

ISIS



Bogdan Derč (1880–1958)
pediatrija



Franc Čelešnik (1911–1973)
čeljustna kirurgija

Odbor za strokovno-medicinska vprašanja

Spoštovane kolegice in kolegi,

o delu odbora za strokovno-medicinska vprašanja (v nadaljevanju odbor) se razen v medijsko razpinitih primerih ne sliši veliko. Menim, da je tako tudi prav. Le tako lahko odbor opravlja svoje delo neodvisno in brez pritiskov. Po drugi strani pa me je že kar nekaj kolegic in kolegov vprašalo »zakaj nadzor ravno pri meni, kako bo potekal nadzor« itd. Sicer je na spletnih straneh Zdravniške zbornice Slovenije objavljen Pravilnik o strokovnem nadzoru s svetovanjem (v nadaljevanju pravilnik), vendar menim, da naši člani premalo vedo o delu odbora in o nadzorih.

Namen strokovnega nadzora je nadzor nad strokovnim delom ter uporabo strokovno preverjenih metod in dosežkov znanosti pri nadzorovanem zdravniku. Namen nadzora je ugotavljanje izvajanja strokovnih navodil strokovnih kolegijev in ugotavljanje uporabe metod kakovosti pri zdravnikovem delu. Zelo pomemben del nadzora je, seveda na temelju ugotovitev strokovnega nadzora, svetovanje nadzorovanemu zdravniku. Nadzor izvede nadzorna komisija, ki je sestavljena iz dveh do petih članov – nadzornih zdravnikov. Praviloma sta v komisiji dva nadzorna zdravnika, predsednik in član. Nadzorne zdravnike kot tudi predsednika komisije imenuje izvršilni odbor zbornice na predlog odbora. Pogoji za nadzornega zdravnika so za strokovni nadzor na področju osnovnega zdravstva 10 let izkušenj v stroki ali naziv primarij, za strokovni nadzor na področju bolnišničnega in specialističnega zdravstva pa 10 let izkušenj kot specialist ali naziv primarij, svetnik ali višji svetnik oziroma naziv visokošolskega učitelja.

Poznamo tri vrste strokovnega nadzora: redni strokovni nadzor, izredni strokovni nadzor ter ekspertni nadzor z mnenjem. Redni strokovni nadzor se izvaja na podlagi letnega programa. Pripravi ga odbor v sodelovanju z drugimi odbori izvršilnega odbora in svetom za izobraževanje, sprejme pa izvršilni odbor. K letnemu programu daje soglasje minister za zdravje. Po pravilniku se sicer redni strokovni nadzor pri posameznem zdravniku praviloma opravlja enkrat v licenčnem obdobju. Žal niti sredstva niti število nadzornih zdravnikov tega ne omogočajo. Letni spisek predvidenih rednih strokovnih nadzorov tako nastane na podlagi pridobljenih licenčnih točk, to velja za zdravnike, ki jim v tistem letu poteče licenca. Poenostavljeno, zdravnik, ki je zbral najmanj točk, je prvi na seznamu, sledijo ostali. Pri tem moram poudariti, da se pri nadzoru velikokrat izkaže, da so se zdravniki ustrezno izobraževali, vendar udeležbe na izpopolnjevanjih niso prijaviili zbornici.

Izredni strokovni nadzor je nadzor, ki se opravi izven sprejetega letnega programa. Opravi ga zbornica na lastno pobudo, na predlog ministrstva za zdravje, plačnika zdravstvenih storitev ali tudi drugega naročnika. Tukaj bi omenil, da se v zadnjem času pojavlja anomalija, da želijo bolniki, njihovi svojci ali odvetniki pridobiti s strani odbora mnenje, ki bi ga uporabili kot izvedeniško mnenje v drugih postopkih. Seveda v teh primerih odbor mnenja ne posreduje.

Ekspertni nadzor z mnenjem, ki obravnava konkretni primer, se lahko izvede v okviru rednega letnega programa ali kot izredni strokovni nadzor na podlagi sklepa predsednika zbornice, odbora, tožilca zbornice ali predsednika razsodišča zbornice.

Nalog o strokovnem nadzoru se vroči 15 dni pred dnem izvedbe nadzora nadzorni komisiji, nadzorovanemu zdravniku, vodji enote

in odgovorni osebi za strokovna vprašanja. Pri izrednem nadzoru je lahko nalog vročen tudi kasneje, vendar najkasneje pred izvedbo nadzora.

Pri strokovnem nadzoru so navzoči nadzorovani zdravnik, člani nadzorne komisije in vodja enote. Navzoči so lahko še zdravnik, ki ga predlaga zasebni zdravnik, odgovorna oseba za strokovna vprašanja ali zdravnik, ki ga določi direktor zdravstvene ustanove. Redni in izredni strokovni nadzor se lahko izvedeta tudi v odsotnosti nadzorovanega zdravnika ali vodje enote.

Po opravljenem strokovnem nadzoru nadzorna komisija sestavi ugotovitveni zapisnik. Ugotovitveni zapisnik se po končanem nadzoru posreduje nadzorovanemu zdravniku, njegovemu delodajalcu oziroma zasebnemu zdravniku ter ministrstvu za zdravstvo. Kadar gre za izredni strokovni nadzor, se ugotovitve posredujejo tudi predlagatelju izrednega strokovnega nadzora. Nadzorna komisija predloži ugotovitveni zapisnik tudi odboru za strokovno-medicinska vprašanja. Na zapisnik lahko nadzorovani zdravnik vložil pripombe v roku 15 dni od prejema ugotovitev zapisa. Na osnovi ugotovitev zapisa odbor oceni delo zdravnika. V večini primerov je ocena pozitivna. Za manjše strokovne pomanjkljivosti ali napake se lahko zdravniku izda priporočilo ali obvezno navodilo. Glede na ugotovitve nadzora se odbor odloči, ali je potreben ponovni nadzor in po kakšnem časovnem intervalu. Za večje strokovne pomanjkljivosti ali napake, ugotovljene pri zdravnikovem delu, lahko zbornica izreče opomin, zahteva dodatno strokovno izpopolnjevanje oziroma določi rok za odpravo ugotovljenih nepravilnosti, zdravniku začasno ali trajno odvzame licenco, predlaga druge ukrepe ministrstvu za zdravstvo ali izreče druge ukrepe v skladu z akti zbornice.

Za prikaz našega dela bom uporabil podatke za leto 2009, iz katerih je razvidno, da smo kljub redkemu pojavljanju v javnosti (tudi strokovni) opravili veliko dela. Odbor je imenoval 120 strokovnih nadzorov s svetovanjem (97 rednih), od tega 48 v bolnišnično-specialističnem zdravstvu, 49 v osnovnem zdravstvu, 15 ekspertnih nadzorov na podlagi pritožb, dva izredna nadzora ter en izredni ekspertni nadzor. Opravili smo tudi šest ponovnih rednih strokovnih nadzorov. Delo smo opravili na 11 rednih sejah, eni izredni in eni korespondenčni seji.

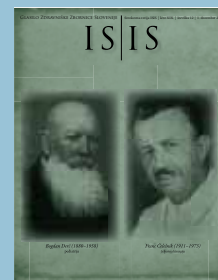
Kot pri vsakem delu, se pripetijo tudi napake (npr. nepravočasno obvestilo o nadzoru itd.), za katere se v imenu članov odbora iskreno opravičujem.

Radovan Hojs



Prva učiteljka pediatrije in čeljustne kirurgije na popolni Medicinski fakulteti v Ljubljani, prof. dr. Bogdan Derč (1880–1958) in akad. Franc Čelešnik (1911–1973).

*Oblikovanje naslovnice in avtor logotipa: Primož Kalan
Pripravila: prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, Inštitut
za zgodovino medicine Medicinske fakultete Univerze
v Ljubljani*



■ UVODNIK

Odbor za strokovno-
medicinska vprašanja 3
Radovan Hojs

■ ZBORNICA

Iz dela zbornice 9

■ PERSONALIA

Specialistični nazivi na podlagi dela 12
Opravljeni specialistični izpiti 13

■ IZ EVROPE

AMBOSS: Učinkovita pomoč za
štajerske zdravnice in zdravnike 14
Marjan Kordaš

V Nemčiji zdravila mnogo dražja 14
Marjan Kordaš

Z analgetiki do zmage 14
Marjan Kordaš

Premalo zdravnikov –
bo šlo zdaj zares? 16
Marjan Kordaš

Simpozij o kulturi napak 16
Marjan Kordaš

Slovenija: manjka 2000 zdravnikov 17
Marjan Kordaš

Nobenih obraznih tančic na Medicinski
univerzi v Gradcu 17
Marjan Kordaš

Brioni, malarija in medicina 18
Boris Klun

■ ZDRAVSTVO

Sestanek SZO o spodbujanju razvoja
paliativne oskrbe v evropskih državah 19
Mateja Lopuh, Zdenka Tičar

■ FORUM

Absurdi defenzivne medicine 22
Miloš Židanik

Samo ne ji povedat, da ima raka 23
Mirjana Rajer

Dva obraza
»javnega in realnega« sektorja 25
Tomaž Rott

■ INTERVJU

Franc Heber, dr. med.,
sedemdesetletnik 27
Evgen Janet

■ IZ ZGODOVINE MEDICINE

Prva učiteljka pediatrije in čeljustne
kirurgije na popolni Medicinski fakulteti,
Bogdan Derč in Franc Čelešnik 30
Zvonka Zupanič Slavec

■ ZANIMIVO

Prof. dr. Peter Borisov, prim. Franc Štolfa in
prim. dr. Velimir Vulikić – častni člani
Medikohistorične sekcije SZD 39
Elko Borko, Viljem Brumec, Gregor Pivec

Predstavitev društva
zobozdravstvenih delavcev Celja 41
Velimir Vulikić

Izobraževanje na daljavo, e-medicina 43
Rajko Vajd

Fonendoskop za
abdominalne preglede 44
Marjan Skalicky

Študijska izmenjava Erasmus
na Medicinski univerzi Dunaj 45
Nina Fokter

Egyd Gstättnner: V malem raju 47
Marjan Kordaš

■ MEDICINA

Hemovigilanca v
Sloveniji v letu 2009 48
Marjeta Potočnik

Komisija RS za medicinsko etiko
o zdravljenju multiple skleroze
s širjenjem vratnih ven 53

Jože Trontelj

Slovenija: izkoreninjenje virusa HIV? 54
Janez Tomažič, Irena Klavs, Mario Poljak

Dan ozaveščanja o antibiotikih 56
Milan Čizman

Center odličnosti v celovitosti specifične
onkološke in paliativne oskrbe 58
Urška Lunder, Tanja Čufer

Obnovljena dnevna bolnišnica Kliničnega
oddelka za hematologijo je prijaznejša 59
Irena Preložnik Zupan, Branka Založnik

Nadaljevanje projekta
Desetletje gibal SZO 61
Radko Komadina

Kaheksija je prepogosto podcenjen in ne-
prepoznan medicinski problem 61
Nada Rotovnik Kozjek, Živa Mrevlje

Baničevi dnevi in Likarjev simpozij 64
Srečko Koren, Mirjana Stantič Pavlinič

Novosti s področja virusnih okužb dihal pri
otročih 69
Ante Burmas

2. mednarodna Poletna
šola o Parkinsonovi bolezni 70

*Nadja Jarc, David Vrbovec, Klara Tostovršnik,
Nives Ramač, Aleš Rode, Špela Rabzelj*

Pomen medicine spanja in evropske akre-
ditacije centrov za motnje spanja v Evropi
– In v Sloveniji? 72

Leja Dolenc Grošelj

62. kongres Inštituta
psihiatričnih dejavnosti 73

Matej Kravos

Dobrodošli v prihodnosti 75
Emina Hajdinjak

Mednarodna šola bolezni požiralnika 77
Helena Turk

Tretji mednarodni simpozij Inovacije in novi načini zdravljenja srčnega popuščanja 78
Gregor Poglajen

Zdrava prehrana in javno zdravje 79
Cirila Hlastan Ribič, Marjan Bilban, Lijana Zaletel Kragelj

Zdravljenje in prehrana starejšega bolnika z diabetesom 81
Darja Lovšin

Različni vidiki doseganja kakovosti v zobozdravstvu 83
Marko Vavpotič

Azijsko-pacifiška konferenca o zaščiti potnikov pred potovanji 84
Alenka Trop Skaza, Zoran Simonovič

■ STROKOVNE PUBLIKACIJE

Urška Lunder: Odprto srce 87
Nina Mazi

■ OBLETNICA

30 let helikopterskih prevozov otrok v inkubatorjih 89
Pavle Kornhauser, Gorazd Kalan

50 let Otroškega oddelka Splošne bolnišnice Novo mesto 91
Tatjana Pavlin

Center za vodenje otrok pred in po transplantaciji jeter Pediatrične klinike UKC Ljubljana obeležil 15-letnico delovanja 93
Marjeta Sedmak, Matjaž Homan

■ V SPOMIN

Dušan Vrščaj, dr. med. (1921–2010) 94
Irena Piltaver Vajdec

■ S KNJIŽNE POLICE

Irena Rožman: Peč se je podrla. Kultura rojstva na slovenskem podeželju v 20. stoletju 95
Marjan Kordaš

■ STROKOVNA SREČANJA 96

■ MALI OGLASI 102

■ ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

5. tradicionalni koncert študentov Medicinske fakultete v Ljubljani 105
Tomaž Rott

Moje roke 107

Andrej Rant

Ciklamni 107

Andrej Rant

Harmonija zvoka in barv v razstavišču ljubljanske bolnišnice 107
Marko Slavec

Načrti za prihodnost 109

Živa Novak Antolič

In še nekaj zanimivosti o Korziki 110

Tomaž Rott

Golf Vzhod–Zahod 115

Andrejka Omerzel Topalovič, Sabina Markoli

■ ZAVODNIK

Razmišljanja na poti 116

Eldar M. Gadžijev



Božično drevo

Božično drevo,
sončno kolo,
vsako leto
nam praznik pripravi.

Smreka diši,
skrivnostno blešči
okrasov se tisoč
v svečavi ...

Želja je sto,
vsaj eno lahko
izpolni vsakdo,
kdor malo darilce pristavi ...

Božično drevo
s svojo močjo
zajame nam duše
in nas ozdravi.

Kako je lepo,
pri srcu toplo,
v ljubezni
ob tebi smo zbrani!

Andrej Rant

Bralcem, avtorjem prispevkov in našim sodelavcem iz Visart studia in Tiskarne Povše želimo lepe praznične dni in veliko sreče v novem letu.

Uredništvo in uredniški odbor revije Isis

Impressum

LETO XIX., ŠT. 12, 1. december 2010
natisnjeno 8600 izvodov
datum tiska: dan pred izidom
UDK 61(497.12) (060.55)
UDK 06.055:61(497.12)
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISP9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK / PUBLISHED BY

Zdravniška zbornica Slovenije
The Medical Chamber of Slovenia
Dunajska cesta 162, p. p. 1630,
1001 Ljubljana
W: <http://www.zdravnikazbornica.si>
T: 01/ 30 72 100, F: 01/ 30 72 109
E: isis@zss-mcs.si
Transakcijski račun: 02014-0014268276

PREDESEDNICA / PRESIDENT

prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med.

UREDNIŠTVO / EDITORIAL OFFICE

Dunajska cesta 162, 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@zss-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, REVISION

Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.
E: marta.brecko@zss-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 Kovačič,
Simon Trampuš, Primož Kalan
VisArt studio
Kvants-VisArt d.o.o.
Koprska ulica 94, 1000 Ljubljana
T: 01/257 67 41

TRŽENJE / MARKETING

Zdravniška zbornica Slovenije
Dunajska cesta 162, p. p. 1630,
1001 Ljubljana
T: 01/ 30 72 152, F: 01/ 30 72 109
E: isis@zss-mcs.si

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, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana

Navodila avtorjem

Rok oddaje vseh prispevkov za objavo v reviji Isis je do 5. v mesecu za naslednji mesec. Članke oddajte v elektronski obliki. Dolžina člankov je omejena na 30.000 znakov – štetje brez presledkov (velikost 12 pt, oblika pisave times new roman).

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

Če uporabljate kratice, ki niso splošno znane, jih je treba pri prvi navedbi razložiti. Prosimo, da se izogibate tujejezičnim besedam in besednim vezvam. Če ni mogoče najti slovenske ustreznice, morate tujo besedo ali besedno zvezo, ko jo uvedete v besedilo, razložiti.

Če ste članek napisali po naročilu farmacevtskega podjetja ali če v članku obravnavate farmacevtske izdelke, morate navesti konflikt interesov.

Ker izbrane prispevke honoriramo, pripišite polni naslov stalnega bivališča, davčno številko, davčno izpostavo, popolno številko transakcijskega računa in ime banke.

