, T: 01 52 42 356	***	***
prijave: Alenka Oldroyd, Reza, d.o.o., Ljubljanska 24, 1230 Domžale, informacije: Alenka Oldroyd, Reza, d.o.o., Ljubljanska 24, 1230 Domžale, Jana Brguljan Hitij, dr. med., Andreja Šum Lešnjak, VMS, T: 01 522 54 95, 01 522 55 24, F: 01 522 56 00, E: primoz.dolenc@kclj.si, W: www.hipertenzija.org	80 EUR + DDV	***
prijave: ga. Silva Škrlec, viš. uprav. del., tajništvo Oddelka za abdominalno kirurgijo, Kirurška klinika, UKC Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, E: abdom.kir@ukc-mb.si, T: 02 321 13 01, F: 02 321 12 57, informacije: Silva Škrlec, E: abdom.kir@ukc-mb.si, T: 02 321 13 01, F: 02 321 12 57, Stojan Potrč, E: stojan.potrc@ukc-mb.si, T: 02 321 12 44, Arpad Ivanecz, E: arpad.ivanecz@ukc-mb.si, T: 041 962 402	50 EUR, za študente obeh medicinskih fakultet v Sloveniji kotizacije ni	6
prijave: Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje 55, 4275 Begunje, informacije: prim. Andrej Žmitek, dr. med., T: 04 533 52 48, F: 04 530 72 21, E: andrej.zmitek@pb-begunje.si	120 EUR	8

STROKOVNA SREČANJA

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
27.–28. • XXVIII. PODIPLomsKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE – SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2 podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA UKC Ljubljana, predavalnice	25	podiplomska šola za zdravnike	UKC Ljubljana, Interna klinika, KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Zaloška 7, 1000 Ljubljana
27.–29. ob 13.30 • TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA			
NOVO MESTO Hotel Krka	28	tečaj je namenjen vsem zdravnikom	Slovensko združenje za urgentno medicino, dr. Dušan Vlahovič
28. ob 9.00 • 11. STROKOVNI SEMINAR podroben program na spletni strani zbornice			
BRDO PRI KRANJU Kongresni center	450	seminar	Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije

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	***	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, Ljubljana	neomejeno	strokovni sestanek z mednarodno udeležbo, namenjen zdravnikom v osnovnem zdravstvu, dermatologom, kirurgom, pediatrom, specialistom 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 Cerovič, dr. med.

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave na naslov: prim. Franc Mrevlje, dr. med., Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, SPS Interna klinika, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, s pripisom »Za Šolo sladkorne bolezni tipa 2« ali na E: franc.mrevlje@kclj.si. Prosimo, da v prijavi navedete točen domači in službeni naslov ter vaš poklicni oz. strokovni status. Informacije: T: 01 522 31 36, 01 522 28 37	kotizacije ni	***
prijave: www.szum.si ali www.erc.edu, informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402, F: 05 904 50 54	490 EUR	v postopku
informacije: E: info@zmok.si in ani.klopcc@kclj.si, prijavnica na W: www.zmok.si	do vključno 10. novembra 2009: 270 EUR (z 20-odstotnim DDV), po 10. novembru 2009 ali na recepciji seminarja: 300 EUR (z 20-odstotnim DDV), na POR Združenja za maksilofacialno in oralno kirurgijo pri Novi Ljubljanski banki, d.d.: 02014-0087754603	***

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	***
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	***

kraj

št. kandidatov vsebina

organizator

4. ob 19.00 • 40. KONCERT ZDRAVNIKOV OB XL. MEMORIALNEM SESTANKU PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA

podroben program na spletni strani zbornice

LJUBLJANA Dvorana Marjana Kozine (Velika dvorana), Slovenska filharmonija, Kongresni trg 10, Ljubljana	***	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.
----------------------------	-------	--	--

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

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.–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
***	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: 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	***
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: kdr-med@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	Favaloro Foundation and Favaloro University, MC Medicor – Mednarodni center za kardiovaskularne bolezni, d.d., Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo

JANUAR 2010

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
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.

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.

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave: Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Zaloška 4, 1000 Ljubljana, prijavnice na spletni strani: www.mf.uni-lj.si/imj , 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. 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

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: kdr-med@mf.uni-lj.si	kotizacije ni	***



**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 _____

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 Gornja Radgona

objavlja prosto delovno mesto

1. zdravnika specialista družinske medicine (m/ž)

za delo v ambulanti za nujno medicinsko pomoč in ambulanti splošne medicine.

Nastop dela takoj oz. po dogovoru. Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljen specialistični izpit s področja splošne ali družinske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije ali delovno dovoljenje,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B-kategorije;

in

2. zobozdravnika (m/ž)

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

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta – smer dentalna medicina,
- potrdilo o opravljenem strokovnem izpitu,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B-kategorije.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev naj kandidati pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov Zdravstveni dom Gornja Radgona, Partizanska cesta 40, 9250 Gornja Radgona, s pripisom

»prijava na razpis«. Informacije
T: 02 564 86 11 ali 02 530 22 73.

Zdravstveni dom Novo mesto

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika splošne medicine (m/ž) ali zdravnika specialista splošne medicine oz. družinske medicine (m/ž)

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta in opravljen strokovni izpit,
- opravljen specialistični izpit s področja splošne oz. družinske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji,
- poskusno delo štiri mesece,
- vozniški izpit B-kategorije.

Delovno mesto je prosto za potrebe PHE-službe.

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

Kandidatom lahko omogočimo tudi rešitev stanovanjskega problema.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis v 30 dneh po objavi tega razpisa na naslov: Zdravstveni dom Novo mesto, Kandijska c. 4, 8000 Novo mesto ali E: info@zd-nm.si.

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

Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj

razpisuje prosti delovni mesti

1. enega zdravnika specialista 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 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.

Bolnišnica Topolšica

Bolnišnica z 90-letno tradicijo na področju pulmologije

vabi k sodelovanju

zdravnike specialiste pulmologije in interne medicine (m/ž)

ter

zdravnike po opravljenem pripravništvu (m/ž)

Od novih sodelavcev pričakujemo:

- sposobnost konstruktivnega reševanja problemov, komuniciranja, organiziranja in skupinskega dela,
- osebno odgovornost in pripravljenost za pridobivanje specifičnih znanj.

Pogoji za sklenitev delovnega razmerja:

- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za prebivanje v Republiki Sloveniji,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Novim sodelavcem ponujamo priložnost za dinamično delo v prijetnem okolju, možnost strokovnega in osebnega razvoja ter stimulatивно nagrajevanje delovnih prizadevanj.

Zagotavljamo tudi pomoč pri reševanju stanovanjskega vprašanja

Delovno razmerje smo pripravljeno skleniti za nedoločen čas s polnim delovnim časom in šestmesečnim poskusnim delom.

Zainteresirane kandidate vljudno vabimo, da prijave z življenjepisom pošljejo na naslov: Bolnišnica Topolšica, Topolšica 61, 3326 Topolšica.

Za dodatne informacije pokličite na T: 03 898 77 10.

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.

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

zobozdravnika za otroško in preventivno zobozdravstvo (m/ž)

za nedoločen čas s polnim delovnim časom 40 ur na teden.

Pogoji:

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

Kandidati naj pošljejo svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju razpisnih pogojev v 15 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 dr. Julija Polca Kamnik

objavlja eno prosto delovno mesto

zdravnika specialista pediatra (m/ž)

oz. zdravnika šolske medicine (m/ž)
oz. zdravnika s podiplomskim

tečajem zdravstvenega varstva žena, otrok in mladine (m/ž)

ali zdravnika po končanem sekundarijatu (m/ž)

Pogoji:

- opravljena specializacija ustrezne smeri oz. podiplomski tečaj oz. opravljen sekundarijat s preizkusom usposobljenosti z veljavno licenco,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Z izbranim kandidatom bomo sklenili delovno razmerje za nedoločen čas s polnim delovnim časom in štirimesečno poskusno dobo.

Kandidati naj vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik, »za razpis«, Novi trg 26, 1241 Kamnik

Javni zavod Zdravstveni dom Radeče

objavlja prosta delovna mesta

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,
- zaželeno delovne izkušnje – eno leto.

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

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,
- voziški 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 poskusnemu 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 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 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.

Psihiatrična bolnišnica Ormož

objavlja prosti delovni mesti:

1. zdravnika specialista psihiatra (zdravnik specialist V/VI PPD 3) (m/ž)

za nedoločen čas.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljen specialistični izpit iz psihiatrije,
- zdravniška licenca za področje psihiatrije.

Na razpolago je stanovanje.

Nastop dela takoj ali po dogovoru.

2. zdravnika specializanta psihiatrije (zdravnik brez specializacije z licenco PPD 3)

za nedoločen čas.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- odobrena specializacija iz psihiatrije,
- zdravniška licenca.

Na razpolago je stanovanje.

Nastop dela takoj ali po dogovoru.

Prijave na naslov: Psihiatrična bolnišnica Ormož, Ptujška c. 33, 2270 Ormož

Zdravstveni dom Celje

vabi k sodelovanju

zdravnika specialista splošne/ družinske medicine za delo v ambulanti splošne/ družinske medicine v Zdravstvenem domu Celje

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

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta,
- specializacija iz splošne/ družinske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje splošne/ družinske medicine,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,

- zaželene so delovne izkušnje,
- sodelovanje v službi nujne medicinske pomoči,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidatu bomo omogočali ustvarjalno in dinamično delo v urejenem delovnem okolju, osebnih in strokovnih razvoj ter stimulatívno nagrajevanje.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratkim življenjepisom pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Celje, Uprava, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, s pripisom: Za razpis.

Za dodatne informacije pokličite prim. Andreja Žmavca, dr. med., T: 03 543 42 20.

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

Zdravstveni dom Celje

vabi k sodelovanju

zdravnika specializanta splošne/ družinske/urgentne medicine (m/ž)

za delo v ambulanti za nujno medicinsko pomoč

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

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta,
- strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- zaželene so delovne izkušnje,
- delo v službi nujne medicinske pomoči,
- poskusno delo štiri mesec.

Kandidatu bomo omogočali

ustvarjalno in dinamično delo v urejenem delovnem okolju, osebni in strokovni razvoj ter stimulatívno nagrajevanje.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratkim življenjepisom pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Celje, Uprava, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, s pripisom: Za razpis.

Za dodatne informacije pokličite prim. Andreja Žmavca, dr. med., T: 03 543 42 20.

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

Zdravstveni dom Celje

vabi k sodelovanju

zdravnika specializanta splošne/ družinske medicine z opravljenim licenčnim izpitom ali zdravnika z opravljenim licenčnim izpitom (m/ž)

za delo v ambulanti splošne/ družinske medicine v Zdravstveni postaji Vojnik.

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

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje splošne/družinske medicine,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- zaželeno so delovne izkušnje,
- sodelovanje v službi nujne medicinske pomoči,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidatu bomo omogočali ustvarjalno in dinamično delo v

urejenem delovnem okolju, osebni in strokovni razvoj ter stimulatívno nagrajevanje.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratkim življenjepisom pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Celje, Uprava, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, s pripisom: Za razpis.

Za dodatne informacije pokličite prim. Andreja Žmavca, dr. med., T: 03 543 42 20.

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

Zdravstveni dom Logatec

objavlja prosti delovni mesti:

zobozdravnika (m/ž)

v ambulanti za odrasle za nedoločen čas s polovičnim delovnim časom.

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete – smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo RS ali delovno dovoljenje,
- aktivno znanje slovenskega jezika;

Kandidati naj vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v osmih dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Logatec, Notranjska cesta 2, 1370 Logatec.

Zdravstveni dom 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 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.

- vozniško dovoljenje B-kategorije,
 - poskusno delo štiri mesece;
- b)
- končana medicinska fakulteta,
 - specializant družinske medicine,
 - veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
 - znanje slovenskega jezika,
 - zaželene 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.

družinske medicine v Zdravstveni postaji Rogaška 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,
- zaželene 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 Nuncič, univ. dipl. ekon., univ. dipl. prav., Zdravstveni dom Šmarje pri Jelšah, T: 03 818 37 30.

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,
 - zaželene delovne izkušnje – eno leto,

Zdravstveni dom dr. Božidarja Lavriča Cerknica

zaposli

- **zdravnika po končanem sekundarijatu (m/ž),**
- **specialista družinske medicine (m/ž),**
- **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.

Zdravstveni dom Šmarje pri Jelšah

objavlja prosto delovno mesto **zdravnika specialista splošne ali**

Javni zavod Zdravstveni dom Velenje

objavlja prosta delovna mesta

petih (5) zdravnikov specialistov splošne medicine oz. družinske medicine (m/ž)

Pogoji:

- končan študij na medicinski fakulteti – smer medicina, in opravljen specialistični izpit iz splošne oz. družinske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v RS,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B-kategorije.

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

Prijave s kratkim življenjepisom in z dokazili o izpolnjevanju pogojev sprejemamo osem dni po objavi na naslov: Zdravstveni dom Velenje, Vodnikova 1, 3320 Velenje.

Prijavljeni kandidati bodo o izbiri obveščeni v 30 dneh po objavi razpisa.

Javni zavod Zdravstveni dom Velenje

objavlja prosto delovno mesto

enega (1) doktorja dentalne medicine, spec. za zobno in čeljustno ortopedijo (m/ž)

za področje zobozdravstvenega varstva otrok in mladine.

Pogoji:

- končan študij na medicinski fakulteti – smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- končana specializacija za zobno in čeljustno ortopedijo,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

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

Dodatne informacije dobite po telefonu: 03 89 95 488.

Prijave s kratkim življenjepisom in z dokazili o izpolnjevanju pogojev sprejemamo osem dni po objavi na naslov: Zdravstveni dom Velenje, Vodnikova 1, 3320 Velenje.

Prijavljeni kandidati bodo o izbiri obveščeni v 30 dneh po objavi razpisa.

Javni zavod zdravstveni dom Trbovlje

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista pediatrije (m/ž)

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

Pogoji za zasedbo:

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

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

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

Javni zavod zdravstveni dom Trbovlje

objavlja tri prosta delovna mesta

zdravnika specialista splošne medicine (m/ž) oz. zdravnika po končanem sekundarijatu (m/ž)

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

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljen sekundarijat ali

opravljena specializacija iz splošne ali družinske medicine,

- znanje slovenskega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- poskusno delo štiri mesece.

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

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

Zdravstveni dom Šentjur

objavlja prosto delovno mesto

1. zdravnika brez specializacije z licenco za delo v družinski medicini ali specialista družinske/splošne medicine (m/ž)

za delo v splošni ambulanti ZP Planina pri Sevnici.

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

Pogoji:

- zdravnik s končano medicinsko fakulteto, opravljenim strokovnim izpitom in licenco za delo v družinski medicini ali zdravnik s končano specializacijo iz družinske/splošne medicine,
- vozniški izpit B-kategorije,
- poskusno delo v skladu z določili Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike,
- znanje slovenskega jezika,
- poznavanje dela z računalnikom,
- usposobljenost za delo v dežurni službi in NMP;

2. zdravnika specialista šolske medicine ali pediatra (m/ž)

za delo in vodenje šolskega dispanzerja v ZD Šentjur.

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

Pogoji:

- zdravnik s končano medicinsko fakulteto, opravljenim strokovnim izpitom in licenco za delo v šolski medicini ali zdravnik s končano specializacijo iz šolske medicine ali pediater,
- vozniški izpit B-kategorije,
- poskusno delo v skladu z določili Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike,
- znanje slovenskega jezika,
- poznavanje dela z računalnikom,
- usposobljenost za delo v dežurni službi in NMP.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili pošljejo na naslov: ZD Šentjur, Cesta Leona Dobrotinška 3b, 3230 Šentjur.

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 porodniškega 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

a) zdravnika specialista splošne/ družinske medicine (m/ž)

za delo v ambulanti splošne/ družinske medicine v Zdravstvenem domu Celje, OE Vojnik, lokacija dela v Zdravstveni postaji Dobrna

ali

b) zdravnika splošne medicine brez specializacije z licenco (m/ž)

za delo v ambulanti splošne/ družinske medicine v Zdravstvenem domu Celje, OE Vojnik, lokacija

dela v Zdravstveni postaji Dobrna
Pogodba o zaposlitvi bo sklenjena za nedoločen čas.

Pogoji za zasedbo pod a)

- končana medicinska fakulteta,
- specializacija iz splošne/ družinske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- slovensko državljanstvo,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- zaželeno delovno izkušnje,
- poskusno delo v skladu s kolektivno pogodbo.

Pogoji za zasedbo pod b)

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje splošne medicine,
- slovensko državljanstvo,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- zaželeno delovno 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 Celje, Gregorčičeva ulica 5, 3000 Celje.

Za vse dodatne informacije pokličite prim. Andreja Žmavca, dr. med., vodjo programa osnovne zdravstvene dejavnosti,
T: 03 543 42 20.

Zdravstveni dom Slovenska Bistrica

razpisuje dve prosti delovni mesti:

1) zdravnika (m/ž)

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

Pogoji za zasedbo delovnega mesta pod točko 1:

- opravljen strokovni izpit in veljavna licenca za delo,
- eno leto delovnih izkušenj,
- znanje slovenskega jezika,
- osnovna računalniška znanja,
- opravljen vozniški izpit B-kategorije.

Pogoji za zasedbo delovnega mesta pod točko 2:

- opravljena specializacija iz medicine dela, prometa in športa,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca za delo,
- znanje slovenskega jezika,
- osnovna računalniška znanja,
- opravljen vozniški izpit B-kategorije.

V obeh primerih nudimo zaposlitev za nedoločen čas s polnim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom.

Zagotovljeno je stanovanje.