Poročila s strokovnih srečanj

Dolžina prispevka je omejena na največ 10.000 znakov (štetje brez presledkov). Priložite lahko eno fotografijo, v tem primeru ima prispevek lahko največ 9000 znakov. Če gre za srečanja z mednarodno udeležbo, mora poročilo vsebovati oceno obravnavanega področja medicine v Sloveniji. Prosimo, da v poročilu povzamete bistvo obravnavane tematike in se ne zaustavljate preveč pri imenih predavateljev, ki za večino bralcev niso sporočilna.

Na koncu prispevka lahko navedete imena pravnih ali fizičnih oseb, ki so kakor koli prispevale, da ste se lahko udeležili srečanja (uredništvo si pridržuje pravico, da imena objavi v enotni obliki). Zahval sponzorjem ne bomo objavili.

Nekrologi

V vsaki številki bomo objavili največ dva nekrologa. Dolžina nekrologa je omejena na eno stran, torej 5000 znakov (štetje brez presledkov). Priložite lahko eno fotografijo; v tem primeru ima prispevek lahko največ 4000 znakov.

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. 8,5-odstotni davek na dodano vrednost je vračunan v ceni. Poštnina je plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

ISIS

Sporočilo bralcem

Literatura je na voljo pri avtorjih.

Sodelovali

Prim. prof. dr. Marjan Bilban, dr. med., Zavod za varstvo pri delu, d. d. • **Prim. prof. dr. Elko Borko**, dr. med., Maribor • **Prof. dr. Viljem Brumec**, dr. med., Maribor • **Ante Burmas**, dr. med., specializant v mariborski regiji • **Izr. prof. dr. Milan Čizman**, dr. med., Nacionalna komisija za smiselno rabo protimikrobnih zdravil • **Prof. dr. Tanja Čufer**, dr. med., Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo • **Doc. dr. Leja Dolenc Grošelj**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Nevrološka klinika • **Nina Fokter**, študentka medicine • **Prof. dr. Eldar M. Gadžijev**, dr. med., Zdravniška zbornica Slovenije • **Emina Hajdinjak**, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, Center za NMP • **Cirila Hlastan Ribič** • **Prof. dr. Radovan Hojs**, dr. med., višji svetnik, Zdravniška zbornica Slovenije • **Asist. dr. Matjaž Homan**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Pediatrična klinika • **Evgen Janet**, dr. med., Zavod za zdravstveno varstvo Ravne na Koroškem • **Nadja Jarc**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Kirurška klinika • **Doc. dr. Irena Klavs**, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja RS • **Prof. dr. Boris Klun**, dr. med., Ljubljana • **Izr. prof. dr. Radko Komadina**, dr. med., svetnik, Ambasador BJD in nacionalni koordinator BJD • **Akad. prof. dr. Marjan Kordaš**, dr. med., Ljubljana • **Prof. dr. Srečko Koren**, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani • **Prim. izr. prof. Pavle Kornhauser**, dr. med., Ljubljana • **Doc. dr. Matej Kravos**, dr. med., Zasebna psihiatrična ordinacija dr. Matej Kravos, dr. med., • **Asist. mag. Mateja Lopuh**, dr. med., SB Jesenice • **Darja Lovšin**, Zavod za izobraževanje o diabetesu • **Asist. Urška Lunder**, dr. med., Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo • **Sabina Markoli**, dr. dent. med., Zdravniška zbornica Slovenije • **Mag. Nina Mazi**, dr. med., Ljubljana • **Asist. Živa Mrevlje**, dr. med. • **Prof. dr. Živa Novak Antolič**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Ginekološka klinika • **Občina Prebold** • **Andrejka Omerzel Topalovič**, dr. dent. med., Omerzel-Topalovič, Andreja, Zasebna

zobna ambulanta • **Tatjana Pavlin**, dr. med., SB Novo mesto • **Irena Piltaver Vajdec**, dr. med., SB Slovenj Gradec • **Prim. asist. Gregor Pivec**, dr. med., Univerzitetni klinični center Maribor • **Gregor Poglajen**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana • **Prof. dr. Mario Poljak**, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo • **Prim. Marjeta Potočnik**, dr. med., Zavod RS za transfuzijsko medicino • **Doc. dr. Irena Preložnik Zupan**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Interna klinika • **Špela Rabzelj** • **Mag. Mirjana Rajer**, dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana • **Nives Ramač** • **Andrej Rant**, dr. dent. med., Ljubljana • **Aleš Rode** • **Mag. Nada Rotovnik Kozjek**, dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana • **Prof. dr. Tomaž Rott**, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani • **Prim. Marjeta Sedmak**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Pediatrična klinika • **Asist. Zoran Simonović**, dr. med., Zavod za zdravstveno varstvo Maribor • **Prim. doc. dr. Marjan Skalicky**, dr. med., Univerzitetni klinični center Maribor • **Marko Slavec**, Kranj • **Prim. asist. mag. Mirjana Stantič Pavlinič**, dr. med., Ljubljana • **Mag. Zdenka Tičar**, Ministrstvo za zdravje • **Prof. dr. Janez Tomazič**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja • **Klara Tostovršnik** • **Akad. prof. dr. Jože Trontelj**, dr. med., Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko • **Dr. Alenka Trop Skaza**, dr. med., Zavod za zdravstveno varstvo Celje • **Helena Turk**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana • **Asist. mag. Rajko Vajd**, dr. med., Zdravstveni dom Ljubljana • **Marko Vavpotič**, dr. dent. med., Zdravstveni dom Ljubljana, Enota ZD Šiška • **David Vrhovec** • **Prim. dr. Velimir Vulikić**, dr. med., Domžale • **Doc. dr. Lijana Zaletel Kragelj**, dr. med., Inštitut za socialno medicino, MF Ljubljana • **Branka Založnik** • **Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec**, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut za zgodovino medicine • **Asist. mag. Miloš Židanik**, dr. med., Zdravstveni zavod Vaše zdravje



Spoštovani zdravnice in zobozdravnice, zdravniki in zobozdravniki!

Zdravniki/zobozdravniki delamo z bolniki. Delo je naporno in odgovorno, saj bolniki od nas pričakujejo nezmotljivost, čas in zdravje. Smo strokovnjaki, a vsak za svoje področje. Včasih se znajdemo v stiski, ki je sami ne zmoremo razrešiti in potrebujemo pomoč, nasvet, poslušalca.

V STISKI NISI SAM!

Z veseljem Vas obveščamo, da je Zdravniška zbornica Slovenije v sodelovanju s prostovoljci (zdravniki in zobozdravniki) sestavila skupino za pomoč zdravnikom in zobozdravnikom ter njihovim svojcem v stiski.

Vam in vašim svojcem bomo
ANONIMNO nudili pomoč v težavah in
pomagali pri iskanju ustreznih rešitev!

Pokličite nas na
ANONIMNO telefonsko številko:

01 307 2222

vsak ponedeljek in četrtek
od 15. do 16. ure.

Iz dela zbornice

Domus Medica

V slovenski zdravniški hiši Domus Medica na Dunajski cesti 162 v Ljubljani delo poteka s polno paro. Tako v njej poleg Zdravniške zbornice Slovenije že domujeta tudi zdravniški sindikat Fides in Štrokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije. Svoje prostore pa je prevzelo tudi Slovensko zdravniško društvo.

Domus Medica tako resnično postaja skupna hiša slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov z vsemi vsebinami, ki jih slovensko zdravništvo potrebuje in si jih tudi zasluži. Veseli in ponosni smo, da je objekt zaživel kot prava zdravniška hiša v vsej svoji obliki in vsebini v duhu tradicije svetovnega zdravništva, ki je v lokalnem okolju prepoznano tudi s prepoznavnim objektom.

Predvsem pa objekt Domus Medica omogoča nemoteno delovanje zdravniških organizacij in njihovih strokovnih služb na eni lokaciji, članstvu zagotavlja aktivnejše delovanje v različnih odborih ter izobraževanje v lastnih prostorih, omogoča pa tudi organiziranje številnih stanovskih, izobraževalnih in kulturnih dogodkov. Kar nekaj jih je že vnešeno v program za letošnje in prihodnje leto.

Zdravniška zbornica Slovenije sprejela ustrezne ukrepe za odpravo ugotovljenih pomanjkljivosti

Inšpektorat za javno upravo je v zapisniku o kontroli izvedenih ukrepov, ki so bili Zdravniški zbornici Slovenije naloženi po opravljenem inšpekcijskem nadzoru 26. in 29. marca 2010, ter po prejetih listinskih dokazilih o odpravljenih nepravilnostih ugotovil, da je Zdravniška zbornica Slovenije sprejela ustrezne ukrepe za njihovo odpravo. S

tem je, kot izhaja iz zapisnika, postopek upravnega inšpekcijskega nadzora pri Zdravniški zbornici Slovenije zaključen.

Upravni inšpektorji so po opravljenem inšpekcijskem nadzoru predsednici Zdravniške zbornice Slovenije naložili, da sprejme ustrezne ukrepe za odpravo ugotovljenih nepravilnosti in o sprejetih ukrepih do 15. septembra 2010 obvesti Inšpektorat za javno upravo. Kot so zapisali v zapisniku, je predsednica zbornice Inšpektorat za javno upravo obvestila o sprejetih ukrepih za odpravo ugotovljenih nepravilnosti, zato je postopek inšpekcijskega nadzora pri Zdravniški zbornici Slovenije zaključen.

Zdravniška zbornica Slovenije je namreč takoj po prejemu inšpekcijskega zapisnika odgovorno pristopila k odpravi ugotovljenih pomanjkljivosti in izvedbi naloženih ukrepov. Izvršilni odbor in strokovna služba sta vložila maksimalen napor ter izvedla vse naložene ukrepe, z rezultati katerih so bili zadovoljni tudi upravni inšpektorji.

Izvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije o pravilnikih s področja zdravstva

Izvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije je na svoji 21. seji obravnaval in sprejel predloge pravilnikov s področja specializacij, licenc in zdravniškega registra. Te bo obravnaval še skupščinski svet, nato pa bodo uvrščeni na dnevni red decembrske seje skupščine zbornice.

Pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov, Pravilnik o registru zdravnikov in Pravilnik o zdravniških licencah so dopolnjeni, usklajeni z veljavno zakonodajo, prinesli pa bodo tudi nekatere vsebinske novosti. Z njimi vas bomo podrobno seznanili po njihovem sprejemu na skupščini in vas nanje tudi opozorili.

Skupščina Zdravniške zbornice

Slovenije bo v četrtek, 16. decembra 2010, ob 15. uri v Modri dvorani Domus Medica. Poleg pravilnikov naj bi poslanke in poslanci obravnavali še spremembe statuta, ki vključujejo tudi ustanovitev Komisije za upokojene zdravnike, ter predlog za diferencirano članarino za upokojene zdravnike. Ta skupščina bo v uvodu slavnostna, saj bomo podelili tudi odličja Zdravniške zbornice Slovenije.

Izvršilni odbor je obravnaval tudi predlog Pravilnika o organizaciji neprekinjenega zdravstvenega varstva, ki so ga pripravili na Ministrstvu za zdravje. Z njegovo vsebino se je predhodno podrobno seznanila že komisija za nujno medicinsko pomoč pri zbornici ter zaradi številnih utemeljenih pripomb in neuskkljenosti menila, da pravilnik ni primeren za sprejem ter je potreben celovite prenove. Stališče komisije je podkrepila tudi pravna služba zbornice, oboje pa je potrdil še izvršilni odbor. Gradivo smo posredovali Ministrstvu za zdravje s pobudo, da pri pripravi novega dokumenta tvorno sodelujemo.

Splošni dogovor za pogodbeno leto 2011

Pogodbeni partnerji (Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije) so se dogovorili glede predloga Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2011.

Partnerji soglašajo, da je besedilo Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2011 enako Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2010, vključno s sprejetimi aneksi k temu dogovoru, s tem da se črtajo določbe 5. in 6. odstavka 25. člena (dodatna sredstva za boljše vrednotenje že dogovorjenih programov (sprememba standarda urologije, sprememba standarda dermatologije)

ter dodatna sredstva za nujne širitve programov oziroma uvajanje novih terapij pri zdravljenju). Smiselno se spremenijo tudi datumi Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2010. Tako spremenjeni splošni dogovor 2010 postane splošni dogovor za pogodbeno leto 2011.

Na podlagi Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2011 Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije z izvajalci ne bo sklepal novih pogodb. Pogodbe, sklenjene med ZZZS in izvajalci na podlagi Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2010, ostanejo še naprej v veljavi.

V treh mesecih od začetka veljavnosti Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2011 ZZZS objavi razpis za izvajalce, ki z njim še nimajo sklenjene pogodbe. Z izvajalci, ki bodo izpolnjevali razpisne pogoje, bo ZZZS sklenil pogodbo z veljavnostjo od 1. junija 2011 dalje. Pogodbe z lekarnami bodo stopile v veljavo z dnem, ko bodo le-te izpolnjevale vse pogoje za delovanje.

Splošni dogovor za pogodbeno leto 2011 velja od dneva, ko ga podpišejo vsi partnerji, uporablja pa se od 1. aprila 2011 dalje in velja do začetka uporabe novega dogovora, dogovorjenega oziroma določenega na podlagi 63. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Pasti objave podatkov v evropskem poslovnem registru

Članice in člane Zdravniške zbornice Slovenije ponovno opozarjamo na posebno previdnost pri podpisovanju obrazcev, ki jih te dni na naslove nekaterih slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov pošilja podjetje **EU Business register iz Madrida**. Slednje namreč vabi k vpisu v poseben evropski poslovni register, objavljen na spletni strani www.eubusinessregister.com.

Gre za podoben sistem spornega trženja kot v primerih, na katere smo vas v preteklih letih že opozarjali. Članice

in člane tako opozarjamo, da pred podpisom obrazca natančno preberejo drobn tisk. Z njegovim podpisom se namreč zavežete, da boste proti plačilu svoje podatke v registru objavljali najmanj tri leta oziroma do preklica. Obveznost letnega plačila znaša 995 evrov.

V primeru nejasnosti ali dodatnih vprašanj se lahko obrnete tudi na pravno službo Zdravniške zbornice Slovenije.

Specialistični nazivi na podlagi dela

Dr. **Andrej Baraga**, dr. med., specialist splošne kirurgije, je na podlagi dela pridobil naziv specialist travmatologije

Asist. **Ilona Berčič**, dr. med., specialistka anesteziologije in reanimatologije, je na podlagi dela pridobila naziv specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine

Prim. prof. dr. **Andrej Bren**, dr. med., v. svet., specialist interne medicine, je na podlagi dela pridobil naziv specialist nefrologije

Prim. **Anamarija Brezigar**, dr. med., specialistka pediatrije, je na podlagi dela pridobila naziv specialistka klinične genetike

Prof. dr. **Tanja Čufer**, dr. med., specialistka interne medicine, je na podlagi dela pridobila naziv specialistka internistične onkologije

Asist. dr. **Janez Eržen**, dr. med., specialist splošne kirurgije, je na podlagi dela pridobil naziv specialist torakalne kirurgije

Lucija Gabršček, dr. med., specialistka interne medicine, je na podlagi dela pridobila naziv specialistka intenzivne medicine

Prof. dr. **Borut Geršak**, dr. med., v. svet., specialist splošne kirurgije, je na podlagi dela pridobil naziv specialist kardiovaskularne kirurgije

Boštjan Gorjup, dr. med., specialist interne medicine, je na podlagi dela pridobil naziv specialist gastroenterologije

Prim. dr. **Vojka Gorjup**, dr. med., specialistka interne medicine, je na podlagi dela pridobila naziv specialistka intenzivne medicine

Franc Gregorčič, dr. med., specialist splošne kirurgije, je na podlagi dela pridobil naziv specialist kardiovaskularne kirurgije

Prim. izr. prof. dr. **Štefek Grmec**, dr. med., specialist splošne medicine, je na podlagi dela pridobil naziv specialist urgentne medicine

Doc. dr. **Štefan Grosek**, dr. med., specialist pediatrije, je na podlagi dela pridobil naziv specialist intenzivne medicine

Mag. **Anja Jazbec**, dr. med., specialistka interne medicine, je na podlagi dela pridobila naziv specialistka intenzivne medicine

Prim. **Rafael Kapš**, dr. med., specialist interne medicine, je na podlagi dela pridobil naziv specialist intenzivne medicine

Asist. **Primož Karner**, dr. med., specialist infektologije, je na podlagi dela pridobil naziv specialist intenzivne medicine

Prim. asist. **Darinka Klančar**, dr. med., specialistka splošne medicine, je na podlagi dela pridobila naziv specialistka družinske medicine

Izr. prof. dr. **Tomislav Klokočovnik**, dr. med., specialist splošne kirurgije, je na podlagi dela pridobil naziv specialist kardiovaskularne kirurgije

Prim. izr. prof. dr. **Marko Kolšek**, dr. med., specialist splošne medicine, je na podlagi dela pridobil naziv specialist družinske medicine

Izr. prof. dr. **Mitja Košnik**, dr. med., v. svet., specialist interne medicine, je na podlagi dela pridobil naziv specialist pnevmologije

Izr. prof. dr. **Radoslav Kveder**, dr. med., specialist interne medicine, je na podlagi dela pridobil naziv specialist nefrologije

Asist. **Robert Lipovec**, dr. med., specialist splošne kirurgije, je na podlagi dela pridobil naziv specialist kardiovaskularne kirurgije

Prim. asist. dr. **Dušan Logar**, dr. med., specialist interne medicine, je na podlagi dela pridobil naziv specialist revmatologije

Asist. **Robert Marčun**, dr. med., specialist interne medicine, je na podlagi dela pridobil naziv specialist pnevmologije

Prof. dr. **Črt Marinček**, dr. med., v. svet., specialist fizikalne medicine in rehabilitacije, je na podlagi dela pridobil naziv specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine

Izr. prof. dr. **Aleksandra Markovič Predan**, dr. med., v. svet., specialistka interne medicine, je na podlagi dela pridobila naziv specialistka gastroenterologije

Prof. dr. **David Neubauer**, dr. med., v. svet., specialist pediatrije, je na podlagi dela pridobil naziv specialist otroške nevrologije

Prof. dr. **Marko Noč**, dr. med., specialist interne medicine, je na podlagi dela pridobil naziv specialist intenzivne medicine

Izr. prof. dr. **Vesna Novak Jankovič**, dr. med., specialistka anesteziologije in reanimatologije, je na podlagi dela pridobila naziv specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine

Katarina Osolnik, dr. med., specialistka interne medicine, je na podlagi dela pridobila naziv specialistka pnevmologije

Branka Ožek, dr. med., specialistka interne medicine, je na podlagi dela pridobila naziv specialistka intenzivne medicine

Asist. mag. **Bojana Pajk**, dr. med., specialistka interne medicine, je na podlagi dela pridobila naziv specialistka internistične onkologije

Vesna Papuga, dr. med., specialistka anesteziologije in reanimatologije, je na podlagi dela pridobila naziv specialistka intenzivne medicine

Asist. dr. **Roman Parežnik**, dr. med., specialist interne medicine, je na podlagi dela pridobil naziv specialist intenzivne medicine

Prof. dr. **Borut Peterlin**, dr. med., svet., specialist nevrologije, je na podlagi dela pridobil naziv specialist klinične genetike

Izr. prof. dr. **Matej Podbregar**, dr. med., specialist interne medicine, je na podlagi dela pridobil naziv specialist intenzivne medicine

Prim. **Marjeta Potočnik**, dr. med., specialistka transfuziologije, je na podlagi dela pridobila naziv specialistka transfuzijske medicine

Prim. **Jože Pretnar**, dr. med., specialist interne medicine, je na podlagi dela pridobil naziv specialist hematologije

Izr. prof. dr. **Maja Primic Žakelj**, dr. med., specialistka epidemiologije, je na podlagi dela pridobila naziv specialistka javnega zdravja

Tomaz Randl, dr. med., specialist splošne kirurgije, je na podlagi dela pridobil naziv specialist travmatologije

Izr. prof. dr. **Dušan Štajer**, dr. med., specialist interne medicine, je na podlagi dela pridobil naziv specialist intenzivne medicine

Mag. **Simona Šteblaj**, dr. med., specialistka anesteziologije in reanimatologije, je na podlagi dela pridobila naziv specialistka intenzivne medicine

Prim. mag. **Viktor Švigelj**, dr. med., specialist nevrologije, je na podlagi dela pridobil naziv specialist intenzivne medicine

Izr. prof. dr. **Matija Tomšič**, dr. med., specialist interne medicine, je na podlagi dela pridobil naziv specialist revmatologije

Izr. prof. dr. **Martin Tonin**, dr. med., svet., specialist splošne kirurgije, je na podlagi dela pridobil naziv specialist travmatologije

Prim. **Nadja Triller**, dr. med., specialistka interne medicine, je na podlagi dela pridobila naziv specialistka pnevmologije

Prim. asist. **Ksenija Tušek Bunc**, dr. med., specialistka splošne medicine, je na podlagi dela pridobila naziv specialistka družinske medicine

Asist. mag. **Bojan Veingerl**, dr. med., specialist splošne kirurgije, je na podlagi dela pridobil naziv specialist torakalne kirurgije

Izr. prof. dr. **Matjaž Veselko**, dr. med., specialist splošne kirurgije, je na podlagi dela pridobil naziv specialist travmatologije

Jelena Vilman, dr. med., specialistka anesteziologije in reanimatologije, je na podlagi dela pridobila naziv specialistka urgentne medicine

Prim. doc. dr. **Gorazd Voga**, dr. med., specialist interne medicine, je na podlagi dela pridobil naziv specialist intenzivne medicine

Doc. dr. **Samo Zver**, dr. med., specialist interne medicine, je na podlagi dela pridobil naziv specialist hematologije

Prim. **Andrej Žmavc**, dr. med., specialist splošne medicine, je na podlagi dela pridobil naziv specialist urgentne medicine

Čestitamo!

Opravljene specialistični izpiti

Jasna Černelič, dr. med., specialistka radiologije, izpit opravila s pohvalo 27. 10. 2010

asist. dr. **Barbara Gnidovec Stražišar**, dr. med., specialistka otroške nevrologije, izpit opravila 5. 10. 2010

Matevž Jan, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil s pohvalo 28. 10. 2010

dr. **Mateja Kaja Ježovnik**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 22. 10. 2010

mag. **Luka Kopač**, dr. med., specialist pediatrije, izpit opravil 22. 10. 2010

Andrej Kunstelj, dr. med., specialist splošne kirurgije, izpit opravil s pohvalo 14. 10. 2010

Dušanka Lepej, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila s pohvalo 28. 10. 2010

asist. dr. **Maja Pakiž**, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, izpit opravila s pohvalo 21. 10. 2010

Janez Poklukar, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil s pohvalo 21. 10. 2010

Tatjana Prokšelj, dr. med., specialistka psihiatrije, izpit opravila s pohvalo 21. 10. 2010

Žiga Rotar, dr. med., specialist revmatologije, izpit opravil s pohvalo 22. 10. 2010

Rushit Salihi, dr. med., specialist pediatrije, izpit opravil 14. 10. 2010

Janja Šmid, dr. med., specialistka dermatovenerologije, izpit opravila s pohvalo 13. 10. 2010

Jure Urbančič, dr. med., specialist otorinolaringologije, izpit opravil s pohvalo 12. 10. 2010

Čestitamo!

AMBOSS¹: Učinkovita pomoč za štajerske zdravnice in zdravnike

V zadnjih letih se je izjemno povečal pritisk na zdravnice in zdravnike. Zdravniška zbornica je kot zastopnica poklica na to opozarjala že ves čas. V glave pacientk in pacientov ter oblikovalcev javnega mnenja pa to dejstvo žal še ni dospelo. Še vedno je preveč navzoča slika suverena, pa tudi privilegirana zdravnika.

Z zdravniškim ombudsmanskim mestom »AMBOSS«, ki smo ga zdaj povzdignili s krstom, poskušamo kreniti po poti, ki bo usmerjena v reševanje brez spektakularnosti, a učinkovito. Trpinčenje na delovnem mestu (*mobbing*) in izgorelost (*burn-out*) pomenita še vedno nekaj kot osebni madež. Zabresti v spopad s pacientko ali s pacientom in ga ne rešiti dojemamo ali kot slabost ali pa nastane resnično velikanski problem. Morda kot sodni postopek, ki pa ni v nikakršnem sorazmerju s povodom.

AMBOSS je mesto, ki je zunaj institucionalnih poti. Lahko deluje celo preventivno, vsekakor pa deluje v zgodnjih fazah in preden se začne eskalacija.

Dejstva in podatki:

- Število primerov izgorelosti se je v zadnjih letih značilno povečalo.
- Vse bolj povečano obremenitev zdravnic in zdravnikov v bolnišnicah je mogoče objektivizirati.
- Po podatkih pravnikov je v sodnih postopkih vse več za zdravnice in zdravnike neugodnih sodb. Ob tem pa se razmere, v katerih poteka zdravljenje, vse bolj potiska v ozadje.

Vir: Aerzte Steiermark, oktober 2010

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

¹ AMBOSS (nem.: nakovalo): *Anti-Mobbing-Burn-Out-Supervision-Stelle für Medizinerinnen und Mediziner*; Supervizijsko mesto za medicinke in medicince proti trpinčenju na delovnem mestu in sindromu izgorelosti.

V Nemčiji zdravila mnogo dražja

Zdravila so v Nemčiji deloma več kot 500 odstotkov dražja kot v drugih evropskih deželah. Če bi bile tablete, mazila in infuzije tako poceni kot npr. v Švedski, bi lahko bolniške blagajne prihranile do 9 milijard evrov na leto – skoraj eno tretjino dosedanjih stroškov. Minister za zdravje Philipp Rössler zdaj načrtuje prvič nekakšen pokrov za stroške za novodobna zdravila, katerih cene lahko samostojno določa farmacevtska industrija.

To so nova, s patenti zaščitena zdravila proti hipertenziji, diabetesu, raku ali proti drugim hudim boleznim. Cene teh zdravil prispevajo kar 80 odstotkov prirastka k izdatkom. Med njimi je 50 generikov, ki so v povprečju za 98 odstotkov dražji kot ustreznna zdravila v Švedski.

Vir: Österreichische Ärztezeitung, št. 19, 10. oktober 2010

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Z analgetiki do zmage

Približno ena tretjina vseh ljubiteljskih športnikov (*Hobby-sportler*) uporablja – če hočejo prekoračiti meje svoje fizične zmogljivosti – protibolečinska sredstva in analgetike, ki so v prosti prodaji.

Gerhard Postl, pooblaščenec za antidoping pri Avstrijski družbi za športno medicino in preventivo, meni, da je nujno razlikovati sredstva za doping (npr. eritropetin in anaboliki) od zlorabe zdravil. Snovi za doping se uporabljajo predvsem v območju športov moči, medtem ko gre pri vztrajnostnih športih za zlorabo zdravil. Razmeroma malo (točna številka je neugotovljiva) je tistih vztrajnostnih športnikov, ki uporabljajo doping. Slednji je namreč razmeroma drag. Npr. tritedenska kura z eritropetinom stane približno od 4000 do 5000 evrov. Nasprotno pa ima zloraba zdravil večji pomen. Gre za zdravila, ki so na voljo brez

recepta v lekarni ali pri osebnem zdravniku. Teh zdravil ni na dopiškem seznamu, torej niso prepovedana tudi v vrhunskem športu (npr. aspirin, antirevmatiki kot voltaren ali ibuprofen).

Gerhard Postl meni, da pri človeku ni vračunano, da bi ure in ure kolesaril ali da bi tekkel na stotine kilometrov. Vztrajnostni športniki uporabljajo sredstva proti bolečini zato, da zatrejo bolečino, ki pa je varovalo pred preobremenitvijo telesa. Zaviranje bolečine je posreden (indirekten) doping. Pri poškodbi je nujno prenehati trenirati.

Športnikov »na moč« pa analgetiki ne zanimajo. Po neki nemški raziskavi o porabi anabolikov v centrih za fitnes uživa anabolike od 20 do 25 odstotkov vseh športnikov »na moč« – približno en milijon ljudi. Razmerje je 3 : 1 do 4 : 1 v prid moškimi. Največ

je 20- do 40-letnikov, ki z anaboliki poskušajo čim uspešnejši trening. Športniki se verjetno zavedajo morebitnih stranskih posledic, fanatiki pa se na to seveda požvižgajo. Nekateri menijo, da stranskih učinkov sploh ni.

Če koga muči hud hemorični gastritis in je znano, da je športnik, ga velja povprašati, ali jemlje sredstva proti bolečinam. In pri športnih poškodbah se sme sredstvo proti bolečinam jemati le tako dolgo, dokler obstoji bolečina.

Vir: Österreichische Ärztezeitung, št. 19, 10. oktober 2010

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Premalo zdravnikov – bo šlo zdaj zares?

Od začetka oktobra v mestu Perg na področju splošne medicine ordinira en zdravnik manj. Na to mesto, razpisano dvakrat, se ni prijavil noben zdravnik.

»Področne bolniške blagajne ter Zdravniška zbornica Zgornje Avstrije se vse bolj soočajo s problemi zasedbe zdravniških mest,« meni za to področje pristojen mag. Martin Keplinger. Dr. Peter Niedermoser, predsednik zbornice, meni, da »moramo ukreniti vse, da preprečimo grozeče pomanjkanje zdravnikov«.

Približno 1/4 vseh specialistov je starejših od 50 let, zato bi lahko nastali problemi na področju anesteziologije, interne medicine in kirurgije. V zgornjeavstrijskem zdravništvu je trenutno skupaj 1351 aktivnih zdravnikov, ki so rojeni med leti 1956 in 1962. V primerjavi je le 1040 tistih, ki so dvajset let mlajši. Računati je treba, da se bo po letu 2016 letno upokojilo do 200 zdravnikov.

Vir: OÖ Ärzte, št. 244, oktober 2010

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Simpozij o kulturi napak

Ni mogoče zahtevati perfekcionizma

Prek kulture o dolžnosti zdravnika, da poroča pacientu (*Rechenschaftspflicht*), v medicini nastaja neverjeten birokratski aparat s perspektivo, da ima pacient pravico zahtevati perfekcionizem (zdravnika; op. prev.). Da ni tako, bodo dokazali strokovnjaki na interdisciplinarnem simpoziju, ki bo potekal 19. in 20. novembra na Dunaju. **Organiziral ga bo Inštitut za medicinsko antropologijo in bioetiko** skupaj z Avstrijsko zdravniško zbornico ter različnimi zavarovalnicami pod naslovom **Kultura napak v medicini**.

Markus Schwarz, nekdanji ekonomski direktor Christian-Doppler-Klinik in vodja Public Health Institute PMU (*Paracelsus Medizinische Privatuniversität*) Salzburg bo poročal o ravnotežju v menedžmentu napak.

»Po eni strani imamo čaščenje napak, ko se na napake gleda pozitivno, ker se pač tako lahko mnogo naučimo. Po drugi strani pa gre za preprečevanje prek določenih struktur.« Gre predvsem za ozračje znotraj tima in v ustanovi. Napak torej ne smemo obesiti na posameznika, temveč jih obravnavati znotraj širšega konteksta. Napaka je praviloma napaka vedenja več posameznikov.

Strokovnjaki menijo, da pride do napake pogosto zaradi komunikacijskih struktur. Standardne floskule z utečenim izrazjem imajo v kulturi napak le majhen pomen. Temeljni cilj je razviti stališče, da napaka ni krivda posameznika, temveč dogodek, ki bi se mu skupinsko lahko izognili.



Univ. prof. Clemens Sedmak, vodja Centra za etiko in raziskovanje revščine (*Zentrum für Ethik und Armutsforschung*), bo v predavanju *Osebná krivda in etične perspektive* obdelal pojem odgovornosti. V javnem življenju skoraj ni več kulture odgovornosti in to se je med gospodarsko krizo še poglobilo. »Prek t. i. *culture of accountability* – se pravi prek kulture dolžnosti zdravnika, da poroča pacientu (*Rechenschaftspflichtigkeit*), nastaja neverjeten birokratski aparat. Ta način razmišljanja ukrepa s perspektivo, da stranke (pacienti) lahko zahtevajo perfekcionizem. Pogodbeni temelji se uravnajo kar najbolj natančno, zaradi česar se minimizira odgovornost: namreč, oceniti in presojsati samega sebe.« V javnosti tudi ni ustreznih vzorov za odgovornost. Politik odstopi, menedžerja odstavi; v tem primeru ni nobenega resnega osebnege tveganja. V svojem predavanju se bo prof. Sedmak

ukvarjal tudi s pojmom krivde. »Pojem krivde vsebuje še vedno neko moralno-religijsko sestavino in se asociira z grehom in spovedjo.« »V zahodni svet je ideja o osebni krivdi prineslo krščanstvo. Tega kot miselne kategorije v grško-rimski filozofiji (še) ni bilo.« Pojem o krivdi se utegne sprevreči v pojem o *plačljivi krivdi*.

»V naši krivdno usmerjeni družbi zadeve delujejo takole: če vozim prehitro, plačam kazen in zadeva je opravljena. Če pa nekdo svoj lasten spodrsrlaj dojame resno, se ga ne bo mogel znebiti tako lahkotno. Ljudje, ki delajo napake, pogosto ne dopustijo, da bi se iz napak tudi nečesa naučili.«

Vir: Österreichische Ärztezeitung, št. 20, 25. oktober 2010

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Slovenija: manjka 2000 zdravnikov

Zaradi kroničnega pomanjkanja zdravnikov hoče vlada znižati birokratske ovire za zamejske medicince. Slednji so doslej morali opravljati dolgotrajne in drage dodatne izpite, preden so lahko začeli delati. Nostrifikacijski postopki trajajo dve leti in stanejo 3000 evrov. Minister za zdravje Dorijan Marušič zdaj najavlja, da bo izdal prehodne licence, tako da bodo privabljeni medicinci (*angeworbene Mediziner*) lahko začeli delati takoj. Po preračunih Zdravniške zbornice v Sloveniji primanjkuje 2000 zdravnikov, vlada pa omenja 500 zdravnikov. Zaradi geografske in jezikovne bližine si Slovenija prizadeva privabiti predvsem zdravnike iz bivše Jugoslavije (*Ex-Jugoslawien*).