Vabimo vas, da nam pošljete pisne prijave z življenjepisom in priložite ustrezna dokazila o izpolnjevanju pogojev v roku 30 dni od dneva objave razpisa na naš naslov: Zdravstveni dom Slovenska Bistrica, Partizanska ulica 30, 2310 Slovenska Bistrica.

Za morebitne dodatne informacije se obrnite na kadrovsko službo,
T: 02 84 32 731.

Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije

zaposli v sektorju za izvedenstvo

dva zdravnika izvedenca II (m/ž)

- enega za delo v službi za izvedenstvo I. stopnje Ljubljana – za delo v Kranju
- enega za delo v službi za

izvedenstvo I. stopnje Maribor – za delo v Celju

Kandidati morajo izpolnjevati naslednje posebne pogoje:

- zdravnik specialist medicine dela, prometa in športa ali zdravnik specialist druge ustrezne klinične specialnosti,
- štiri leta delovnih izkušenj,
- veljavna zdravniška licenca,
- aktivno znanje slovenskega jezika in sposobnost sporazumevanja v enem tujem jeziku.

Pogodbe o zaposlitvi bomo sklepali za nedoločen čas s polnim delovnim časom, nastop dela v letu 2010.

Kandidate vabimo, da pošljejo pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev in opisom delovnih izkušenj v roku 30 dni od objave na naslov: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1518 Ljubljana.

Mali oglasi

Prodajam ali oddajam popolnoma opremljeno zobozdravstveno ambulanto v Martjancih pri Murski Soboti. Ambulanta se nahaja v obnovljenem gospodarsko-stanovanjskem objektu s pripadajočim urejenim vrtom ob glavni cesti med Mursko Soboto in Moravskimi Toplicami.

Pokličite na T: 031 312 633
(od 10.00 do 12.00)

Na Dunajski cesti 106 v Ljubljani prodajam ordinacijo 35m² s čakalnico, dvema WC in večnamenskim prostorom. Prostor je primeren za zobozdravnika ali zdravnika. Ima vso potrebno dokumentacijo za obratovanje medicinske dejavnosti. Vseljivo takoj. Cena je 77.000 EUR.

Pokličite na T: 031 335 254

Počitniška praksa nekoč v davnini

Bedenje ob pokojniku

Ciril Grošelj

Pradavnega leta 1971, po četrtem letniku medicine, nama je s prijateljem Izakom (danes bolj znanim kot profesor Matjaž Zwitter) uspelo prigrabiti – nekaj tudi po zvezah – za tiste razmere eksotično in zato elitno počitniško prakso v Španiji. Treba je povedati, da je bila Španija tedaj za »komuniste« tesno zaprta, da je bila to za študenta iz Slovenije skoraj edina možnost, da pride tja, in je bila zato ta praksa za naju uspeh leta. In sva se – prakso sva imela določeno za september – že junija pričela guliti španščino. Odgovor, da sva sprejeta, sva dobila dovolj zgodaj, nisva pa dobila odgovora, v katero mesto, ne kam naj se obrneva. In tega odgovora nisva dobila nikoli. Pravočasno sva zaprosila za vizo, pa tudi te od nikoder. Kot v risankah.

V drugi polovici avgusta sva z »drobižem« v žepu odštopala proti Španiji, mimogrede pa še v Milano na najbližjo špansko ambasado. Tam sva čakala dober teden, vsak dan hodila na ambasado prosjait in vizo dejansko dobila. Odštopala sva v Barcelono.

Pred barcelonskimi zgodbami velja omeniti tri dogodke:

Prvega zgolj tako. Tisti teden sva se po Milanu prevažala z metrojem, karte so bile drage kot žafran in sva zato že prvi dan izumila sistem goljufanja, se ves teden veselo prevažala po milanskem podzemlju. Predzadnji dan so naju ujeli in je finančna kazen predstavljala kar lep del najinega španskega »budgeta«.

Skoraj ves preostali denar sva zastavila. V »najinem« *youth-hostlu* se je pojavil Marceli – Barcelončan, ki je potoval z motorjem, ga razbil in zato rabil denar za prevoz motorja in sebe domov. In sva mu skoraj ves denar velikodušno posodila, povsem na lepe oči, da nama ga v Barceloni vrne. Pa je bila najina španska viza v tistih dneh še prav malo verjetna.

Zimo predtem je v ljubljanski Mali drami gostovala študentska gledališka skupina iz Barcelone. Eden od igralcev je stanoval pri Izaku, ta je zato imel »kronično« povabilo v Barcelono.

In v Barceloni naju je čakal veličasten sprejem. Marceli – študent arhitekture – nama je vrnil denar, v zahvalo pa za tisti čas prepuštil svoje stanovanje. Bila sva povabljeni na veličastno kosilo v haciendo njegovih, očitno prilično bogatih staršev. Izgledalo je skoraj tako kot pri Treh botrah lisičicah, ki niso vedele, ali se spodobijo v gosteh hoditi po preprogah ali ob preprogah, da jih ne bi umazale. Midva se ob vseh lakajih na tistem kosilu skoraj res nisva znala obnašati. Pojedla sva vse, vsaj pol jedilnega pribora pa je ostalo neizkoriščenega.

Višek dogajanja v Barceloni je bil, ko sta se združili Marcelijeva skupina študentov arhitekture in skupina študentskega gledališča. Vsak večer smo se zbrali in odšli v Barrio latino – zloglasno barcelonsko četrt. Tam smo pokušali vina, ocenjevali druge bogate ponudbe četrti in se primerno okrogli vedno razšli v poznih

jutranjih urah. Tam sva spoznala princip katalonskega študentskega popivanja in gostoljubnosti. In bila sva gosta. Teden je bil enkratni!

Vsak dan pa sva imela bolj slabo vest zaradi prakse. In sedmega septembra (namesto prvega) sva se skesano odpravila na Medicinsko fakulteto vprašat, kje sva na praksi. Na fakulteti so za naju slišali prvič. Ko sva povedala, da sva iz Slovenije, so nama veseli povedali, da imajo tam prof. Rozmana, Slovenca, ta da bo sigurno poskrbel za naju.

Vesela in prepričana, da prakso že imava, sva se napotila k njemu. Vendar nama je ta, mednarodno priznani profesor hematologije (v devetdesetih so ga sprejeli in božansko častili tudi v kliničnem centru), le (v lepi slovenščini) ledeno hladno povedal, da on z nama noče imeti nič, in naju postavil na prag. Sam sem velikokrat premišljeval o tej njegovi reakciji. V njegovo opravičilo naj povem, da je zbežal iz Jugoslavije leta 45, da se je najbrž bal morilcev in da sva midva s cheguevarovskim videzom v njegovih očeh predstavljala tipična udbovska pokončevalca, očitno bi pa možakar rad še živel. Ponovno sva odtavala k Emanueli, študentski referentki, in ta nama je našla (iznašla?) prakso v Valladolidu.

Naslednji dan sva prištopala v Valladolid. Tam pa sva ponovno imela srečo. Odpeljali so naju k dekanu fakultete, gospodu Ramonu del Solu, ki je bil po čudežu dober prijatelj ljubljanskega profesorja – porodničarja Novaka. Na ta konto naju je nemudoma sprejel na svoj, kot bi bral najine želje – ginekološki – oddelek in naju namestil v Collegio Mayor Menandez Pelayo.

Kot mesto prakticiranja sva si izbrala porodnišnico in v treh naslednjih tednih dojemala lepoto (»tiene niño«, »tiene niña«) in tudi tragiko porodov. (Ker je tole resna zgodba, lepote in drugih pozitivnih lastnosti tamkajšnjih medicinskih sester ne bom omenjal.)

Zgodba zase je bil jezuitski kolegij Menandez Pelayo. Gojenci so bili študentje najinih let, načeloma pravniki. Ob desetih zvečer so imeli klavzuro. Nama je uprava kolegija, po ne vem kakšni logiki, dala ključ in sva lahko v kolegij prihajala svobodno. In že to dejstvo naju je v očeh študentov naredilo silno imenitna. Poleg tega sva bila komunista. Resnici na ljubo naj povem, da sem bil jaz najbrž vsaj toliko katoličan kot kdorkoli od njih in Izak zelo strpen ateist (pa kasneje oče duhovnika). Ampak: vsako noč so masovno drveli v najino sobo, tam čepeli do treh in hoteli v naju videti komunista ter zvedeti vse o komunizmu. In sva jim stregla po svojih najboljših močeh. No, upam, da jih, glede na najino ne posebno zagretost, kaj posebno pokvarila nisva.

Ob tej priliki bi z vstavljeno zgodbo rad postavil droben spomenik kolegici **Marjanci Božič**. Telefonskih komunikacij tedaj



še ni bilo, verjetno so bile predrage. Nekega dne sva od doma dobila pismo z vprašanjem, ali se z nama potepa tudi kolegica Marjanca. Šele po povratku sva izvedela, da je nekaj dni po najinem odhodu v Španijo punca v Ljubljani fantomsko izginila. Bila je najina kolegica na fakulteti, v najini študijski skupini. Vzorna študentka, priljubljena kolegica, lepa, prijazna in zadržana punca. 27. avgusta 1971 je izginila in od tedaj do danes je ni videl nihče več.

Najino bivanje v Valladolidu je bilo podobno vsem prejšnjim in kasnejšim potepanjem. Skoraj stalna značilnost je bila: malo denarja, pa glede na življenje »ob kruhu in vodi« nenehna želja po »fini« hrani. In sva nekega dne sklenila, da se bova enkrat dobro najedla. In sva dolgo izbirala restavracije in odkrila pravo in dovolj fino, z vrtom. In sva izbirala menuje skoraj samo po (najvišji) ceni. In sva jedla in jedla. Sva bila že v strahu, da zaradi sitosti ne bova mogla bežati. A nama je uspelo. Ucvrla sva jo čez ograjo in nikoli več naju niso videli!

Omeniti velja še teden bikoborb. Vsaj v Valladolidu imajo dvakrat letno teden bikoborb (za turiste najbrž še kakšno zraven). To je za Špance poseben teden. Tedaj ni v bolnišnici nihče delal, nihče se ni zanimal za porodnice. Vsa bolnišnica se je ves teden pogovarjala le o bikoborbah. Vsi zdravniki so ves teden viseli na corridi. Gospod del Sol nama je osebno priskrbel vstopnice. Na »najini« corridi so matadorji uspešno pokončali vseh šest bikov, kolikor jih pritiče eni bikoborbi, in gledalci so bili navdušeni. Ob tem moram povedati, da sam izhajam s kmetov, da smo doma od nekdaj imeli par prijaznih volov in da sem zato ves čas navijal za bike!

V bolnišnici sva ostala do konca septembra, za povratek domov sva izbrala eksotično pot preko Gibraltarja in Severne Afrike!

Izvedela sva, da bo 1. oktobra, na dan najinega odhoda, v Madridu veliko slavlje, da caudillo, generalissimo Francesco Franco (ostalih šestih osebnih imen, ki jih je še premogel, se ne spomnim več) praznuje sedemdesetletnico in da bodo zjutraj zastoj vozili vlaki v Madrid in zvečer iz Madrida. In ker sva v osnovi nameravala na jug Španije, je bila to zlata priložnost...

Še v temi sva bila na železniški postaji in se zgodaj dopoldne pripeljala v Madrid. Ves dan sva prisostvovala nama znanemu pompu, analognemu raznim obletnicam »druga« Tita. Zvečer pa nisva imela take sreče kot zjutraj. Na poti proti jugu naju je že v Toledu »check kontrola« zalotila in zabrisala z vlaka. In zopet nama je ostal le avtoštop.

Še kar nekaj časa sva se potikala po južni Španiji, opravila za vstop v Maroko obvezno cepljenje »contra el colera« – tam je namreč takrat razsajala epidemija – in se odpravila v Maroko. Z ladjo sva se pripeljala v Ceuto, to je košček še španskega ozemlja na afriškem robu. Ob sestopanju z ladje sva se izmenično slikala in ovekovečila najin vstop na afriška tla.

Naslednji dogodek naj opiše najino finančno neizkušenost in predvsem neumno predrznost. Šla sva na bazar k nekemu menjalcu in – ne da bi preverila tečaj – zamenjala večino mark, ki sva jih premogla, v maroški denar. Po uspešni menjavi sva šla preverit tečaj in ugotovila, da naju je arabski menjalec kar dobro ofrnazil. Jadrno sva odšla k prvemu policaju in mu razložila svojo tegobo. Šel je z nama k menjalcu, naju tam vprašal, koliko mark sva menjalcu dala. In midva modreca sva k prvotni vsoti dodala še približno tretjino, češ, ga bova. In sva mu pod mentorstvom policaja vrnila durhame in menjalec nama zeleno vsoto mark. Jadrno in srečno sva jo odkurila čez mejo v Maroko. Lasje mi še danes stojijo pokonci!

Ta izkušnja naju je vendarle izučila, da denarja ne smeva menjati kar tako in sva sedaj na račun goljufivega trgovca nekoliko obogateno vsoto mark pretežno hranila za ladjo, prehranjevala pa sva se bolj dopisno. Malo sva se potikala po mestih, sicer pa se z zares klavnim avtoštopom počasi pomikala proti Tunisu. Vmes se nama je stalno kaj dogajalo. Enkrat sva resno ogrozila učni proces na neki šoli. V spalnih vrečah sva spala pod drevesom ob neki zgradbi. Že precej po osmi zjutraj naju je zbudilo kričanje. Učitelj je z glasnim vpitjem naganjal k pouku razred otrok, ki se je nabral okrog naju!

Omeniti velja korespondenco z domačimi. Že v Španiji sva domov pisala, da se odpravljava v Maroko, tako da so vsaj vedeli

za smer. Iz Maroka sva jim pisala kartice, vendar so prišle domov kakšen mesec za nama. Doma že ves mesec niso slišali za naju in Izakov oče je k nam pridrvel z obtožbo, da sem ga sigurno jaz nekam zvelkel. Moj brat je resignirano ugotovil, da sva najbrž odšla za soncem!

Ladja iz Tunisa v Palermo je glede na 14-urno vožnjo morala stati kar precej. Ceno sva od nekod poznala in že v Maroku ugotovila, da bo glede na hitrost potovanja, kljub praktično nični dnevni porabi, denarja za ladjo le za enega. Da bo drugi moral v Tunisu na jugoslovansko ambasado, da ga po najboljši poti spravijo domov. To je bila namreč že znana avtoštoparska opcija v sili. (Ob enem od kasnejših potepanj sem presenečeno ugotovil, da dejansko deluje!) Žrebala sva, kdo ostane v Tunisu, in žreb je izbral mene. To dejstvo me ni posebno pretreslo, veselo sva potovala naprej.

V Alžiru pa sva bila potem par dni že prepričana, da sva finančni problem rešila. Na neki celonočni ohceti, kamor sva bila povabljena kot avtoštoparska popotnika nekega svata (ali so izobesili krvavo rjuho kot dokaz nevestine nedolžnosti, se pri najboljši volji ne uspem spomniti, bi jo pa utegnili), nama je za kar realno ceno, ali pa še čez, uspelo prodati Izakov fotoaparatus. Hipno sva bila naravnost bogata. Ko sva čez par dni v nekih gorskih rovtah vstopila v Tunisu in alžirski denar hotela zamenjati za tuniškega, se je izkazalo, da tam ni vreden nič. In da jaz ostanem v Tunisu. Še danes hranim lep bankovec, vreden kar pol precej dobrega fotoaparata.

Frekvenca na tistem alžirsko-tuniškem prehodu je bila približno avto na dan. Pred carinarnico, ki je bolj spominjala na stražarnico, sva sedela že skoraj ves dan in čakala najin avto (tako rekoč »car of the day«). Pripeljal je avto z alžirsko registracijo, voznika sva po francosko vprašala, ali naju pelje, in je privolil. Pritekel je carinik in nam povedal, da smo vsi Jugoslovani. Od razneženosti sva tam pozabila velik zvitek krasnih plakatov, ki sva jih zbirala tekom cele Španije in kasneje. Ampak ni nama bilo posebno žal.

Možakar je bil zelo simpatičen in prijazen Črnogorec, v službi pri združenih narodih v Alžiru, strokovnjak za prehrano, namenjen v Rim na konferenco. V mesto Tunisu smo prispeli zvečer, ladja bi morala odpluti ob enih ponoči; meni je bilo *a priori* jasno, da ostanem tam.

Pripeljali smo se do velikanske ladje. Ob kupovanju kart je nastal problem. Črnogorec je imel samo avstralske dolarje v čekih, ladijske karte se z njimi ni dalo kupiti, vse banke so bile že zaprte. Možakarju se je zelo mudilo, najin (oziroma bolj moj) finančni problem je poznal. In nama je dal ponudbo: če mu najdeva nekoga, ki mu do Sicilije posodi denar (za avto, tri osebe, 14 ur vožnje!), drugemu od naju plača karto! Posebnega uspeha se sicer nisva nadejala, dejala sva si pa, da lahko poskusiva.

Bila je velikanska čakalnica, v kateri se je preriravalo kakih 100 ali več ljudi. Midva sva bila prilično poraščena, shujšana kot kakšna narkomana, primerno umazana in zgodba o bogatem (povrhu še) Jugoslovanu, ki rabi na posodo vrečo denarja, ni ravno vlekla.

In sva hodila od človeka do človeka in razlagala zgodbo. In skoraj čisto na koncu vrste, ura je bila že blizu polnoči, se je našel Nizozemec (ali pa v Nizozemca zamaskiran angel), ki je bil pripravljen posoditi denar. Preden smo opravili vse pristaniške in ladijske formalnosti, so velikanski trajekt že zaprli, ga tik pred odhodom še enkrat odprli in že smo brzeli proti Siciliji.