Vir: Österreichische Ärztezeitung, št. 20, 25. oktober 2010

Prevod: Marjan Kordaš

Komentar prevajalca:

Minister za zdravje bo verjetno ne prej, temveč žal poslej prebral zgodbo o svojem (skoraj) soimenjaku, *Slika Dorianá Graya*, znamenito novelo Oscarja Wilda. Predlog za t. i. *Schnellsiederkurs* bo hudo vplival na ministrsko sliko; pač spominja na revolucionaren ukrep leta 1945 v neki slovenski(!) valilnici: produkcijo piščancev povečati preprosto tako, da se poveča valilna temperatura ... O neizvaljenih piščancih ter o (premalo) skuhanih jajcih takrat, leta 1945, – razen menda *Pavolibe* – časopisje seveda ni poročalo. Prepričan sem pa, da bo slovensko časopisje prav kmalu poročalo o prehitro skuhanih zdravnikih ter posledično izmaličenem obličju kuharja!!

Nobenih obraznih tančic na Medicinski univerzi v Gradcu

Smernica za nosilke obrazne tančice, ki študirajo medicino v Gradcu, je jasna: študentke lahko svoj obraz s tančico zakrivajo na predavanjih, pri izpitih, obveznih seminarjih in delu s pacienti (*bei der patientennahen Ausbildung*) pa uporaba obrazne tančice ni dovoljena. Vicerektor prof. dr. G. Reibnegger je poudaril, da ta smernica nima verskega ozadja; na Medicinski univerzi Gradec je trenutno le nekaj posameznic z obrazno

tančico. S tančico zakritega obraza ni mogoče dovoliti zato, ker ne omogoča jasne identifikacije na izpitih. Tudi na področjih, kjer študentke delajo s pacienti, je kontakt prek »obraza z obrazom« nekaj nujnega.

Vir: Österreichische Ärztezeitung, št. 20, 25. oktober 2010

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Brioni, malarija in medicina

Brioni so bili naseljeni že v antiki, so pa kasneje, v 18. in 19. stoletju, zaradi epidemij kuge in stalno prisotne malarije, ostali opustošeni in nenaseljeni. Ko je bil sredi devetnajstega stoletja Pulj izbran za poveljstvo avstro-ogrške mornarice, je otok postal strateško pomemben. Zgrajena je bila velika trdnjava, imenovana po admiralu Tegetthofu, sicer pa je otok še vedno sameval.

Kasneje so se kot posestniki menjavali Italijani, Švicarji in ko ga je slednjič kupil avstrijski industrialec Leopold Kupelwieser, je našel kaj klavno sliko. Otok je bil s plovilom dostopen le ob plimi in še takrat je bilo treba gaziti po mulju, rastlo je nekaj revnih cipres in starih oljk, poleg opustelih zgradb tu in tam je bilo videti le še velike kupe kamenja iz bližnjega kamnoloma. Toda Kupelwieser je bil trdno odločen, da bo otok, če ga je že kupil, tudi uredil. Najel je gozdarja Alojza Čufarja (ki mu je na koncu postavil celo spomenik), kupoval rastline in drevesa v Londonu in Parizu, postavil ozkotirno železnico za odvoz kamenja in izgradnjo pristanišča.

Po štirinajstih letih je bil otok urejen in naj bi postal privlačen za turiste. Ostala pa je težava, malarija. Tudi sam je zbolel. Takrat je slišal za Roberta Kocha. Leta 1900 mu je pisal ter ponudil na razpolago otok za raziskovanje malarije. Koch se je v resnici odzval in prišel naslednje leto, predtem pa poslal dva svoja asistenta Froscha in Elsnerja. Takoj so uvedli kininsko terapijo, »kininizirali« ves otok in že v istem letu niso imeli novih bolnikov. Uvozili so ribico gambuzijo, ki se hrani z ličinkami komarjev, in zalili vse mlake in luže s petrolejem. Koch je dobil spomenik, ki je viden še danes.

Ker je bilo treba dobro stanje ohraniti, je Kupelwieser želel imeti stalnega zdravnika in izbral dr. Otta Lenza, po rodu Dunajčana, ki pa je živel v Berlinu, se ukvarjal s higieno in napisal zanimivo delo »Higiena po medenih tednih«. Ker je imel astmo, se mu je zdela priložnost kot nalašč, moral pa je opraviti še dvomešno izobraževanje v Kochovem inštitutu.

Avstrija ni imela pomembnih obmorskih letoviških mest, z izjemo Opatije, in zato so bili Brioni dobrodošlo odkritje. Dr. Lenz je gradil hotele, bazene, celo take z ogrevano morskovo vodo, uredil živalski vrt in prometne zveze s Puljem (štiri- do petkrat dnevno) ter z nekaterimi jadranskimi pristanišči in še nočni vlak z Dunaja (12 ur). Brioni so postali center evropske aristokratske, kulturne, znanstvene in industrijske elite. Nekateri so prišli na zdravljenje (Richard Strauss, ki ga je tja napolnil njegov dunajski zdravnik

zaradi »revme v križu«), nekateri znani zdravniki pa na oddih, tudi za več mesecev, kot na primer dunajski kirurg Otto Zukerkandel, ki je ob asistenci dr. Lenza operiral absces na vratu (morda karbunkel?) kolega prof. Colmersa, direktorja bolnišnice v Coburgu, in tako je ta absces prišel v zgodovino.

Že zgodaj, leta 1896, sta prišla dva psihiatra, Richard von Kraft-Ebbing in Wilhelm Svetlin. (Slednji, s slovanskim ali slovenskim (?) priimkom, direktor zasebne psihiatrične ustanove na Dunaju, velik antifeminist, je zanimiv, ker ga omenja Hugo Wolf, sam psihični bolnik, ko so ga ponovno hospitalizirali, »samo k Svetlinu ne«.) Leta 1912 je obiskal otok avstrijski prestolonaslednik Franz Ferdinand in se tam sestel z nemškim cesarjem Wilhelmom II.

Po prvi svetovni vojni je Italija z Rapalsko pogodbo dobila med drugim tudi otok. Turistično zanimanje se je zmanjšalo ob ponudbi italijanske riviere. Dr. Lenz je moral prevzeti italijansko državljanstvo, vztrajno pa je nadaljeval delo, ustanovil biološki inštitut in gostil med drugim Georga Bernarda Shawa. Po zadnji vojni je dobil še jugoslovansko državljanstvo, delal v Opatiji in v visoki starosti (87 let) tam umrl. Z Brioni se pa ni smel več ukvarjati, ker so bile tam na vrsti že druge, nekronane glave.

Vir: Liječniške novine, 93, oktober 2010

Prevedel in priredil: Boris Klun

naši zaboravljeni medikusi

Dr. Otto Lenz i suzbijanje malarije na Brijunima (1872-1959)

Ivica Vučelić

* Svet je 27. svibnja obilježio stoto obletnico smrti Roberta Kocha (1843-1910), koji je 1905. dobio Nobelovu nagradu u znak priznanja za otkriće i upoznavanje uzročnika tuberkuloze. U nekrologu objavljenom u „Liječničkom vjesniku“ dr. Ljudevit Gutschy (1874-1962) nazvao je Kocha „besmrtnim dobroćiniteljem čovječanstva“ te „uspješnim krštiteljem ljudskih polasti i bolesti“. Premda to nije izričito napisao, vjerojatno je pri tome mislio i na ono što je Koch postigao na Brijunskom otočju, naseljenome već u antičko doba, ali tijekom 18. i 19. stoljeća gotovo potpuno opuštenom zbog kuge i malarije. Za zaštitu lake Pula, izabrane glavnom lukom austrougarske mornarice nakon što je u tom gradu podignut 1856. Pomorski arsenal, izgrađeno je na Brijunima više utvrda.

Najveća, istodobno među najjačim na Sredozemlju, podignuta je na Velikom Brijunu i nazvana po admiralu Wilhelmu Tegetthofu (1827-1871). Nakon talijanske obitelji Francini bio je posjednik Brijuna od



Dr. Otto Lenz
(Kosa von Luffenberg 1932)

dine i bazen zapremine 200 kubika, punjen vodom iz jezera snagom vjetrobranjče. Vjetrobrnjacom je pogonjena i drobilica kamenja.

1899. pozvan mladi arheolog i konzervator Artur Gröber (1873-1933) koji će 1912. biti imenovan zemaljskim konzervatorom za Istru.

Brijune je među prvima već 1896. posjetio dr. Wilhelm Svetlin, a poslije sveučilišni profesor i Richard v. Krafft-Ebbing (1840-1902) i Heinrich Obersteiner (1847-1922). No želeći izgraditi mondeno ljetovalište morao je Kupelwieser najprije provesti sanaciju. I sam je Kupelwieser najprije provesti sanaciju. I sam je Kupelwieser, pri prvom posjetu Brijunima, obolio od malarije, a Čufar ju je dobio nakon tri godine boravka na otoku. Znaoći da se Koch posvetio suzbijanju malarije i zbog toga putovao 1898. - 1900. u Italiju, južnu Afriku, na Javu i Novu Gvineju, poslao mu je 18. studenoga 1900. pismo i ponudio mu je Brijune za testiranje njegovih zamisli o malariji. Koch je odgovorio povedno i osam dana poslije na Brijune su stigli njegovi suradnici iz Instituta Paul Frosch (1860-1928) i asistent dr. Elsner. Nosač koji im je prenio stvari i nakonbar malog hotela „Brijuni“ bili su prvi u čijoj su krvi dokazali postojanje uzročnika malarije. I sam je Koch, u razdoblju 1901 - 1903. boravio dva puta na Brijunima. Utvrdio je da petina stanovnika (22%) otočja boluje od malarije. Pod njegovim su nadzorom suradnici primjenjivali dotadašnja iskustva u profilaksi malarije kininom. Svi oboljeli (u čijoj je krvi nađen uzročnik) liječeni su jednom kurum kinina. Sustavno provedena kinizacija cjelokupnog stanovništva otočja predstavljala je profilaktičku mjeru kojom je nakon godinu uspješno likotjerjena malarija, do tada smatrana endemskom bolešću tog područja.

Već u prvoj godini akcije 1901-1902. nije bilo novih bolesnika, već samo devet rezistentnih starih bolesnika te petnaest iz vanjskih mjesta zaraženih malarijom. Patiji-

Sestanek SZO o spodbujanju razvoja paliativne oskrbe v evropskih državah

Mateja Lopuh, Zdenka Tičar

V zadnjih septembrskih dneh sva se z mag. Zdenko Tičar z Ministrstva za zdravje na povabilo slovenske podružnice Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) udeležili sestanka SZO v Barceloni, namenjenega širjenju paliativne oskrbe v evropskih državah (Developing Capacity for Palliative Care in the European Region). K sodelovanju je bilo povabljenih osem evropskih držav in predstavniki posameznih španskih pokrajin. To je bil drugi poskus organizacije sestanka, prvič smo se odpravljali že aprila, pa nam je vulkanski prah prekrizal načrte.

Barcelona kot gostiteljica sestanka ni bila izbrana naključno. Razvoj paliativne oskrbe v španski pokrajini Kataloniji je namreč eden bolj uspešnih modelov, ki je, pod okriljem SZO in ob podpori katalonskega ministrstva za zdravje, uvrstil to pokrajino med dežele z največjim številom paliativnih postelj na prebivalca. Prvo analizo potreb po tovrstni oskrbi so opravili leta 1998. Ugotovili so, da 68 odstotkov bolnikov svoje zadnje mesece preživi v bolnišnici in da v njej umre kar 61 odstotkov bolnikov. Samo 39 odstotkov bolnikov umre doma in tretjina teh bolnikov v zadnjih dneh ne obišče noben zdravstveni delavec. Svoja prizadevanja so usmerili v spodbujanje oskrbe na domu, saj je eno izmed načel paliativne oskrbe ravno to, da je dostopna bolniku v njegovem domačem okolju. Organizirali so konziliarno mobilno službo v pomoč izbranim zdravnikom in specialistično paliativno oskrbo v zdravstvenih domovih. Tako se je število napotitev v bolnišnico zmanjšalo na samo 16 odstotkov. Paliativno oskrbo so usmerjali v vse kronične bolezni, ne samo rakava obolenja. Danes je paliativna oskrba dostopna ljudem v 95 odstotkih krajev v Kataloniji. Ob izboljšanju kakovosti življenja teh bolnikov, visokem zadovoljstvu svojcev, ki skrbijo za bolnike na domu, so se stroški zdravstvenega sistema v letu 2005 zmanjšali za osem milijonov evrov.

V katalonskem modelu so prikazani vsi elementi za uspešno uvajanje paliativne oskrbe, ki jih priporoča SZO: ocena potreb, natančna demografska analiza, sistematično izobraževanje, oblikovanje timov

strokovnjakov in stroga kontrola dela. Vzporedno z vsemi koraki pa raziskovanje, usmerjeno v iskanje najbolj ugodnih rešitev za celostno obravnavo bolnika, kot jo predvideva paliativna oskrba.

V skladu s tem modelom sva tako z mag. Tičarjevo dobili domačo nalogo še pred šolsko uro v Barceloni. Izpolniti sva morali obsežen vprašalnik o demografskih značilnostih Slovenije, dosedanjih naporih, vloženih v razvoj paliativne oskrbe, porabi opioidnih zdravil v Sloveniji in navesti tudi, kaj Slovenija pričakuje od SZO. Izpolnjevanje vprašalnika je bilo dokaj zahtevno, saj je bilo treba zbrati podatke, s katerimi se v vsakdanjem delu ne srečujemo pogosto. Ugotovitve, ki so pomembne za načrtovanje paliativne oskrbe v Sloveniji, so predvsem: velik delež prebivalstva nad 65 let, majhna rodnost, ki nas uvršča med starajoče se populacije, velik delež BDP, ki ga namenimo za zdravljenje kroničnih bolezni, visoka incidenca rakavih obolenj in tudi temu primerna umrljivost. Slovenija ima že od leta 2006 izdelan Nacionalni program za paliativno oskrbo, ki ga je vlada letos tudi uradno potrdila. V aprilu letos je bil oblikovan akcijski načrt za izvajanje posameznih faz programa in ustanovljena delovna skupina za izvajanje akcijskega načrta, ki jo vodi mag. Tičarjeva.

V Barcelono so bili povabljeni predstavniki evropskih držav, kjer je SZO pri uvajanju paliativne oskrbe v določeni meri že sodelovala. Sestanek je trajal dva dni. Zanimivo je bilo poslušati predstavitve posameznih držav. Te so bile res omejene na bistveno, saj so nam dali na voljo samo pet minut. Program je bil oblikovan tako, da smo o posameznih fazah najprej poslušali plenarna predavanja različnih strokovnjakov SZO, nato pa v skupini poskušali izdelati strategijo za svojo državo. Dr. Agis Tsouros in dr. Xavier Gomez Batiste sta nas spretno vodila preko posameznih težkih segmentov. Velikokrat smo namreč že poslušali o različnih modelih, pa se nam je zdelo, da tako ali tako niso prenosljivi v naše okolje. Dr. Gomez nas je posvaril pred takim načinom razmišljanja z besedami: »Start low, go slow, but do so.« Torej, treba je delati z majhnimi počasnimi koraki, toda vztrajati. V vseh

državah imamo približno enake probleme: ni denarja, ni kadrov, ni postelj, so pa hudo bolni ljudje, ki pričakujejo našo pomoč.

Z mag. Tičarjevo sva predstavili glavne točke Nacionalnega programa in pilotni projekt, ki ga je podprlo Ministrstvo za zdravje. Rezultati tega projekta nam bodo osnova pri načrtovanju ciljev programa.

Prof. Higginsonova in prof. Ferris sta vodila razpravo o izobraževanju. Prav na tem področju Slovenija pričakuje podporo SZO. Pri nas je treba sistematično uvesti vsebine iz paliativne oskrbe na dodiplomski in podiplomski ravni. Potrebujemo predavatelje in programe izobraževanja. Prof. Ferris je predstavil učinkovit model internetnega izobraževanja, ki so ga objavili na spletni strani *Medscape*. Še nikoli niso zabeležili tako velikega števila sodelujočih zdravnikov. Po izpolnjenem vprašalniku so namreč zdravniki dobili tudi kreditne točke. Obstaja več spletnih strani, kjer si zdravniki lahko pridobijo številne podatke za svoje delo. Večina teh programov je brezplačnih.