(Trebalo je omeniti, da je »Črnogorec« denar, vključno z nekaj nagrade, v Palermo pošteno vrnil.)

Sledila je trinajsturna vožnja z ladjo. Bila je velikanska in midva sva se, utrujena in umazana, usidrala v enem od nižjih podpalubij. V hangarju je stal velik zaboj iz surovih desk, dovolj prostoren, da nama je bil za mizo ali posteljo, pač po potrebi. Najprej sva nanj razložila hrano in se najedla, nato razložila vso vsebino nahrbtnikov, jo ponovno zložila in nato na njem v spalnih vrečah začela dremuhati in razdirati neslanosti.

In sva za šalo v približno sedmem podpalubju pričela ob dveh ponoči ugibati, kaj naj bi bilo v zaboji. Ena od – zgolj šaljivih – opcij je bila, da je v zaboji mrlič. In sva dejala, da potem je pa potrebno, da bediva, kajti ob mrličih se vedno bedi. In sva na zaboji najprej res bedela, nato pa počasi zaspala.

Ob dveh popoldne smo pristali v Palermo. In poleg čakajočih je na pomolu stal tudi velik, z rožami okrašen mrliški avto!

Čez kakšna dva dni sva prišla domov, shujšana, da so bili domači v dilemi, ali sva tisto res midva ali le najina duhova. Naslednji dan, že enkrat sredi novembra, sva se srečno pretihotapila v peti letnik ...



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

**Koncert
Vox medicorum – Klinični center**

Jubilejni koncert ob 30-letnici delovanja zbora pod vodstvom Tomaža Faganela **bo v Ljubljani, v atriju Mestnega muzeja, v nedeljo, 29. novembra 2009, ob 19.30**. Na sporedu bo izbor skladb, ki jih je zbor izvajal v zadnjih sezonah, predstavili pa bodo tudi zgoščenko z zborovsko glasbo slovenskih skladateljev *Musica animi medicina*, ki jo je zbor posnel letos spomladi.

Vabljeni!

Sekcija upokojenih zdravnikov

Enodnevni izlet v Kamnik in Tuhinjsko dolino

Breda Poznič

Bil je lep pomladanski dan, »40 mučeni-
kov«. Kot vedno, samo kolegice, zato smo
bile zelo vesele, da sta se nam pridružila
dva mučenika, v Kamniku pa še tretji.
Vožnja proti Kamniku, spet z Neredovim
avtobusom, je bila kar prekratka. Ob
jasnem jutru se nam je na zahodu v vsej
svoji mogočnosti prikazal očak Triglav,
pred nami pa, kot na dlani, panorama
zasneženih Kamniških planin.

Prva postaja je bil ogled muzeja dr. Nika
Sadnikarja. Spoštovani kolega dr. Sadni-
kar nas je že pričakoval pred muzejem,
pozdravila in od vseh strani ovohala pa
sta nas tudi njegova čudovita psa. V času
predsedovanja dr. Betke Vrančič smo
muzej večkrat obiskali, zato je vsakemu
od nas ostala v spominu prekrasna zbirka
umetnin, plod zbirateljskega truda več
generacij. Kolega se je kot vedno razgo-
voril, tako da smo že zamujali z nadalj-
njim programom.

Z vodičem dr. Sadnikarjem smo se nato
po Tuhinjski dolini hitro prepeljali do
Term Snovik. Ker smo bili potrebni ka-
vice, še preden smo kaj izvedeli o termah,
smo posedli okoli miz v njihovem lokalu.
Pa glej presenečenje, naše tri mučenike
so še posebej pogostili! Šege in navade
pa le še držijo! Okrepčani smo se nato
z direktorjem g. Hribarjem odpravili v
naselje počitniških hišic, kjer smo v lični
mali predavalnici ene od hišic izvedeli
vse o težavnem začetku obratovanja term
in nadaljnem razvoju rekreacijskega
kompleksa. Terme z Ljubljano povezuje
avtobus, zanimiva pa je tudi vožnja z
vlakom do Kamnika.

Oglašal se je želodec, pa »pot pod noge«
in kar hitro smo bili pred gostiščem
»Planinski orek« v Stahovici. Seveda, ob
dobrem kosilu ni manjkalo še žlahrne
kapljice in jezik se nam je kar hitro raz-
vezal. Kar nerade smo se poslovile, saj je

bila sosednja soba polna mučeni-
kov, ki so nas vabili v svojo družbo. Seveda, saj smo
tudi me prejšnji dan imele svoj praznik.
Na vabilu ni bilo ničesar več, a čakalo nas
je presenečenje, ki mu namenjam nekoli-
ko obširnejše poročilo.

Po dolini Bistričice se je avtobus težko
prebijal po ozki cesti v hrib. Pa še malo
pešačenja in znašli smo se pred domom
kiparja Mihe Kača, ki nam je prišel na-
proti. Pokazal je proti lopi, kjer nas je (ne
boste verjeli) v vsej svoji naravni velikosti
pozdravljaval mamut (model seveda), ki naj
bi kasneje v bronu postal še ena turistična
zanimivost Kamnika. Gospod Kač nam
je povedal, da so okrog leta 1934 ob re-
gulaciji Nevljice našli ostanke mamuta, ki
je še danes ob rekonstrukciji razstavljen v
Narodnem muzeju v Ljubljani. Kiparjeva
ideja, da napravi model mamuta, ga je
stala veliko truda in iznajdljivosti. Pri

prelitju modela v bron pa se je seve-
da zataknilo pri denarju in pri iskanju
primerne lokacije, kjer naj bi mamut
razveseljeval obiskovalce.

V kamniških novicah (avgust 2009) pa je
napisano, da naj bi mamut stal na sotočju
Kamniške Bistrice in Nevljice, skrajni rok
za postavitve bi bilo leto 2010, ker sicer
bo model kljub zaščiti propadel.

Pa dovolj o mamutu! Gospa Kač nam je
postregla s čudovitim pecivom, katerega
recept za izdelavo smo si podajali iz rok v
roke. Pogrelo pa nas je tudi doma nareje-
no žganje in likerji.

Sonce se je že nagibalo v zaton, sence
so postajale vse daljše, le neradi smo
se poslovili od prijaznih gostiteljev. Z
občutkom, da smo za marsikaj bogatejši,
smo se odpeljali proti domu.



Pred muzejem dr. Nika Sadnikarja

Tožba bolnika

Jože Jensterle

Počutim zdaj se kot številka v vrsti
med čakajočimi kot ničla mala,
ki vendar rada bi pokončno stala,
ne pa pomanjšana ležala v krsti.

Razrasli so se birokratski brsti
čez vsako mero, ki bi še zdržala
njih igrice in rast, ter obdržala,
kar niso njihovi popadli prsti.

Kot tak sem bolj odvisen od slučaja
kot pa od same stroke, nje presoje;
ostaja mi le lastna skrb in vaja.

In z njima premagujem jade svoje,
kar pa me z negotovostjo navdaja,
saj slutim spet prerivanje in - boje.

PS:
Zdaj le potrpežljivost nam ostaja,
ki dan jo vsak izziva, draži znova
in nam počasi, vztrajno že pohaja,

In – rož'ce iščemo, zelišča nova,
da zmanjšali bi manko, ki nastaja
že v skladih in pri izvajalcih showa.

Pesmi

Dušan Sket

Zajemalka

Včasih,
ko gledam zajemalko,
s katero mi ljuba roka
odmerja juho na krožnik,
takrat pomislim:
Koliko časa še?

Neurose cardiaque

Kar iznenada srce mi zdivja,
nosi me smrti v objem,
nosi me tja do roba sveta,
od koder se v prazno zazrem.

Večno odhajanje tja in nazaj,
večno padanje v nič,
večno drhtenje, dotikanje mej,
tja in nazaj in brez prič.

Snopi papirjev, šop diagnoz,
sindrom A.P. ter i.o.,
senčnati gozdič pa še zeleni,
modro je sončno nebo.

Odpoved

Nekdo je prišel in rekel:
odveč si, nepotreben.
Tu imaš odpoved.
Dal ti je odpoved,
vzel si jo,
dvakrat preganil,
vtaknil
v zadajšnji žep od hlač
in odšel.

Trganje korenin I

Če bi iz prsi iztrgal
korenine spominov,
ki dušijo,
jih izruval
kakor plevel,
bi mar potem izgubil sebe?

Bi potem,
čisto sam,
sredi noči
cvilil,
kot znajo samo
pozabljeni, izgubljeni psi?

Trganje korenin II

Bil sem otrok, sveta se nisem bal,
le da takrat sem vedel le za vrt,
ki ves zelen, v cvetju ves razcvel
ni mi dejal, kaj svet je in kaj smrt.

Ko pa otrok sem stopil v širni svet,
sem se prepál zaprl v svojo bol,
ostal sem v vrtu, vrtu svojih sanj,
a svet me je požiral bolj in bolj.

In vendar nisem hodil čisto sam,
ob meni si hodila tudi ti,
tako človeku usojeno je, da
v objemu z drugim se osvobodi.

Oblaki

Oblakov črni skladi zatemnijo
svod nébesa, da mrak prekrije svet,
ptic pevk glasovi svetli onemijo
in regrat skrije svoj rumeni cvet.

A gori nad skladovnico oblakov
sonce razsipa svoj fotonski plaz,
bleščijo se kopice vodnih hlapov,
oblak je tak, kot Janusov obraz.

Bog

Vsemogočen si.
Logos, Beseda.
Direktor gledališča »Vesolje«.
Režiser vseh predstav.
A Ivan Karamazov
ti je vrnil vstopnico.
Mogoče pa le nisi tako dober.

Zlomljena streha

Franci Bečan

Tistega junijskega zgodnjega večera je prišla na dvorišče gospa Božun. Otroci so se kriče lovili pod staro hruško, tisti večji in spretnejši so se v krošnji stezali po zadnjih češnjah. Oče je pred podom klepal koso, enakomerno so doneli udarci klaviva in se izgubljali v polju. Pšenica je že zlatila, okrasta svetloba nad zahodnim gozdom je zamirala in v zraku je valovil vonj po bezgu.

Gospa Božun, v večni sivotemni bombaževini, izpod rute so ji neurejeno uhajali osiveli rjavi lasje, je mehkih korakov stopila k očetu. Njen obraz, grobo zgarana koža, žadasto zelene oči, trde poteze, običajno otožno utrujen pogled, ki je bil danes veder in prijazen, so izdajali pozna šestdeseta leta.

»Jutri pojdemo v mesto, na sodišču sem vse izgovorila. Francku vse zapišem.«

Oče je vstal in z vajeno roko preizkusil rezilo.

»Zjutraj ob osmih pridem,« je končala.

Francek je s češnje videl, da sta nekaj časa še govorila, potem je odšla.

Gospa Božun je živela sama na sosednji domačiji, svoj čas trdnem gruntu. Primožila se je z bližnjih hribov. V hlevu je bilo ducat živine, par konj, zemlje dovolj, da preživi kopico otrok. Mož je strastno kadil pipo, zaradi zlovesče rašče na pljučih je še mlad umrl, otrok nista imela. Polja so tako z leti ostala neobdelana, travniki nekošeni, bregove je zaraščalo grmovje. Druga za drugo je odhajala živina iz hleva, ostali sta ji le krava in mlada telica. Dvorišče je prerasla trava.

Neke zime se je prelomila slamnata streha nad podom. Sosedje so ji rešili mlatilnico, slamoreznico in pajkelj, pod pa je pod zlomljeno streho gnil in propadal še nekaj zim. Le boljše njive so obdelovali večji gruntarji. Oče ji je vsako jesen preoral njivo pri kozolcu, spomladi ji je posadil krompir, sama je posejala pšenico, ki jo je oče požel in omlatil.

Dvakrat na leto, v času mozeve in materine smrti, je imela težke dneve, takrat je za nekaj dni izginila, nihče ne ve, kam, menda k sestri v hribe. Živina v njenem hlevu se je zjutraj oglašala in oče je poskrbel, da ni bila lačna in žejna. Otroci so znali povedati, da je potem, ko se je vrnila, imela krvavkasto rdeče oči, njena lica pa so bila bleda in upadla.

Francek je bil v pravšnjih letih, da ji je kako stvar postoril. Obral ji je sadje, prekopal vrt, nakosil svežo travo, prinesel nujna živila iz bližnjega trga. Oboževala je bohinjski sir. Trgovka je vedela, ko je prišel: »Dvajset dek bohinjca za gospo Božun, kajne, Francek,« in rada je malo primaknila. Zlezal je tudi na streho in zamenjal strešnik, ki ga je razbila toča. Francek je zgolj sledil očetovi besedi, da je šibkim, bolnim, starim in samim treba pomagati, sploh, če so to sosedi, znal pa je tudi ob pravem času reči njej ljubo in zeleno besedo. Kdaj pa kdaj je v

njenem pogledu zaznal skrito obžalovanje, da si ni znala utreti poti v boljše življenje.

Vas se zanjo ni dosti brigala, tako da je dokaj odmaknjeno živela na robu vasi. V cerkev ni hodila, jo je pa Francek videl, da se je pokrižala, ko je opoldne in zvečer na Brdu zvonilo. Na veliko soboto ji je nesel k žeganju. Pomoči soseda gruntarja ni odklanjala, ni pa ga močno prosila, v svoji nemoči je ohranila ponos in oče ji je pomoč vedno ponudil. Sosedovega mlajšega sina je z leti sprejela in vzljubila.

Francek je tistega junijskega večera očeta in mamu slišal govoriti dolgo v noč.

»Stara se in ni več tako pri močeh. Morda si želi s tem, da zapiše našemu fantu, zgolj zagotoviti mirno starost,« je govorila mama.

»Grunt je velik, večji od našega, zemlja je dobra, le kaj porečejo ljudje. Tudi nekaj sorodnikov po moževi strani ima, čeprav ji nihče ne pomaga. In kaj porečejo na vasi,« je razmišljal oče.

»Francek je priden, veliko je v knjigah, šel bo v šole, ne bo delal na zemlji,« je govorila mama. Potem je zaspal.

Jutro je bilo polno prijetne toplote. Rumena svetloba se je dvigala iznad Šmarne gore. Nad travniki je v zori kipela vlažna svežina. Iz zemlje je silila razkošna moč narave, tisočeri vonji so prihajali iz trav in grmov. Bili so pri zajtrku, jedli so mlečno kašo, in Francek je opazil, da sta oče in mama utrujena ter neprespana. Čakal je, da mu oče poreče, naj se obleče za v mesto in pripravi kolesa. Nič se ni zgodilo.

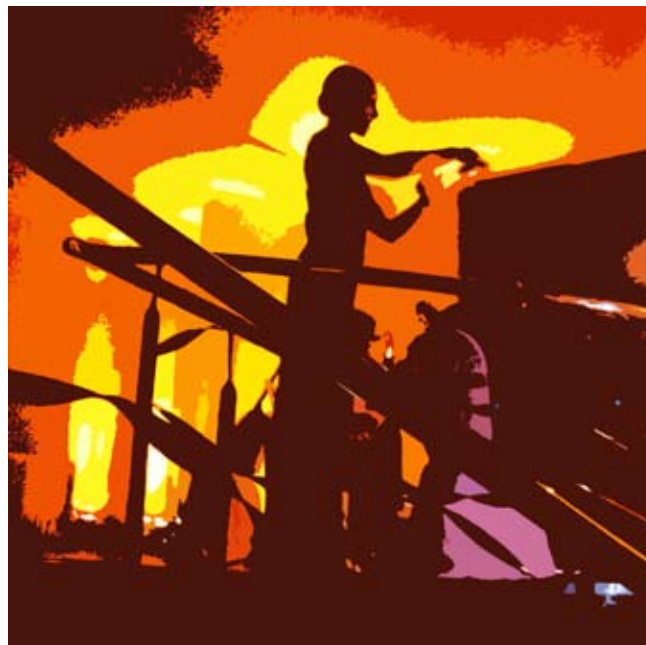
Ob osmih je v hišo vstopila gospa Božun. Praznje oblečena, v modri svileni bluzi, dolgem ohlapnem poletnem krilu, v sveže zloščenih črnih čevljih, z velikim cekarjem v rokah, z mehkim nasmehom je stala sredi hiše in Francku se je zdela ponosna in vsa praznična. Oče je sedel za pogrnjeno mizo, pod podobo zadnje večerje, spoštljivo se je zazrl vanjo.

»Z ženo sva pošteno razmislila.« Govoril je počasi in otroci so ga poslušali z velikimi očmi. »Pomagali ti bomo, dokler boš živela. Pred Bogom in pred zakonom pa tega, kar želiš dati našemu fantu, ne moremo sprejeti.«

Gospa Božun je strmela v očeta, dolge trenutke, v tišini, da se je slišalo tiktakati staro leseno uro, nasmeh na njenem licu je bledele, lesk v očeh je ugašal. Stisnila je cekar k sebi, se počasi obrnila in odšla. Francku se je zdelo, da je njen korak težak, telo pa utrujeno in sključeno kot še nikoli.

Počitniško računalniško iskanje

Aleksander Brunčko



»Au«-foristična tinktura

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom

Janez Tomažič

Nova gripa je prinesla »zlato obdobje« za panike, ki so sedaj lahko, brez posebnega zgražanja okolice, panični od panike.

Večina nas ima sproščen odnos do Darwina. Morda zato, ker si 98 % DNA delimo s šimpanzi in 50 % z bananami. Morda pa zato, ker tega ne vemo.

Poznal sem zgovorno kolegico, s katero sem se moral pogovarjati

vsaj eno uro, da sem ji povedal par stavkov.

Feci, quod potui, faciant meliora potentes*, si misli minister za zdravje, ko neprosto voljno prepusti mesto naslednjemu, še boljšemu ministru. Ta vedno začne vse znova in čisto drugače.