Veliko držav ima še vedno težave s predpisovanjem opioidov. Opioidna zdravila niso dostopna ljudem, so plačljiva ali pa zdravniki nimajo možnosti predpisovanja. Slovenija, ki se v Evropi uvršča na 10. mesto po porabi opioidov, je med bolj »srečnimi« državam. Opioidi so vsem zavarovancem dostopni z receptom, ki ga ni treba plačati, lahko jih predpisujejo vsi zdravniki. Potrebno je voditi knjigo izdaje narkotikov in recept predpisovati v dvojniku. Zaskrbljujoče pa je dejstvo, da je v Sloveniji močno narasla poraba transdermalnih oblik močnih

opioidov nad peroralnimi oblikami. To je gotovo ena izmed tem, ki jo je treba obravnavati na ravni različnih strokovnih združenj.

Z mag. Tičarjevo sva si ogledali oddelek za akutno paliativno oskrbo na ICO (katalonskem inštitutu za onkologijo). Večino napotitev dobijo iz specialističnega tima za paliativno oskrbo na primarni ravni. Vse sobe so enoposteljne, niso pa primerne za sobivanje svojcev.

Prostega časa smo imeli malo, saj je bil program zelo natrpan in za razliko od običajnih srečanj sem bila tokrat presenečena nad točnostjo. Vse odmore smo tako lahko izrabili za izmenjavo izkušenj in za pogovore v manjših skupinah. Vsi udeleženci smo bili optimistični glede razvoja paliativne oskrbe v svojih državah in v takem duhu nas je domov pospremil tudi dr. Tsouros z obljubo, da bo SZO po svojih močeh pomagala prav vsaki državi, ki bo za to pokazala zanimanje.

Literatura je na voljo pri avtoricah.

Občina Prebold objavlja

Javni razpis za podelitev koncesije za izvajanje zobozdravstvene dejavnosti na področju varstva odraslih in otrok

na območju občine Prebold

Pogoji:

zakonsko predpisani in drugi pogoji, ki jih mora izpolnjevati kandidat/-ka za podelitev koncesije, če je fizična ali pravna oseba.

Rok za prijavo na razpis oz. oddajo kandidature je **5. januar 2011**.

Kandidaturo je treba poslati po pošti oziroma osebno predložiti v zaprti ovojnici, na kateri mora biti:

- vidna označba: »**Ne odpiraj – Prijava na javni razpis: »zobozdravstvena dejavnost«**,
- naslov: Občina Prebold, Hmeljarska cesta 3, 3312 Prebold.

Razpis in razpisna dokumentacija sta dosegljiva v tajništvu Občine Prebold in na spletni strani Občine Prebold:

<http://www.prebold.com>

Absurdi defenzivne medicine

Miloš Židanik

Kako se zdravniki in drugo zdravstveno osebje ukvarjamo bolj s papirji kot z bolniki, je že postala stalnica razgovorov med kolegi. Kako se ob zelo aktualnih grožnjah bolnikov in/ali njihovih svojcev s tožbami na sodišču in objavljanih osebnih zgodb v medijih zavarovati, prav tako. Vendar lahko s svojim defenzivnim vedenjem ob teh zgodbah stvari še sami po sebi pripeljemo do absurda. Takšen primer je papir, ki bi ga kot oče mladoletne hčere pred posegom moral podpisati na Oddelku za očesne bolezni v UKC Maribor.

Nasploh mislim, da je dobro, da imamo zdravniki možnost spoznati funkcioniranje zdravstvenega sistema iz čakalnice, čeprav je vzrok, da do te izkušnje pridemo, boleč. Samo mi imamo možnost, da kot nosilci zdravstvene dejavnosti, kar vedno radi izpostavimo, stvari spreminjamo v prid bolnikov (in včasih tudi v svoj prid). Zato moje današnje razmišljanje o zdravstveni birokraciji, ker bi želel, da bi se njeni stvaritelji zavedli njenega nesmisla, ko/če bodo brali ta prispevek. Strokovne službe UKC v Mariboru se mi o tem ne zdi smiselno obveščati, ker moje izkušnje s pritožbo na to instanco v preteklosti glede učinkov niso najboljše. Pa tudi tokrat ne gre za dogodke z imeni in priimki, temveč samo za papir, za katerega upravičeno domnevam, da se v taki ali drugačni obliki nahaja še na kakšnem drugem oddelku v tej ali drugi bolnišnici in, tako menim, zadeva nas vse.

Moja hčerka je v popoldanskem času potožila nad bolečinami v očesu. Zato sva obiskala najprej urgentno ambulanto in ker tam pri pregledu očesa niso našli razloga za bolečino, so naju usmerili na Oddelek za očesne bolezni. Še preden sva srečala zdravnico, so mi sestre v podpis predale obrazec, ki bi ga moral podpisati pred pregledom. Poleg mojih osebnih podatkov je obsežen zapis, s čim vse da se strinjam in o čem vse sem obveščen. Tako naj bi že pred pregledom podpisal, da mi je lečeči zdravnik podrobno razložil bolezensko stanje s posledicami (!), kakšna je moja diagnoza bolezni in da sem po podrobni obrazložitvi lečečemu zdravniku zastavil dodatna vprašanja glede vsega in da (v debelem tisku) **sem bil popolnoma poučen in nimam dodatnih vprašanj**. Pa spet, da sem s pojasnili in odgovori lečečega zdravnika v zvezi z zdravljenjem in potrebnimi posegi natančno seznanjen in da soglašam, da se zdravljenje in poseg opravi, da mi je zdravnik popolnoma jasno razložil vse morebitne zaplete in tudi morebitne hude zaplete, ki spremljajo zdravljenje in lahko ogrozijo moje zdravje ali življenje. Tisto, kar mi je še najbolj nerazumno, je

formulacija, ki sledi: »Lečečemu zdravniku povsem zaupam in mu prepuščam odločitve glede morebitne razširitve zdravstvenih posegov, spremembe zdravljenja med posegom ali neposredno po njem.« In naprej: »V kolikor bo med zdravniškim posegom nastala potreba po splošni oz. lokalni anesteziji ali po transfuziji krvi, na vse pristajam, potem ko sem razumel pojasnila in razlago glede morebitnih stranskih učinkov in zapletov.« In končni stavek, da mi je lečeči zdravnik vse prej navedeno podrobno pojasnil, da sem pojasnila razumel in da dajem privolitev za zdravljenje in za zdravniški poseg.

To naj bi torej podpisal, še preden sem zdravnico videl. Še preden je otroka pregledala. Še preden je postavila diagnozo. Še preden je ona vedela, kakšen poseg bo potreben. In kakšni so možni zapleti. Opravičujem se, vendar to presega mojo zmožnost razumevanja. Dokumenta nisem želel podpisati. Ko sva se s hčerko srečala z zdravnico, je najprej od mene želela podpisati dokument. Povedal sem ji, da ga ne morem podpisati, ker še sploh ne vemo, kaj hčerki je in da se ne mislim odpovedati pravici, da me zdravnica sproti obvešča o diagnostiki in načrtovanih posegih ter da bom dajal privolitve v njene predlagane ukrepe stopenjsko. Zdravnica je potem želela, da dokument vseeno podpišem, vendar naj eksplicitno navedem, s katerimi postavkami se ne strinjam, kar sem ponovno odklonil, ker nisem našel ene postavke, ki bi jo lahko podpisal. Namesto tega sem sam na roko napisal, da dovolim pregled, pod kar sem se podpisal, in pozneje, ko je zdravnica našla tujek v očesu, temu pripisal izjavo, da dovolim odstranitev tujka. In to je vse. Sicer je bila zdravnica sprva ob tem dogodku korektna, ves čas strokovna, proti koncu se je otoplila in nasmehnila, tako da se ji lahko tudi na tem mestu zahvalim za dobro opravljeno delo.

Avtorja tega obrazca bi rad vprašal, kako lahko od mene pričakuje, da bom vnaprej podpisal potrditev, da se je nekaj zgodilo (podana informacija), čeprav se ni? Kako od mene pričakuje, da bom zdravniku povsem zaupal, še preden sem ga videl prvič v življenju? Po opravljenem pregledu in posegu, ko sem videl, da ima mirno roko, lahko sedaj resnično izjavim, da zdravnici zaupam, a vnaprejšnje zaupanje? In naj mi še kdo reče, da mi nimamo sami sebe za bogove v beam! Pa še v odnosu z Bogom je tako, da se ta odnos nekje začne in potem s časom in izkušnjami raste. Ob tem se spomnim predavanja internistov pred leti na Zdravniškem društvu, ko je predavatelj jasno povedal, da ne

smemo izvidu specialista slepo zaupati in da moramo najprej pogledati, kdo je pod izvidom podpisan. Ter morda bolnika na isti pregled ponovno usmeriti, vsekakor pa vedno obdržati kritično distanco. Licenca še ne pomeni garancije za dobro delo, le večjo verjetnost, da bo delo dobro opravljeno. To velja tako zame kot tudi za druge zdravnike. In transfuzija krvi? Odkar sem kot študent videl, kako je isti operater opravil enako obsežno operacijo pri dveh različnih bolnikih, od katerih je bil eden Jehovova priča, drugi pa ne, sem sebi obljubil, da se bom pred kirurgji vedno opredelil za Jehovovo pričo. V enem primeru je kirurg vsako prerezano žilo podvezal ali ožgal sproti, pri drugem pa pustil, da kri prosto odteka, ker jo je nadomeščal s transfuzijo. V tem času sem izgubil stik s kirurgijo, tako da je možno, da so se stvari spremenile, vsekakor pa je moje zaupanje v medicino pogojno in nikakor ne samoumevno. S tem obrazcem pa naj bi pristal dobesedno »na vse«. Vnaprej. In še pomembneje: »... **nimam dodatnih vprašanj.**« To pomeni, če želim, da zdravnik pregleda mojega otroka, ki je v stiski, moram obrazec podpisati, potem pa nič več spraševati, ker sem tako ali tako podpisal, da so vse moje dileme razjasnjene. Domnevam, da če ne bi bil zdravnik in če bi želel, da bi bila pojasnilna dolžnost opravljena, tako kot je zapisano v obrazcu, bi imela zdravnica z menoj kar nekaj ur opravka (če me že ne bi poslala na študij medicine), da bi mi razložila vse možne zaplete za vse možne očesne bolezni in zdravljenja le-teh (glede na to, da diagnoza še ni bila postavljena), od alergije na vsa zdravila, ki bi jih ona ali zdravniki, ki bi se ukvarjali s posledicami njenega posega, predpisali, do vseh možnih vnetij in kome, pa čeprav je verjetnost, da bi se vse to zgodilo, zelo majhna. In kaj bi teh nekaj ur počel moj otrok? S tujkom v očesu? In kako bi si to storitev beležila zdravnica? Kaj bi rekli drugi bolniki,

ki bi v tem času čakali na pregled? In še pomembneje, kako bi moje vztrajanje pri moji pravici do pojasnilne dolžnosti vplivalo na zdravničin odnos do mene in preko tega do mojega otroka? Smem tvegati, da postane nejevoljna in jezna, potem pa gre z ostrim instrumentom praskati tujek iz hčerinega očesa? Naj bom raje tiho?

Predvidevam, da je s tem obrazcem želel njegov avtor čimbolj zaščititi zdravstveno osebje pred možnimi tožbami. Ni pa predvidel, kaj bo ta postopek povzročil na drugi strani, pri bolnikih. V meni tak obrazec vzbuja nezaupanje do zdravstvenega osebja. Zakaj potrebuje zdravstveno osebje zaščito s takšnim obrazcem, če dela dobro? Kaj pomeni, da moram podpisati obrazec, da mi je bilo vse pojasnjeno, še preden sem zdravnik sploh srečal? Upravičeno domnevam, da mi dejansko sproti ne bo nič pojasnjeno, ko bo potekal diagnostični proces, in da moram odločno pred podpisom zahtevati informacije, sicer jih sploh ne bom dobil. Tak obrazec razdružuje zdravnika in bolnika na nasprotni bregove, namesto, da bi ju združeval. Včasih sva imela oba enak cilj: da bi bilo bolniku bolje. Sedaj pa se ustvarja vtis, da želi zdravnik prebiti svojo službo s čim manj tožbami do svoje pokojnine, bolnik pa že vnaprej pričakuje, da bo zdravnik svoje delo opravil slabo in da bo moral nanj pritiskati, če bo želel sploh kaj izvedeti o svoji bolezni. Tako ta obrazec že vnaprej pripravlja teren za konflikt med zdravnikom in bolnikom, kar seveda slabo vpliva na odnos in preko tega tako na diagnostiko kot na sam proces in uspešnost zdravljenja in je v svojem bistvu povsem kontraproduktiven. In za obstoj tega obrazca z vsemi posledicami s(m)o odgovorni zdravniki. Očesnemu oddelku UKC v Mariboru toplo priporočam, da ga umakne iz obtoka.

Samo ne ji povedat, da ima raka

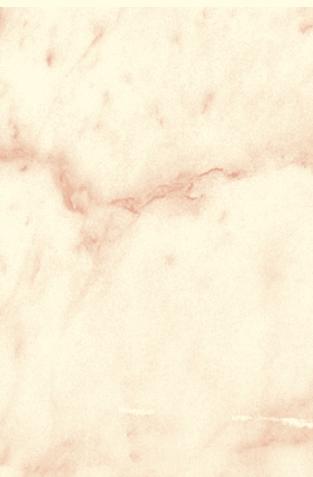
Mirjana Rajer

Predstavljajte si vsem nam dobro poznano stanje v ambulanti. Bolnikov je veliko več, kot jih po času, ki je na voljo, lahko pogledaš. Po »nevemvečkaterem« pregledanem bolniku, ki čaka že »nevemvečkoliko« časa, se ti zgodi naslednje: Pride starejša gospa, prvič naročena. Sestra mi reče, da bi želela najprej hčerka govoriti z mano, preden se pogovorim z gospo. Najin pogovor poteka tako:

Hčerka: »Vem, da ima pljučnega raka in da je ta razširjen po telesu. Vem, da se ne da pozdraviti in da bo kmalu umrla. Prosim vas samo, da ji ne poveste, da ima raka, to bi jo ubilo.«

Jaz: »Kaj naj ji pa rečem? Prišla je na Onkološki inštitut, tukaj zdravimo raka.«

Hčerka: »Recite ji, da ima eno bulo. Ne ji povedati, da je rak. Veste, tudi njena sestra je imela raka, ona jo



je na koncu negovala in je videla, kako je to. Sama je rekla, da če bo kdaj dobila raka, se bo kar ubila.«

Jaz: »Ampak gospa, kako pa naj jo zdravim, če ji ne povem, da ima raka. Veste, zdravljenje poteka z obsevanjem in kemoterapijo. To so težke terapije, ki imajo lahko hude stranske učinke. Kaj naj ji pa rečem, zakaj ji to dajemo?«

Hčerka: »Hm ... (tišina), ampak samo ne povejte ji, da ima raka.«

Jaz: »Kaj pa če me vpraša direktno, ali ima raka?«

Hčerka: »Potem se ji pa zlažite in povejte, da ima kako drugo bolezen.«

Jaz: »Poglejte gospa (oster glas utrujene zdravnice), še nikomur se nisem zlagala, da nima raka, če ga ima, in se tudi njej ne morem. Če me vpraša, kaj ji je, ji bom povedala, da ima raka.«

Hčerka: »Ja, oprostite, nisem tako mislila. Samo ne povejte ji direktno, da ima raka ...«

Pred letom dni sem kot novopečena specialistka začela delati v timu za pljučne tumorje. V tem letu sem srečala veliko bolnikov in njihovo poznavanje lastnega zdravstvenega stanja je zelo različno. Od takih, ki rečejo: »Kaj?! Raka imam?«, do takih, ki rečejo: »Imam drobnocelični rak pljuč s sindromom zgornje vene kave, katerega sem si sam diagnosticiral, ko sem iskal informacije po internetu.«

Torej: kako in koliko naj bolniku povemo o njegovi bolezni?

Poglejmo, kako so to delali včasih. Besedilo je povzeto iz knjige dr. Jožeta Žitnika »Rak, bolezen naših dni«, ki jo je napisal leta 1966:

»Po svetu veliko razpravljajo o dolžnosti zdravnika, da pouči tudi rakavega bolnika. Oni pa, ki to zahtevajo, ne vedo, da je bolnikova duševnost čisto druga kot duševnost zdravega človeka. Ko človek zve za brezupnost svoje bolezni, se spremeni tudi duševnost najmočnejšega.

O tem vprašanju naj razsoja le zdravnik. Samo on ve, kako bolnik v trenutku reagira, kakšna so reaktivna duševna obolenja. Pozna grožnje s samomori in samomore same. Samo on sliši, kako ga preklinjajo, ker je vzel bolniku poslednje upanje. Bolnik ima toliko pravice, da izve resnico, kolikor more resnice tudi prenesti. Rakav bolnik boče izvedeti vse, le resnice o raku ne! Mislim, da sodi k lajšalnemu zdravljenju tudi to, da ne povemo resnice o naravi rakave bolezni. Zapoved se glasi, da mora biti res vse, kar reče zdravnik. Ni pa potrebno, da bi zdravnik moral povedati vse, kar je res. Zaželeno je seveda, da bi bolnika seznanili z naravo njegove bolezni. Tako bi bolniki lažje razumeli naše postopke pri zdravljenju, ki jim predlagamo, in se lažje sprijaznili z njimi.