*Napravl sem najbolje, kar zmorem, naredi bolje, če znaš

Catch 22: smernice zdravljenja (priporočila) so povsem nekoristna zadeva, pomembno je tisto, kar piše med vrsticami; da pa to »pogrun-tamo«, moramo zelo dobro poznati smernice.

Za reševanje slovenskih demografskih problemov je recesija kot naročena.

Novice z golfskih zelenic

Druga zaporedna zmaga tekmovalcev »Vzhoda«

Marko Demšar

Napovedovalci vremena to pot niso brcnili v meglo! Noč s petka na soboto 5. septembra je bila bogata z nevihtami in malokdo je verjel, da bodo pogoji za igranje kolikor toliko zadovoljivi. Pa je napoved obveljala: deževni oblaki so izginjali in v soboto od 10. ure dalje ni padla niti kaplja več. Igrišče Diners Golf & Country Club v Smedniku pri Ljubljani je bilo izvrstno pripravljeno. Tisti, ki so ga prvič spoznali, so celo menili, da sodi med najboljša v Sloveniji.

Za tekmo sta kapetana določila 14 dvojic, ostali prispeli so tekmovali izven konkurence. Skupni izid 439 : 456 pomeni, da

bo prehodni pokal še eno leto ostal na Štajerskem. 2 : 0 je rezultat in kdor uspe zmagati trikrat, dobi pokal v trajno last.

Kot je običaj, so bili zabeleženi tudi rezultati dvojic, ki so naslednji: s 74 točkami sta bila v bruto seštevku najboljša Andreja Omerzel Topalovič in Martin Pavlin, poleg njiju pa so unikatne pokale za uvrstitev v neto seštevku odnesli s seboj še: Alojz Žičkar in Milko Hren (58 točk), Manja Pavlič in Matjaž Horvat (61 točk) ter Alenka Ramovš in Andrej Ramovš.

Razglasitev rezultatov sta popestrila namestnica urednice časopisa Medicina

danes, ki je med udeleženci požela veliko odobravanja za vsebino tega glasila, in gospod Miha Eržen, vodja marketinga Financ, ki sta izvedla žrebanje, v katerem ni nihče ostal brez majhne pozornosti.

Razšli smo se v veselem pričakovanju naslednjih golfskih tekmovanj: državnega prvenstva v pozni pomladi leta 2010 v Arboretumu Volčji Potok in povratne ekipne tekme, ki jo bodo pripravili naši štajerski prijatelji.

Pri izvedbi tekme so sodelovali: g. Andrej Baloh (Finance), Petrol, d.o.o., SrcSi, Urška Kukovič (Medicina danes).



Sabina odnesla pokal nazaj na Štajersko



Zmagovalca v močni konkurenci

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

Pred koncem korupcijskega izobraževanja zdravnikov v Sloveniji?

Matija Horvat

Slovenija se k sreči pobira iz krize, kamor jo je spravil neizmeren zdravniški pohlep, ki zahteva celo primerno plačilo za dežurne ure in mu ni mar, da država tone v recesiji in dolgovih. Kje so dobri stari časi, ko smo zdravniki za 48 ur neprestanega dela na urgentnem oddelku dobili le drobiž in je zato družba lahko ekonomsko nezadržno napredovala?

Stvari se vendar obračajo na bolje. Zasluga gre vedno budnim novinarjem, ki so najprej razkrinkali mnoge zdravniške napake, ki so seveda posledica malomarnosti, neznanja in vzvišenosti bogov v belem. Aroganca teh tipov nima meja, saj mnogokrat celo predrzno ugovarjajo in trdijo, da v resnici kakšne od napak ni bilo in da so ravnali v skladu s sodobnimi medicinskimi spoznanji. Take trditve včasih prodajajo celo domače in tuje strokovne komisije. Tem bodo že kos naši odvetniki, ki po pravici prezirajo izvedeniška mnenja, narejena po načelu »vrana vrani ne izkljuje oči«.

Končno smo prišli na sled tudi zadnjemu trdemu jedru korupcije v zdravstvu, bolje rečeno, v zdravniških vrstah. To je financiranje strokovnih srečanj s strani farmacevtskih firm in celo sponzoriranje posameznih zdravnikov, da se lahko udeležujejo strokovnih srečanj v domovini in tujini!

Kot da naša država nima sredstev za take dejavnosti in spodbude! V resnici seveda samo približno eno petdesetino tistega, kar lahko namenijo firme, vendar je ta denar povsem transparenten (dobesedno: skozi se dobro vidi). Pojavili so se že odlični predlogi, da naj denar od farmacevtskih sponzorjev prejema samo vodstva zdravstvenih zavodov, ki so povsem nedovzetna za vsakršno korupcijo! Seveda, saj v vodstvih in svetih zavodov sedijo predvsem pravniki in ekonomisti, drugače od zdravnikov, priznano imuni za nepravilno odtekanje denarja. Ti bodo potem po svoji uvidevnosti pospeševali dejavnosti na področjih, ki jih zavod potrebuje, in ne bodo prepuščali odločanja kakšnim predstojnikom, ki imajo pred očmi samo stroko.

Doslej najboljši predlog je prišel s strani prof. dr. Dušana Kebra, izrekel ga je na POP TV dne 11. 10. zvečer. Takole je opisal odličen zgled:

»Ni sporno prejeti določen denar, če imaš ob tem razumno oceno, kaj je sprejemljivo in kaj ni. Na primer, ko se je meni zgodilo, da so mi enkrat ponudili zelo ugleden hotel, zelo drag hotel, sem jaz ta denar spremenil v potovanje nekaj svojih kolegov in smo kampirali v tistem kraju, zato, da se jih je pet udeležilo tistega kongresa.«

Ta model je nujno treba sprejeti in razviti. Najprej moramo pridobiti od prof. Kebra osnovne informacije. Ker sem prepričan, da si kot neumoren borec proti korupciji ni dal tega denarja izplačati na roko, se pojavlja več tehničnih vprašanj. Ali je farmacevtska firma sama izbirala kamping, višje, srednje ali nižje kategorije? Upajmo, da šotor (šotori?) ni (niso) imel(i) sponzorskih oznak. Ali je imel proizvajalec šotorov kakršnekoli poslovne povezave s sponzorjem? Kako je firma nakazala denar: v gotovini, preko transakcijskega računa, vsakemu udeležencu posebej ali upravi kampa? Kdo je prijavil davek od te bonitete? Vseh pet kolegov ali samo predstojnik? Upajmo, da so prevoz od kampa do kongresnega centra udeleženci financirali sami. Kako so se prehranjevali: v prostorih kongresa ali pa so si kuhali sami na gorilniku, kot se kampilistom spodobi? Gotovo se niso pustili podkupovati s kavo ali vodo na razstavnih prostorih.

Predlagam, da neodvisno od farmacevtskih firm sestavimo seznam kampov po vseh mestih, ki so potencialni gostitelji kongresov. Pariz je enostaven, predlagam bolonjski gozd. Problem je New York, mogoče bi na župana (menda ni več Giulliani) naslovili prošnjo za kampiranje v Central Parku, morda bo ceneje blizu Harlema ali celo v njem. Tudi Rio de Janeiro nam bi gotovo našel ustrezno favelo.

Delo seveda še ne bo končano. Pred odhodom na kongres in po vrnitvi z njega bo moral vsak potencialni udeleženec stopiti pred Komite za preprečevanje kongresne korupcije (KOZAPREKOKO). Ta komite še ni ustanovljen, financiran bi bil iz proračuna, vodstvena imena se nam že kar ponujajo. KOZAPREKOKO bi udeleženca in njegovo prtljago natančno pregledal pred odhodom in še posebej po vrnitvi s kongresa. Seveda bi mu takoj zaplenili vse svinčnike, kulije, cekarje, bonbone, čokolade,

marele, medvedke, aktovke, piščančke, čepice in podobno, kar si je na kongresu pridobil od firm. KOZAPREKOKO bi nenapovedano vstopala v ordinacije osumljencev (to so vsi zdravniki v državi) in bi nalagala stroge kazni tistim, ki bi na primer uporabljali od farmacevtske firme podarjene robčke ali celo pisali recepte s kulijem, ki ima oznako teh firm, pa tudi tistim, ki imajo EKG merilce s tako oznako na mizi. Pri ponovnih kršitvah bi sledil suspenz zdravnika za eno, dve leti ali več, pri posebej trdovratnih pa doživljenjsko. Enako kot pri športnikih, ki so jim dokazali doping. Zakaj bi delali razlike?

V prihodnosti si lahko obetamo tudi prodoren tehnični napredek. Sama od sebe se ponuja raziskava, ki bo še zmanjšala zdravniško koruptivnost na kongresih. Bogato bi podprli raziskavo, ki bi privedla do odkritja in uporabnosti očal, ki bi jih morali nositi vsi slovenski zdravniki na kongresih. Ta očala bi prikazala samo generična imena in hkrati napravila nevidna komercialna imena zdravil. To je še pesem bodočnosti.