Če s tem, da povemo pravo diagnozo, lahko olajšamo zdravljenje, moramo bolnika obzirno seznaniti z resnico njegove bolezni in ga z različnimi primeri podučiti, da rak ni sramotna in ne usodna smrtna bolezen. Mislimo pa, da ima večina ljudi v naši slovenski deželi tak strah pred rakom, da bi večina bolnikov dobila živčni pretres, če bi jim povedali resnico.«

Kaj pa danes?

Pred kratkim je izšel slovenski učbenik Onkologija 2009, ki nas uči tako:

»Zdravniki so bolnikom dolžni sporočiti dejansko stanje bolezni. Večina nesporazumov izhaja namreč iz slabe komunikacije. Bolniki in svojci nespособnost in/ali neodločnost sporočanja o bolnikovem stanju enačijo z zdravnikovo nestrokovnostjo. Zato zahtevajo ločena in druga mnenja tudi v povsem jasnih situacijah. Je pa treba poudariti, da je prav sposobnost sporočanja slabe novice bolniku (in svojcem) izjemno pomembna. Na tem področju se med sabo razlikujejo celo izkušeni zdravniki. V prihodnje bo v programih izobraževanja znanju na področju medicinske etike potrebno nameniti več prostora.«

»Nesprejemljivo je, da na primer kirurg bolnika z diagnozo sploh ne seznanimo, mu obeta le operacijo, nato pa ga v pismu obvesti o potrebo po nadaljnjem zdravljenju na Onkološkem inštitutu. Pravica bolnika je, da je seznanjen z boleznijo, k postopkom zdravljenja pa mora dati pisno soglasje.«

»Diagnoza rak ima med prebivalstvom na splošno, pa tudi pri ne tako redkih zdravnikih še vedno prizvok zaznamovanosti. Zato na odpustni dokumentaciji in napotnicah zdravnikov včasih na mestu diagnoze zasledimo npr. »-recti« (pomišljaj nadomešča diagnozo lat. carcinoma). To dokazuje, da se ta zdravnik ne čuti dovolj kompetentnega bolniku razložiti naravo njegove bolezni in svojo dolžnost prelaga na drugega zdravnika.«

»Pomembno je, da že študent medicine spozna pomen komunikacij pri praktičnem delu z bolniki. Trenutni učni program klinične onkologije tega zaenkrat ne omogoča.«

»Za večino ljudi ima že sama beseda rak zastrašujoč pomen. Prav tako je pri večini še vedno globoko zakoreninjena predstava o raku kot neozdravljivi bolezni z nepredvidljivim potekom in neizogibnim usodnim izidom – skoraj mistični bolezni, katere vzrokov ne poznamo in njeno naporno zdravljenje le izjemoma prinaša ozdravitev – bolezni, pri kateri so gotovi le trpljenje, bolečine in smrt. Zato ne presenečajo moč čustvenih odzivov na številne spremembe v duševnosti, s katerimi se že ob sumu na maligno bolezen odzivata bolnik in njegova družina.«

V knjigi je tudi posebno poglavje o komunikaciji z onkološkim bolnikom, ki ga je napisal prof. Matjaž Zwitter. Povzemam nekaj zanimivih misli:

»Dobra komunikacija je za varno delo z onkološkimi bolniki najmanj toliko pomembna kot drage laboratorijske ali radiološke preiskave. Komunikacija poteka v obeh smereh: bolniku ponuja informacije o bolezni in o možnosti zdravljenja, zdravniku pa pomaga pri razumevanju bolnikovega odnosa do življenja, zdravja in bolezni. Spoštovanje bolnikovega kulturnega okolja močno razbremeni napetost ob pogovoru in olajša bolnikovo razumevanje resne bolezni. Pri prvem pogovoru o sami diagnozi se ne izogibamo besedi »rak«, saj bi manj jasno namigovanje le povečalo bolnikovo zmedo, ne bi pa pregnalo strahov. Ob nadaljnjem pojasnjevanju pa si pogosto pomagamo s prisposobami, ki bolniku na razumljivo način približajo cilje predlaganega zdravljenja. Dobra in stalna komunikacija zahteva čas, primerno okolje, zdravnikovo dostopnost ter odprtost do bolnika in njegovih svojcev, vrača pa se z zadovoljstvom pri delu. Dobra in stalna komunikacija je torej najboljše zagotovilo, da bo zdravljenje potekalo brez konfliktov.«

In še nekaj praktičnih napotkov:

1. »Da bi bolnik prekinil tesnobo, naj bo zdravnik sproščen in naj ima za pogovor dovolj časa.«
2. »V teoriji so pozdrav, predstavitev in stisk roke nekaj samoumevnega, v vsakdanji praksi pa so še vedno redkost. Podobno velja za prakso, da naj bo bolnik ob prvem stiku z bolnikom oblečen. V nebesedno komunikacijo sodi tudi položaj obeh sogovornikov. Če bolnik v ambulanti sedi, naj se usede tudi zdravnik. Če je prvi pogovor z bolnikom na bolniškem oddelku in je bolnik v postelji, naj zdravnik prisede k postelji. Pogovor, pri katerem ob sedečem ali ležečem bolniku zdravnik stoji, pri bolniku takoj vzbudi vtis vzvišenosti, nedostopnosti in enosmerne komunikacije.«
3. Prve besede pač ne morejo biti namenjene bolezni, saj pogovora preprosto ne moremo začeti z vprašanjem, koliko je mož shujšal ali pa morda krvavo izkašljeje. Prvi dve vprašanji sta lahko povsem nemedicinski. Od kod ste doma? S čim se ukvarjate? ...

4. Resnica je, da so še vedno bolniki, ki jim temne resnice ne povemo. Živimo v realnem svetu in med nami so tudi bolniki, ki imajo zelo omejeno sposobnost dojemanja sveta okrog sebe. Če pri takem bolniku ugotovimo neozdravljivega raka in če se – strokovno povsem upravičeno – odločimo, da je najprimernejše le podporno simptomatsko zdravljenje, potem ni smiselno, da v preprosto dušo tiščimo resnico, ki bo naredila le dodatno zmedo in stisko.
5. Velika večina bolnikov danes ne sodi v to skupino. Veliki večini danes odkrito povemo, da imajo raka. Zaradi besede rak ni stiska nič večja, prav nasprotno: slutnja postane resničnost, namesto neoprijemljivega se pojavi konkreten sovražnik.

Kaj menite po prebranem? Ali bi morala bolnici iz začetka zgodbe povedali, da ima raka ali ne?

Torej ...

Pred štiridesetimi leti so svetovali, naj zdravnik bolniku ne pove, da ima raka, danes pa (razen v redkih izjemah) naj bi vsakemu povedali za njegovo diagnozo. Kako naj to naredimo, je prepuščeno nam zdravnikom samim. Na fakulteti nas o tem ne naučijo nič, v času specializacije se tega učimo kot samouki z opazovanjem starejših kolegov. Lahko pa celo mislimo, da je to tako nepomembno, da se nam tega sploh ni treba učiti. Nimamo treningov komunikacije, nimamo svetovalcev, ki bi nas to naučili, nimamo supervizij, na katerih bi dileme v komunikaciji skupno »predelali«. Upam, da boste ob teh mojih besedah zavzdihnili in rekli: »Pa kaj ona govori, seveda imamo veliko možnosti,« in mi boste poslali vsaj 100 sporočil, v katerih me boste napotili na ustrezna izobraževanja, da bom natanko vedela, kaj, kako in koliko gospe iz začetka zgodbe povedati o njeni bolezni, in da bom ob tem mirno spala vedoč, da zaradi mojih besed ne bo obupala. Za vsak vaš nasvet ali misel vam bom izjemno hvaležna (E-pošta: mirjana.rajer@gmail.com).

Dva obraza »javnega in realnega« sektorja

Tomaž Rott

K pisanju me je vzpodbudila kolumna bojda resnega novinarja, ki razpravlja o javnem in realnem sektorju in njuni vlogi v družbi. Tudi iz tega prispevka kot iz mnogih drugih in različnih komentarjev in pisem bralcev je možno razumeti, da igra realni (ustvarjalni, pridobitniški) sektor pozitivno vlogo, ki prinaša denar, javni sektor oz. javno porabo pa naj bi predstavljali zgolj paraziti,

ki brezskrbno in včasih lagodno delamo in zažiramo državni proračun. Zgolj zaradi takega gledanja je možno v času stavke dela zaposlenih v javnem sektorju razumeti zgražanje nad zaposlenimi v javnem sektorju (o smiselnosti stavke v sedanjem trenutku se ne mislim opredeljevati, čeprav imam o tem jasno mnenje).

Rad pa bi izpostavil nekaj dejstev, ki v včasih že prav žolčnih in zajedljivih razpravah na račun javnega sektorja skorajda ne pridejo na plan.

1. Od večine rednih dohodkov zaposlenih v javnem sektorju se **takoj vrača vsaj 40 odstotkov denarja, bodisi za davke, prispevke za zdravstvo in pokojninsko zavarovanje**. Če so dohodki delavcev v javnem sektorju večji, je večji tudi priliv sredstev za omenjene potrebe. Torej visoki dohodki v tem sektorju nimajo samo slabega prizvoka.
2. Davki in sredstva za zdravstveno in pokojninsko zavarovanje so tudi **redno plačevani**. Ne vem, ali sploh obstajajo primeri, da bi bilo v javnem sektorju plačevanje teh prispevkov kdaj »odloženo« ali celo »oproščeno«, kot se ne tako redko dogaja v realnem sektorju. Torej so plače v javnem sektorju zanesljiv vir sredstev, s katerimi država posredno ali neposredno plačuje storitve v zdravstvu in zavodu za invalidsko in pokojninsko zavarovanje.
3. **Višji dohodki** zaposlenih v javnem sektorju so med drugim tudi **posledica povprečno višje stopnje izobrazbe** zaposlenih, kot je ta v realnem sektorju. To gotovo velja za poklice v zdravstvu in šolstvu.
4. Večinoma se objavljajo **bruto prejemki** procentualno redkih posameznikov z visokimi dohodki, ne da bi upoštevali objektivne ali subjektivne okoliščine, ki so do tega pripeljale. Pri tem pa so le redke objave, ki prikazujejo dejansko stanje, kakšne so plače mladih (zobo)zdravnikov, ki morajo čakati na napredovanje (če ga dočakajo) in s tem višje plače od 10 do 15 let.
5. Dejstvo je, da so določene službe **kadrovsko osiromašene**. Pri tem pa ni rešitev nostrifikacija diplom iz tujih držav, ker je večini nostrifikacija pri nas le odskočna deska za Evropo (neuradni podatki kažejo, da je odliv v Evropo 90-odstoten). Prav tako ne rešuje problema povečan vpis na medicinski fakulteti, od katerih nobena ni dokončana, vpis pa omejujejo prostorske in kadrovske razmere. In če dodatno malo pretiravam, ne vem, kateri od pacientov bi pristal na to, da ga namesto 50 študentov pregleda 200 študentov, saj tega ne morejo nadomestiti simulatorji.
6. Velik del javne porabe gre na račun raznih potrebnih **socialnih transferjev**, ki se večajo tudi na račun propadajočih podjetij. To pa je potrebno pripisati realnemu sektorju vključno z neuspešnimi menedžerji.

Poleg navedenega naj omenim tudi članek, ki ga je naše časopisje povzelo iz uglednega *Le Monda* in mu dalo tudi pomenljiv naslov *Čas za inventuro*. V njem avtor članka Pierre Rimbart navaja tri raziskovalke, Eilis Lawlor, Helen Kersleu in Susan Steed, ki so leta 2009

pod pokroviteljstvom *New Economic Foundation* primerjale **plačila za nekatere poklice z vidika »družbene vrednosti«**.

Zanimive primerjave v tej študiji so pokazale, da vsak funt, porabljen za plačo **delavca**, ustvari 12 funtov vrednosti, na drugi strani vodilni londonski **bančniki** porabijo 7 funtov družbene vrednosti za vsak funt vrednosti, ki jo ustvarijo. Tudi **oglaševalci** porabijo 11,5 funta za vsak funt vrednosti, ki jo ustvarijo. Tako bančniki in oglaševalci niso zajeti v javnem sektorju! **Davčni svetovalec** pa naj bi porabil celo 47-krat več vrednosti, kot je ustvari.

Nasprotno pa omenjajo **čistilca v bolnišnicah**, ki za vsak funt svoje plače ustvari več kot 10 funtov družbene vrednosti, saj njegovo delo zmanjšuje stroške zaradi pojava nalezljivih bolezni. Za te ugotovitve so povzele članek v ugledni reviji *British Medical Journal*. **Vzgojiteljica** v vzgojo otrok in časom ustvari več kot devetkrat večjo vsoto, kot jo prejme s plačo.

Žal ni izračunov za **zdravniške poklice**. Vseeno si upam trditi, da ima verjetno zdravnik v splošni ambulanti ali tisti, čigar delo ni obremenjeno z večjimi materialnimi stroški (kot je to pri zdravniku, ki potrebuje pri zdravljenju zahtevnejše posege z dragimi aparaturnami, dragimi zdravili), v razmerju med stroški zdravljenja in (ne)posrednimi učinki uspešnega zdravljenja pozitivno bilanco, da je njegovo delo koristno za gospodarstvo, okolje in družbo, saj lahko z relativno majhnimi stroški velikokrat hitro vrne prizadetega v delovni proces. Pri tem pa sploh ne upoštevam vrednosti rešenih življenj, ki so neprecenljiva, in je ne moremo vključiti v zgolj materialistični odnos med delom in njegovim učinkom.

Prav tako je velika neumnost očitati uspešnemu in sodobno dobro **organiziranemu vzgojno-izobraževalnemu procesu** zajedavsko vlogo, saj je učinek dobro izobraženih kadrov prav tako neprecenljiv. Dobro vzgojeni kadri so lahko v koristno pomoč tako realnemu (kot uspešni poslovneži) kot tudi javnemu sektorju (kot mentorji, učitelji itd.). Zato se moramo strinjati z raziskovalkami, ki upravičeno menijo, da bi za določitev »družbene vrednosti« nekega poklica morali upoštevati njegove posredne učinke na gospodarstvo, okolje, družbo itd. Vsa omenjena dejstva (ne glede na njihovo točnost) kažejo, da delitev na realni (ustvarjalni, pridobitniški) in javni sektor oz. javno porabo, ki ji očitajo zgolj razpisno zajedavsko vlogo, stoji na precej majavih nogah.



Franc Heber, dr. med., sedemdesetletnik

Evgen Janet

Franc Heber, dr. med., spec. spl. med., se je po maturi na gimnaziji na Ravnah na Koroškem odločil za študij splošne medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

1967 – končal študij medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani in začel delati kot splošni zdravnik v Dravogradu.

1968 – opravil predpisani staž iz ginekologije in porodništva v Bolnišnici za ginekologijo in porodništvo Kranj.

1968 – opravil strokovni izpit iz splošne medicine.

1969 – začel delati v ZD Dravograd, ustanovil Dispanzer za otroke in Dispanzer za žene za vodenje preventivne dejavnosti.

1971 – ustanovil Klub zdravljenih alkoholikov v Dravogradu in Psihohigiensko posvetovalnico, zaradi različnih stisk ljudi. Klub se je kasneje preimenoval v Šolo za zdravo življenje in skladne medsebojne odnose.

1972 – absolvirал podiplomski tečaj za zdravnike Zdravstveno varstvo mater in otrok, ki ga je organiziral Zavod SRS za zdravstveno varstvo Ljubljana.

1973 – opravil diplomski izpit in uspešno zaključil podiplomski študij iz javnega zdravstva matere in otroka.

1980 – specializacija iz splošne medicine.

1990 – končal podiplomski študij Alkoholizem in druge odvisnosti na Medicinski fakulteti v Zagrebu.

1991 – sodelovanje v treh didaktičnih skupinah, ki jih je organiziral dr. Janez Rugelj. Pripravil nalogo z

naslovom Absentizem in alkoholizem, katere pa zaradi vojnih dogodkov leta 1991 ni mogel zagovarjati v Zagrebu pri prof. Langu.

1994 – strokovni vodja ZD Dravograd.

1995–2000 – direktor ZD Dravograd in strokovni vodja.

2000–2004 – imenovan za direktorja ZD Dravograd in strokovnega vodjo.

2004–2008 – direktor ZD Dravograd in strokovni vodja zavoda (poleg dela zdravnika specialista splošne medicine).

2008 – ponovno imenovan za direktorja ZD Dravograd in strokovnega vodjo zavoda (do 2012).