Prispevek naj bo samo uvod v bogato bero konstruktivnih predlogov, ki bodo pomagali rešiti slovensko zdravstvo in zdravništvo.

Vodji

Dan Šuštek

*Eno rodoljubno
od serza povem,
kaj naj domovini
sdaj sapeti smem.*

*Saj smo vsi Slovenzi,
pod Triglavom doma,
vsak Slovenz kajneda
ma vodjo svojega.*

*Vodja ve to pravo,
vodja nam pove,
rezhe kaj je sdravo,
kaj se delat sme.*

*Kaj bi jas pozbenjal,
zhe ga ne bi imel,
katir bi mi povedal,
kaj bi miilit smel.*

*Hvala tebi vezhna,
vodja, ki te mam,
ti poveš kaj ljubiti,
kaj sovrashit snam.*

*Tebe pozhaštimo
spenesi in pesmami,
tebe sahvavimo
vsjekdar šbe s molitvami.*

*Ti si našba dika,
ti naš vodiš v dal,
tebi, kot se šhika,
damo kranzel v dar.*

*Vodja našh presvitli,
ti svetlišh nam um,
ti si našba volja,
ti si našh rasum.*

*Tebi jas se klanjam,
tebi serze bije,
vodja ti slovenski,
ozhe domazhije.*

Epitafi

Dan Šuštek

*Tukaj nihče ne leži,
tu je v loncu le pepel,
vse organske sestavine
pa je ogenj v dimnik vzel.*

*Če pogledal bi pod rušo,
videl bi, da tam sem jaz,
sicer sem izpustil dušo,
a že prej sem bil brez las.*

*To je moje sporočilo,
ne ga ignorirati,
Tanatosa naročilo
se ne da stornirati.*

*Umril je za domovino,
ki je takrat druga bila,
kaj je mogel, saj umreti,
zanjo se le enkrat da.*

*Tu leže kosti človeka,
ki kosti je v moko mlel,
kar nobena ni prepreka,
da bi svojih ne imel.*

*Zdaj sem mrtev nepreklicno,
a tolažim se tako,
da dalj časa bom pod zemljo,
kakor letal sem nad njo.*

*Tu leži Cinca Marina,
ki poslanka je bila,
nehvaležna domovina
pa je več ne pripozna.*

*Tu vse moje so kosti,
razen tiste, ki je ni.*

Bele ali kovinske plombe?

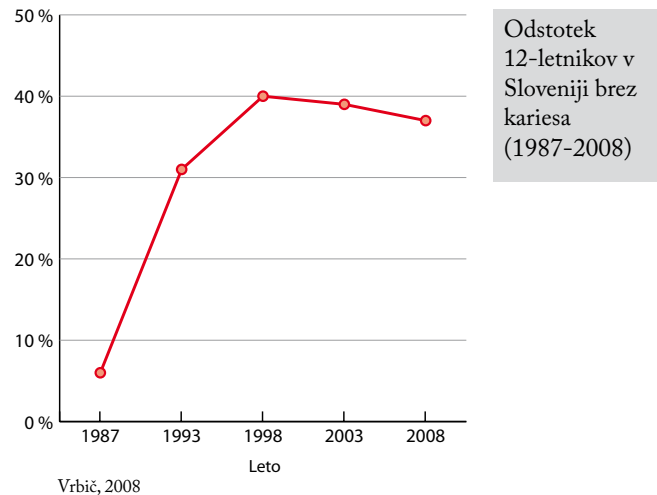
Vito Vrbič

V zadnjih desetletjih smo v medijih večkrat brali in poslušali o nevarnosti živega srebra iz amalgamskih plomb (ki je zlitina živega srebra s srebrom in nekaterimi drugimi kovinami). Vse se je nekako začelo pred leti v ZDA z odmevno TV-oddajo o tej problematiki, za vsem tem pa naj bi stala dentalna industrija, ki je v tem času pošiljala na tržišče ob ustrezni propagandi več novih belih materialov (kompozitov), ki naj bi se sicer uporabljali v »estetskem zobozdravstvu«, uporabljali pa naj bi jih tudi za zamenjavo že obstoječih amalgamskih plomb s temi belimi in precej dražjimi materiali.

Znano je, da pride živo srebro v organizem z vdihavanjem in s hrano (nekateri vrste rib ga vsebujejo precej), da ga vsebujejo vsi organi, da ga vsebuje tudi hipofiza in da se izloča skozi ledvice in črevo. Iz amalgamskih plomb se izplavlja nekaj tednov po izdelavi. Zelo redko povzroči alergične reakcije (pa še to se zgodi pri odstranjevanju starih amalgamskih plomb).

Morebitna škodljivost živega srebra iz amalgamskih plomb se omenja že dolgo, stališča do tega vprašanja so zavzela tako strokovna kot znanstvena združenja. Tako na primer tudi Evropska organizacija za raziskavo kariesa (ORCA) in Mednarodno združenje za zobne raziskave (IADR), ki je skupni kongres svoje srednjeevropske in skandinavske sekcije v Berlinu leta 1996 z naslovom **Dental filling materials: Hazards to patient and to environment?** v celoti posvetil omenjeni problematiki, kjer so sodelovali številni in različni medicinski strokovnjaki (predvsem iz Stockholma in Upsale). Po zadnjih ugotovitvah ni bilo dokazano, da bi bilo živo srebro iz amalgamskih plomb škodljivo. Takšno mnenje so v zadnjem času podprli tudi znanstveni komiteji EU, kot je poročal naš delegat v Svetu evropskih zobozdravnikov (CED) prof. dr. Matjaž Rode v Izidi decembra 2008. Od te splošne ocene so bila že predčasno nekatera odstopanja, kot na primer: le ena stomatološka šola v Evropi (Zürich) v učnem programu ne obravnava uporabe oz. izdelave amalgamskih plomb in da nekateri skandinavske dežele želijo v prihodnosti izločiti uporabo amalgama v zobozdravstvenem varstvu.

Za razliko od programa podobnih predhodnih kongresov so bili tokrat v Berlinu vključeni v obravnavo poleg živega srebra oz. amalgama tudi beli materiali za zobne plombe. Te materiale, t.i. kompozite, sestavljata organska in anorganska komponenta. Posebno prva je nevarna zobni pulpi, če ta ni ustrezno zaščitena. Ti materiali (vključno z nekaterimi odtisnimi) pa vsebujejo, bodisi kot sestavne dele ali pa le kot stabilizatorje oz. katalizatorje, nekatere snovi, ki so potencialno nevarne tkivom: hidrokinon, formaldehid (tvori se med strjevanjem oz. polimerizacijo), terciarni amini, peroksid, merkaptan, žveplasta kislina, polietar, glutaraldehid, silan, akrilate in druge. Vse te substance so zelo reaktivne spojine. Večina ima močno izražene oksidativne in reduktivne lastnosti in so potencialno nevarne tkivom zaradi vplivov, med katerimi se



omenja citotoksičnost, mutageni vpliv, vpliv na estrogen in drugi učinki, predvsem alergija. Omenjeni beli materiali se uporabljajo za plombe na sprednjih zobeh, niso pa ustrezen nadomestek za amalgam na zadnjih zobeh, predvsem zaradi večje obrabe.

Če skušamo odgovoriti na v naslovu zastavljeno vprašanje, ugotovimo, da zaenkrat žal nimamo idealnega polnilnega materiala za izdelavo plomb (idealnemu se najbolj približa porcelan, drag material za posebno vrsto plomb – inlay, in predvsem za protetično rehabilitacijo). Zato bi bilo smotno doseči tako stanje zobnega zdravja (vsaj pri mladini), da plomb sploh ne bi potrebovali. To je našemu mladinskemu zobozdravstvu v zadnjih desetletjih tudi v večji meri uspelo, ko je npr. povprečno število prizadetih zob (Karies, Ekstrakcija, Plomba – KEP) pri 12-letni mladini upadlo na 1,7 (v primerjavi s povojnim stanjem, ko je bilo okrog 8). Še bolj vzpodbuden kazalnik pa je odstotek otrok brez kariesa, ekstrakcij in plomb – *caries free* (graf), ki kaže, da je mladinskemu zobozdravstvu pri nas uspelo s trdim in organiziranim delom doseči, da je bilo leta 2003 že 40 odstotkov mladine brez kariesa nasploh (s takim dosežkom se ponaša malo držav), nakar je ta odstotek žal začel upadati, kar se bo verjetno nadaljevalo tudi v prihodnje. Odgovorne republiške zdravstvene institucije doslej niso posredovale.



Vito Vrbič z vnukoma

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-zivcec@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 Pranjčič, L. L. B.

Finance and Accounting Department

Jožica Osolnik, Econ.

Health Economics, Planning and Analysis Department

Nika Sokolič, B. Sc. Econ.

Training and Professional Supervision Department

Mojca Vrečar, M. B. A.



The Medical Chamber Of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.

Maintaining a register of members and issuing membership cards.

Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.

Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.

Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.

Organising professional seminars, meetings and other types of professional 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 professionals' 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.