Sam o sebi pravi: »Rodil sem se 4. januarja 1941 v Slovenj Gradcu nezakonski materi. Tudi njo sem izgubil v 4. letu starosti. Odraščal sem pri sorodnikih in v rejništvu. Sem multiradoveden človek, lahko bi študiral elektrotehniko, odločil sem se za medicino, rasel sem na kmetih in mi je tudi kmetijstvo blizu, od tega mi je danes ostalo čebelarstvo.«

Kako se je začela vaša strokovna pot zdravnika?

Na Medicinski fakulteti v Ljubljani sem diplomiral praktično za svoj rojstni dan, leta 1968. Pripravnništvo sem opravljal v Ljubljani, na Golniku in Kranju. Po pokončanem pripravništvu sem se takoj po novem letu zaposlil v tedanjem koroškem osnovnem zdravstvu. Podiplomski študij iz varstva žena, otrok in mladine sem zaključil ob koncu leta 1973. V Dravogradu sem ustanovil Dispanzer za otroke in Dispanzer za žene, kjer sem vodil

preventivne dejavnosti. Zaradi potreb sem potem pričel s specializacijo splošne medicine ali, kot sedaj imenujemo, družinske medicine. Specialistični izpit sem opravil v maju 1980.

Kdaj in kako ste začeli z delom v klubu oz. šoli za zdravo življenje in skladne medsebojne odnose?

Leta 1971 sem ustanovil Klub zdravljenih alkoholikov v Dravogradu in Psihohigiensko posvetovalnico. Zaradi različnih stisk ljudi, ki sami niso bili alkoholiki, so pa izhajali iz družin alkoholikov, smo klub preimenovali v Šolo za zdravo življenje in skladne medsebojne odnose.

Kakšne so vaše izkušnje z delovanjem kluba?

Ves čas delovanja kluba sem se strokovno izpopolnjeval, o tej tematiki je treba prebrati veliko literature, če želiš delati uspešno. Skupaj s člani smo oblikovali osnovno knjižnico, ki naj bi jo predelal vsak član kluba, uvedli smo tek, ustanovili planinsko društvo, skratka, na široko smo organizirali našo dejavnost. Kasneje sem se vključil še v podiplomski študij socialne psihiatrije v Zagrebu.

Kakšna so osnovna spoznanja pri delu s skupino ljudi z raznovrstnimi težavami v življenju?

Zame še vedno velja, da je alkoholizem oblika neuroze. V programu, ki ga vodim, imamo več kot polovico ljudi, ki niso alkoholiki, ampak izvirajo iz družin alkoholikov, kar pove svoje. Vključene imamo tudi mlade ljudi, ki so, preden so prišli v naš program, »zavozili« študij, z delom v skupini in osebnim razvojem pa so uspeli kasneje diplomirati na fakultetah. Izkušnje s področja zdravljenja psihosomatskih bolezni so mi pokazale, da ima veliko ortopedskih pacientov izvor svojih težav v psihosomatiki. Na primer, v programu imam pacientko, ki je bila že operirana na hrbtnici in se je skupaj s partnerjem vključila v delo kluba, po določenem času ortopedskih težav nima več. Za nevrotika je značilno, da ve, da bi bilo dobro nekaj narediti zase, tega pa ne naredi, in potem se mu nevroza poslabša.

Kakšne so vaše izkušnje s postenjem?

V klubu smo se začeli pogovarjati tudi o postenju zaradi zdravja. O tej temi sem prebral veliko literature in uvidel, da je bil post zgodovinsko gledano zelo pomemben. Krščanski post je bil npr., da nismo zabelili z »ocvirki«, ampak samo z maslom, zato pa je bila velika noč res lepa, ko je bilo posta konec. Upoštevale so s tudi lunine mene, pa dan v tednu – npr. v sredo se je zabelilo malo, v petek pa čisto nič. Post pomaga očistiti telo in je tudi s tega vidika pomemben pri vzdrževanju dobrega zdravja.

Kako poteka delo v skupini?

Vedno je treba najti ustrezen način pogovora, posamezniku moraš znati podati ustrezno kritiko in obenem mora dobiti tudi ustrezno spodbudo. Tistega, ki ga kritiziraš, moraš znati ustrezno usmeriti. Skupinska terapija ima to prednost, da v skupini lahko vedno najdem nekoga, ki ima v zvezi s konkretnim problemom svoje pozitivne izkušnje. Ne samo jaz, ampak tudi ostali tako prispevajo k odnosu in delu v skupini.

Kaj lahko rečeva o biblioterapiji?

Ljudje imamo v sebi čudno predstavo: če vihtimo kramp in lopato, menimo, da smo pridni. Bistvo človeka je inteligenca. Velikokrat je najtežje motivirati ljudi za intelektualno delo – predvsem branje in pisanje. Ni pomembno samo govorjenje, zato imamo v skupini tudi veliko pisanja, ker se tako celoviteje angažirajo možgani. Enako velja za branje. Pri alkoholiku pa je to dvoje, poleg ostalega, treba aktivirati, zato da človek lahko razumsko in čustveno gleda na svet. V roke je treba vzeti knjigo, slovenske klasike in druge avtorje, ki pritegnejo. No, pred časom smo imeli v »obdelavi« Milivojevićevo knjigo o čustvih, kar ni tako majhen zalogaj. Tu in tam se najde pri kom kak odpor proti branju in pisanju, pa vendar večini to delo le ni pretežko.

Kako se vas dotaknejo različne usode posameznikov?

Delo v skupini je zastavljeno tako, da je spodbudno, z veseljem gledaš, ko večinoma napredujejo. Za vse, ki pridejo, je značilno, da je njihova usoda do neke mere tragična. Težje pa je, če kakšno zdravljenje propade oz. se slabo konča. Včasih razmišljaš, kaj si naredil narobe ali spregledal. Pri vsem tem delu je potrebna empatija, da se znaš živeti v vsakega posameznika. Nihče ni popolnoma sam kriv, da je alkoholik, pa tudi drugi ne. Gre za splet okoliščin, ki jih moraš razumeti in sprejeti, prav tako morajo biti odnosi med nami na mestu. Velikokrat gre za prepoznavanje laži in mene zanima samo to, kaj je kdo naredil, se pravi dejstva in nič drugega. Včasih je veljalo pravilo: če se hočeš ukvarjati z alkoholiki, moraš imeti najmanj eno stopnjo izobrazbe več kot oni ali pa dokončano šolo življenja – življenjske izkušnje.

Kaj pa družina?

V okviru društva imamo vsako leto planinske taborne, trikrat sem prehodil slovensko transverzalo, pretekel sem nekaj maratonov. V program dela je vključena moja družina. Za slednjo je pomembno, da ve, da delam nekaj pozitivnega. Tudi moji otroci so vključeni v taborne, kar jemljem kot zelo pozitivno. Moja žena je navdušena planinka, organizira veliko pohodov. Planinstvo v okviru društva je neke vrste terapija – na vseh teh pohodih se ne kadi in pije alkohola.

Zame je televizija zelo škodljiva, če pa kdo ne more spati, naj gleda televizijo, ker je pasivna. Ko je na sporedu nogomet, ženske ne sodelujejo, ko pa je bila na sporedu Esmeralda, so bili moški izključeni. Komunikacija je pri gledanju televizije pretrgana.

Kako sodelujete z drugimi terapevti?

Imamo društvo terapevtov in se dobivamo enkrat mesečno, ko obravnavamo posamezne primere. Zanimivo, da se nam je pridružil psihiater, ki zagovarja tradicionalno psihiatrijo, toda tudi nam zelo rad prisluhne. Seveda bi bilo zelo dobro vključiti mlade ljudi, ki bi se izobraževali in nadaljevali naše delo.

Dr. Rugelj je imel velik sloves, toda zelo rad je provociral, česar pa mi nekako ne zmoremo. Za to moraš imeti čas, ki ga nimamo, ker je treba odgovarjati na povratne udarce in podtikanja. Veliko njegovih provokacij je zadelo bistvo; kot metoda je sicer nekoliko nenavadna, toda z njegove strani je bila izvajana načrtno.

Kaj lahko rečete o socialni psihiatriji?

Socialna psihiatrija je ponekod zelo dobro razvita. Pred časom smo imeli v gosteh ameriškega psihiatra, ki nas je zelo pohvalil. Rekel je, da bi v Ameriki takšnega dela ne mogli izvajati, ker bi preveč pritiskala farmacevtska industrija. No, v Sloveniji je situacija podobna. Pri nas je veliko farmacevtskih zastopnikov, ki pokrivajo tudi področje psihofarmaceutskih zdravil. Po drugi plati pa z gospodarskega vidika seveda veliko ljudi živi od te industrije in je tak pritisk razumljiv. Človek mora biti dejaven, da je zdrav. Tisti, ki nič ne dela, lahko pokaže samo zmečkano rjuho. Farmakoterapija človeka dodatno pasivizira. Npr. ko sorodnik pride k psihiatru, se pogovarja o tem, da bo bolnik miren in priden.

Pri nas ukinjanje terapije z zdravili poteka vzporedno z dodajanjem aktivnosti. Po pravilu najprej odvzameš tisto, kar človeka najbolj imobilizira. Lažja zdravila mu pustiš, potem pa tudi ta pridejo na vrsto, seveda skladno z razvojem posameznika.

Osnovni program mora trajati najmanj pet let. V programu imamo ljudi, ki so vključeni že 20 let in pravijo, da boljše šole še niso našli. V okviru društva izdajamo tudi bilten, v katerem aktivno sodelujejo člani društva.

Kakšna je medicina danes?

Medicinci bi rabili več šole o psihodinamiki oz. vedenja o medčloveških odnosih. Danes je medicina preveč tehnizirana, pritisk tehnologije in farmacevtske industrije je velik. Imam občutek, da skoraj ne znam več zdraviti povišanega krvnega pritiska, toliko zdravil obstaja. Zadnjič sem jih preštel in ugotovil, da obstaja skoraj 100 zdravil za to bolezen. In pride bolnik v bolnišnico v roke mlademu zdravniku, ki »ugotovi« visok oz. neurejen krvni pritisk. Čeprav je imel pri meni urejen pritisk, mu predpiše zdravila, ki so drugačna, kot jih je imel pred tem pregledom. Ko se vrnejo k meni, nekateri med njimi rečejo, da bodo upoštevali prejšnjo terapijo, nekateri pa seveda hočejo novo. Skratka: obstaja farmacevtska polipragmazija v zdravstvu in s tem nastaja velika škoda za bolnika. No, še nekaj moram reči, za kar ne vem, ali imam prav ali ne – imaš nekoga po kapi, je naročen na kontrolne preglede, pa zopet CT in zopet kontrolni pregled – tako se slednji ponavljajo, kar se mi ne zdi vedno potrebno.

Kakšen napotek bi dali mladim medicincem?

Dobro poznajo stroko, manj pa so seznanjeni s tem načinom dela. Šolanje bi moralo biti drugačno – ljudi bi bilo treba usposobiti za delo v osnovnem zdravstvenem varstvu. Zelo dobro moraš vzeti anamnezo, poznati moraš svoje ljudi, pozanimati se moraš za družinske razmere. Zagovarjam hišne obiske. Ko nekdo zboli, moraš videti družino, spoznati njihove medsebojne odnose. Tako najlaže najdeš način, kako svetovati, mogoče tudi na diskreten način povedati, kako bi lahko rešili svoj problem. Danes nihče odkrito ne pove bolniku, da ima težave z alkoholom.

Dobro je imeti občutek, da spoznaš že na obrazu, kako je človek bolan. Če imaš ta empatični občutek, potem velikokrat lahko prepoznaš stanja, ki se kasneje potrdijo še s kakšno drugo metodo. Velikokrat moraš pogledati v čakalnico, poklicati pacienta

in tako pogledati tudi ostale ter videti, kaj se v čakalnici dogaja. Zame je bistven pogled v obraz in oči, kar ti da prvi vtis, koliko je človek bolan.

Pomembna je tudi dobra oprema ambulante. Pri nas, čeprav smo majhni, lahko v enem dnevu naredimo osnovno diagnostiko, v enem tednu tudi ultrazvok trebuha. V tem primeru imaš kot zdravnik kar nekaj diagnostičnih zmožnosti in to je zelo dobro. Dejstvo pa je, da mladega, bodočega medicenca marsikaj odbija – veliko breme v ambulantah, samostojno delo in še kaj.

Ste zadovoljni s svojim delom?

V službi v Dravogradu sem preko 40 let, opravljam delo družinskega zdravnika, se vključujem v življenje sokrajanov in aktivno delujem tudi v raznih društvih. Upam, da se bom po upokojitvi lahko bolj posvetil svojemu hobiju čebelarjenju, zaradi pomanjkanja zdravnikov se mi seveda ta hobi trajno izmika, prav tako druženju z družinami mojih treh otrok.

Delo družinskega zdravnika opravljam rad in bi se kljub občasnim težavam zanj ponovno odločil, če bi izbiral novo življenjsko pot. Tudi po upokojitvi bom seveda kot zdravnik v čim večji meri delal naprej.

Večkrat kaj preberem in se nasmejim. Tudi moje delo mi pomaga in me veseli. Ko berem prispevke članov skupine, večkrat najdem kaj, kar potem izpostavim v skupini kot problem, pa se razvije dodatna široka razprava, kar mi je zelo všeč.

V obdobju mojega dela je šlo skozi program – z rastjo programa, ki je sedaj na vrhuncu – preko 1000 ljudi. Nekaj je že pokojnih, povprečna starost vključevanja v program je od 35 do 40 let. Veliko od njih ne izvaja več vsega programa v celoti, večina pa jih vztraja, predvsem obdržijo planinstvo. Vidim, da imajo tudi družinske odnose urejene, kar mi spet prinaša veliko zadovoljstva. Tisti, ki hodijo k nam, prinašajo tudi nove ideje. Beremo knjige, da potem napišemo utrinke. To so predvsem tisti stavki in misli, ki se ti »prilepijo« na dušo in o katerih lahko kaj napišeš in razpravljaš.

Terapevtska skupnost s članstvom (otroci in vnuki) šteje preko 100 ljudi. Ko se hočeš vključiti v program, moraš razmisliti, ali hočeš biti raja ali elitnik. Vsi, ki so v programu, so elitniki. V slovenskem prostoru je manjšina elitnikov, kar pa je normalno in značilno tudi za druge družbe.

Poglavitni smisel dela pa vidim v tem, da bodo prav zato rezultati dela najbolj vidni v tretji generaciji, pri vnukih. Otroci so prav tako vključeni v program zdravega življenja in se združujejo v skupine, ki živijo z naravo, in so tudi uspešni učenci. To hipotezo, ki jo tako potrjujemo v praksi, so postavili že profesor Hudolin, profesor Lang in drugi. Trdili so, da se pravi rezultat uspešnega zdravljenja alkoholika pokaže šele v tretji generaciji. No, moj velik problem je tudi v tem, da se zaradi preobremenitve ne uspem publicistično angažirati.

Hvala za vaš čas in misli ter vse najboljše ob vaši sedemdesetletnici!

Prva učitelja pediatrije in čeljustne kirurgije na popolni Medicinski fakulteti, Bogdan Derč in Franc Čelešnik

Zvonka Zupanič Slavec

Tudi zadnja letošnja portretiranca sta vsestransko izjemni osebnosti, brez katerih slovenska medicina ne bi bila takšna, kakršna je. Po uredniškem principu oba predstavljam na enem mestu, četudi bi si Bogdan Derč kot prvi slovenski pediater in Franc Čelešnik kot mednarodno uveljavljeni čeljustni kirurg zaslužila samostojno predstavitev. Derč je bil četrto stoletja starejši od Čelešnika in se je šolal v Avstriji, Čelešnik pa je opravil prvi rigoroz že v Ljubljani, nato pa je študiral v Gradcu. Derč je izhajal iz klene ljubljanske zdravniške družine, Čelešnik iz zdrave podkorenske kmečke družine. Prvi se je popolnoma predal zdravniškemu poslanstvu, drugi si je ustvaril tudi družino. Derč se je šolal pri svetovno najpomembnejših pediatrih svojega časa: Escherichu, Pirquetu, Shicku in Moraju, Čelešnik pa prav tako pri korifejih svojega področja in časa. Prvi je bil internist, drugi kirurg. Če je Derč celih 50 let delal z otroki doma, je Čelešnik nasprotno njemu svoje nove kirurške pristope ponel tudi v svet. Derč je bil izrazit praktik in je njegova strokovna bibliografija prosvetljevalna, Čelešnik pa je bil v veliki meri raziskovalec in je njegovo znanstveno delo nagovorilo čeljustne kirurge po

svetu. Derč je bil ljudski človek, odprte narave in nasmejanega obraza, Čelešnik pa bolj introvertiran, ambiciozen in tekmovalen. Derč je bil socialno izjemno tankočuten in je nenehno vodil prostovoljne ambulante, predaval po mestih in podeželju ter se boril za dobro slovenskega otroka, Čelešnik pa je bil po 2. svetovni vojni v drugačni vlogi in je kot kirurg tudi deloval manj na očiš javnosti. Derč je bil eden najmarkantnejših slovenskih zdravnikov, visok in bradat, duhovit in karakterni neupogljiv. Kot demokratičnega in nadpolitičnega ga je režim pogosto omejeval in je okusil marsikatero bridkost, do tega, da so ga zaradi nestrinjanja z izrazom jasli za majhne otroke čez noč upokojili. Čelešnik pa je živel bolj v duhu dobe, bil v partizanih, se družil s takratno vladajočo elito in so mu bila odprta vsa vrata. Derč je bil velik ljubitelj konj in narave, Čelešnik pa lova. Derču v čast se pediatri vsako leto srečujejo na Derčevih dnevih, v čast Čelešniku pa čeljustni kirurgi na Čelešnikovih dnevih. Akademija je bila Derču nedosegljiva, Čelešnika pa so sprejeli med svoje člane. Oba velikana slovenske medicine pa sta oralna ledino na svojih področjih in sta pisala prve črke posameznih strok.

Franc Čelešnik (1911–1973)

Rodil se je l. 1911 v Podkorenu na Gorenjskem. Osnovno šolo je končal v Kranjski Gori, gimnazijo pa v Ljubljani. Medicino je pričel študirati v Ljubljani, končal tukajšnje štiri semestre in študij l. 1934 sklenil v Gradcu. Po končanem študiju je v Gradcu in na Dunaju opravil specializacijo iz stomatologije. Med l. 1938 in 1944 je imel v Ljubljani zasebno zobozdravstveno ordinacijo. Kot aktivni sodelavec Osvobodilne fronte je bil oktobra 1944 ujet pri razstrelitvi Štampetovega mostu na železniški progi Dunaj–Ljubljana–Trst, nato prepeljan v begunjski zapor in od tam interniran v zloglasno koncentracijsko taborišče Mauthausen, kjer je po začetnem delu v kamnolomu postal pisar taboriščnega zdravnika in je ob osvoboditvi organiziral vračanje interniranih. Ob ustanovitvi Stomatološke klinike v Ljubljani je bil eden prvih sodelavcev prof. Jožeta Ranta. Bil je prvi predstojnik Klinike za ustno in čeljustno kirurgijo in prvi profesor predmeta ustna in čeljustna kirurgija na stomatološkem odseku Medicinske fakultete v Ljubljani. Strokovno se je usposabljal v Zürichu, Pragi, Ženevi, Baslu in Gradcu. L. 1945 je postal asistent, 1947 docent, 1953 je bil izvoljen za izrednega, 1962 pa za rednega profesorja čeljustne kirurgije na Medicinski fakulteti v Ljubljani. L. 1947/48 se je izpopolnjeval v Švici, za kar je prejel štipendijo Svetovne zdravstvene organizacije, in na Češkoslovaškem, po vrnitvi pa je prevzel vodstvo Klinike za ustno in čeljustno kirurgijo. Slovensko čeljustno kirurgijo je dvignil na evropsko raven in jo obogatil z izvirnimi načini zdravljenja. Izboljšal



Akademik prof. dr. Franc Čelešnik, prvi profesor čeljustne kirurgije in prvi predstojnik Klinike za maksilofacialno in oralno kirurgijo v Ljubljani. Bil je tudi prvi član SAZU iz vrst slovenskih zobozdravnikov.



Prva operacija na Stomatološki kliniki l. 1946. Pri operiranemu stoji dr. Čelešnik, levo prof. Rant.



Prvi delavski svet klinike za čeljustno kirurgijo, september 1965. Z leve si sledijo: Erna Smerajc – glavna medicinska sestra, prof. Franc Čelešnik – predstojnik klinike, NN – sestra z otroškega oddelka in katedre, doc. Vera Letić Lenart, M. Sivka – zobotehnik, asist. Marijan Jurca, predsednik delavskega sveta, M. Engelman, v. m. s. z oddelka za odrasle.

je metode zdravljenja tumorjev na obrazu, prirojenih napak in predprotetično kirurgijo. Četrto stoletje je vodil ljubljansko kliniko in katedro za maksilofacialno in oralno kirurgijo (1949–1973), v študijskem letu 1960/61 je bil tudi dekan Medicinske fakultete.

Čelešnik je bil kirurg svetovnega slovesa in je izdelal izvirne operativne metode za plastiko tuberov (1951), dvofazno zaporo obojestranske totalne heiloshize v vertikalnem zaporedju (1957) in dvoslojno zaporo antrooralnih komunikacij. Razen tega je modificiral in izboljšal nekatere že ustaljene metode drugih avtorjev. Uspešno je opravljal predprotetične kirurške posege, intraoralno osteoplastiko, operacije disgnatij in drugo, se posvečal zahtevnim operacijam obušesne slinavke s preparacijo obraznega živca ter organiziral sistematično timsko terapijo shiz. (*Lenart V. In memoriam. Zobozdravstveni vestnik 1973 (28); 3–4: 57–9.*)

Z znanjem in prodornostjo je postal ustanovni član in prvi predsednik Evropskega združenja za maksilofacialno kirurgijo

(1970–1972) ter je l. 1972 v Ljubljani organiziral njihov prvi kongres.

Napisal je pomembne učbenike: Paradentoz (DZS, 1948), Oralna kirurgija I. (Ljubljana, Kozmos, 1956), Lokalna anestezija in ekstrakcije zob (Ljubljana, 1960), Ustna in čeljustna kirurgija 1. del (Ljubljana: Univerzitetna založba, 1965). S sodelavci je napisal učbenik za prvo stopnjo stomatološkega študija Osnove ustne kirurgije (Ljubljana, Univerzitetna založba, 1963). Prav tako je prof. Čelešnik sam in s sodelavci objavil okrog sto strokovnih in znanstvenih člankov v domačih in tujih revijah. Številni med njimi so služili kot učno gradivo. Spisal je tudi številne recenzije in več poljudnih člankov. Prof. Čelešnik je bil tudi organizator: pripravil je III. jugoslovanski kongres za plastično in maksilofacialno kirurgijo z mednarodno udeležbo (Maribor, 1968) ter vodil znanstveni simpozij o heilognatopalatoshizah. Gradiva zanj je izdal v zgledno urejenem zborniku v angleškem jeziku. Aktivno se je udeležil številnih kongresov doma in v tujini.



Upravni odbor 1. kongresa Evropskega združenja za maksilofacialno kirurgijo v Ljubljani leta 1972. Drugi z leve je takrat vodilni švicarski čeljustni kirurg, Ljubljčan, prof. dr. Milivoj Perko, šesti z leve predsednik združenja prof. dr. Hugo Obwegeser, sedmi z leve je organizator prof. dr. Franc Čelešnik.



Izlet v Trento in na Vršič l. 1960. Levo prof. Čelešnik, desno prof. Rant, ob njem sin Andrej Rant (iz zbirke prim. Andreja Ranta).

Prejel je številne nagrade in postal član uglednih mednarodnih strokovnih združenj. L. 1969 je postal dopisni član Slovenske akademije znanosti in umetnosti, l. 1970 ustanovni član in prvi predsednik Evropskega združenja za maksilofacialno kirurgijo (*European Assosiation for Maxillo-Facial Surgery*) (1970–1972) ter nato njegov častni član. Bil je tudi častni član vrste tujih strokovnih združenj ter dobitnik prestižne nagrade *Magiot Académie Nationale de Médecine* (1972). Prejel je častni diplomi univerz v Sieni in Bologni. L. 1972 je za življenjsko delo prejel Kidričevo nagrado. (*Oblak P. Čelešnik F. V: Enciklopedija Slovenije, zv. 2. Ljubljana: MK, 1988: 109.*)

Ob odprtju osrednje stavbe Kliničnega centra v Ljubljani l. 1975 so akademiku Francu Čelešniku ob kolegih, kirurgu Božidarju Lavriču, ginekologu Pavlu Lunačku in internistu Igorju Tavčarju, odkrili doprsni kip, delo akad. kiparja Marjana Keršiča. L. 1998 pa sta mu Slovenska akademija znanosti in umetnosti in Občina Kranjska Gora na rojstni hiši v Podkorenu odkrili spominsko ploščo.

Ko smo se zgoščeno seznanili s Čelešnikovo biografijo, jo je treba postaviti v slovenski strokovni prostor in čas, da lažje razumemo in vrednotimo Čelešnikovo delo. Zato pogledjmo, kakšne so bile v njegovem času razmere v slovenskem zobozdravstvu.

Pred drugo svetovno vojno je pri nas zelo primanjkovalo zobozdravstvenega osebja. V Sloveniji ni bilo nobene javne zobozdravstvene šole, ne za dentiste, še manj za zobozdravnike, prav tako ni bilo srednjega zobozdravstvenega kadra (zobotehnikov). Takratni dentisti in zobozdravniki so se izobraževali v tujini, vzgoja pa je bila individualna. Pomanjkanje strokovnosti in izkušenj se je kazalo tudi v ljubljanski splošni bolnišnici. Mladi zdravniki so le redkokdaj dobili primerno znanje o ekstrakcijah zob in o tehniki anestezije. Maksilofacialnih operacij ali zdravljenja čeljustnih zlomov sploh niso opravljali, ker za to niso imeli strokovnjakov. Dr. Jože Rant (1896–1972) je bil v času med obema svetovnima vojnama med Slovenci edini, ki si



Prof. Franc Čelešnik v krogu domačih. Prvi z leve hčerki Eva Marija Zalar in Marjeta Poljšak, ob njem žena Grete.

je pridobil znanje iz nove specialistične stroke – čeljustne kirurgije, a ga ni mogel vpeljati v takratno slovensko zdravstvo. Ko je l. 1930 zaprosil za podporo za opravljanje čeljustne kirurgije, ga je načelnik za zdravstvo pri banski upravi zavrnil z besedami, da je to pri nas nepoznano in nepotrebno. Kljub temu je dr. Rant vztrajal in se je l. 1933 dogovoril s ljubljanskim kirurgom dr. Božidarjem Lavričem (1899–1961), da skupaj zdravita poškodbe obraznega skeleta in sodelujeta pri čeljustnih operacijah. To delo je dr. Rant opravljal 13 let prostovoljno, brezplačno in celo na lastne stroške. Po mnenju prof. Čelešnika zato leto 1933 šteje za ustanovno leto slovenske čeljustne kirurgije. (*Čelešnik F. Razvoj čeljustne kirurgije v Ljubljani. V: Smerdu F. (ur.) Poslanstvo slovenskega zdravnika. Ljubljana: Slovenska matica, 1965: 255–6.*)

Čas po 2. svetovni vojni je bil za slovensko zobozdravstvo prelomen. Stomatologija je postala sestavni del javnega zdravstva in so jo na začetku izvajali v zasebnih in javnih ordinacijah, kasneje pa le v zdravstvenih domovih. Nova oblast je prevzela organizacijo zobozdravstvene službe in šolanja vsega osebja ter postavila načelo, po katerem bi vsi bolniki dobili brezplačno vse zobozdravstvene storitve.

Naloge, ki jih je postavila oblast, so bile izjemno zahtevne. Brez predhodnih temeljev se je pod vodstvom dr. Ranta vzpostavila stomatološka klinika kot učna baza stomatološke fakultete. Organiziralo se je izobraževanje vseh zobozdravstvenih poklicev: stomatologov, dentistov, zobotehnikov in zobnih instrumentark, ter vzpostavila slovenska javna zobozdravstvena služba. Kot strokovnjak, organizator in vizionar se je dr. Rant zavedal, da Slovenija potrebuje solidno 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. Danes si težko predstavljamo, v kakšnih razmerah in s kako skromnimi sredstvi so postavljali na noge slovenski

zobozdravstveni center. Nekaj opreme za kliniko so pridobili na vojaškem odpadku, nekaj so je prispevali sami. Brez lastnih izkušenj in tuje pomoči je Rantova pionirska ekipa razporedila delo, zdravila bolnike, pripravila učne načrte in organizirala pouk. Oralnokirurške operacije je prof. Rant izvajal do l. 1948, ko je to področje prepustil svojemu asistentu, dr. Francu Čelešniku.

Kirurg akad. Božidar Lavrič (1899–1961) je v času delitve kirurgije na specialna področja na Slovenskem po dogovoru s prof. Rantom in z lastno avtoriteto izločil tumorsko kirurgijo ust in čeljusti iz splošne kirurgije. Pri tem sta se imenovana zgledovala po bližnjem germanskem prostoru, saj je veliko slovenskih zdravnikov pridobilo izobrazbo prav tam, najpogosteje v Gradcu. Angleška kirurška tradicija pa je opravljala čeljustno kirurgijo v okviru plastične kirurgije. Graški učitelj in vzornik profesorjev Ranta in Čelešnika je bil vrhunski čeljustni kirurg prof. Richard Trauner (1900–1980), pri katerem sta oba pridobila dragoceno znanje in izkušnje iz čeljustne kirurgije. Tudi heilognatopalatoshize so ob nastajanju čeljustne kirurgije kot samostojne panoge zdravili splošni kirurgi. Po dogovoru med prof. Lavričem in začetnikom plastične kirurgije prof. Francem Dergancem ml., ki je v Ljubljani uvajal plastično kirurgijo po

angleškem vzoru, so za razliko od angleškega modela shize v Sloveniji l. 1950 postale pristojnost čeljustne kirurgije. Dodaten razlog za to so bile pogoste zobozdravstvene težave otrok s temi napakami. Sprva so shize zdravili le pri odraslih, od 1954, ko je čeljustna kirurgija dobila nove prostore na Stomatološki kliniki, pa tudi pri otrocih. Čelešnik je poudarjal, da je terapija shiz nujno timsko delo kirurga, ortodonta, logopeda in protetika. Stomatološka klinika je postala vseslovenski center za zdravljenje shiz. Hkrati je treba poudariti, da so se zaposleni prav na področju čeljustne kirurgije interdisciplinarno povezovali z drugimi sorodnimi strokami in nudili bolnikom čim kakovostnejšo oskrbo. Ljubljanski čeljustni kirurgi so v petdesetih letih na ljubljanski kirurški kliniki prvi interdisciplinarno obravnavali poškodbe glave in obraza. Po potrebi so se vzajemno povezali tudi s kirurgi – otorinolaringologi, okulistami ali nevrokirurgi.

Tudi poškodbe obraza je v pristojnost stomatološke klinike prenesel že prof. Rant, odontogena patologija pa je bila ves čas stomatološko delo. Pri sistematičnem in kritičnem predprotetičnem kirurškem zdravljenju je prof. Čelešnik l. 1951 na kliniki izvedel prvo izvirno kirurško metodo tuberplastike, predprotetični operativni poseg, ki omogoča stabilnost zgornje totalne proteze. Kot metoda je bila prvič objavljena l. 1953.

Odprtje novega oddelka s 45 posteljami za odrasle in oddelka z 20 posteljami za otroke je bilo velika pridobitev za razvoj slovenske čeljustne kirurgije. S tem se je lahko dejavnost razširila z že omenjenih poškodb, akutnih okužb, benignih in malignih tumorjev, prirojenih nepravilnosti (shiz) še na bolezni žlez slinavk, čeljustnega sklepa, disgnatij, nevralgij trigeminalnega živca in obrazne bolečine ter na bolezni maksilarnega sinusa. Pri korekcijah disgnatij (progenija, mikrogenija in odprti griz) je bil prof. Čelešnik prvi v takratnem jugoslovanskem prostoru. Z obravnavo vse popisane patologije je maksilofacialna kirurgija prevzela celotno področje patologije ustne votline, čeljusti in obraza. (*Jurca M. Razvoj maksilofacialne kirurgije v Sloveniji. Zdrav Vestn 2000; 69: II 35–6.*)

Razvoj čeljustne kirurgije je z akademikom Francem Čelešnikom uspešno sledil razvoju v svetu. Veliki strokovnjak je vanjo vtikal lastno ustvarjalnost in presežnost. Ob vsem tem je poudarjal človeško



franc čelešnik

Kip akademika Franca Čelešnika v avli Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Naredil ga je akademski kipar Marjan Keršič, odkrit je bil ob odprtju nove stavbe Kliničnega centra Ljubljana 29. novembra 1975.



Karikatura prof. Čelešnika, delo karikaturlista Boruta Pečarja.

plat težkih bolnikov po velikih posegih v ustni votlini in na obrazu, ki so bolnike prizadeli v najosnovnejših funkcijah, kot sta dihanje in hranjenje, hkrati pa jih vizualno zaznamovali. Zato se je dodatno trudil z nenehnim prosvetljevanjem, da bi oboleli zgodaj zaznali bolezenske spremembe in prišli pravočasno na zdravljenje.

Poleg strokovne uspešnosti je prof. Čelešnika odlikoval raziskovalni dar. Znal je videti nove probleme v stroki, jih s sodelavci analizirati, o njih razpravljati in z njimi raziskovalno angažirati sodelujoče. Po njegovem zgledu je Klinika za čeljustno kirurgijo v Ljubljani izobrazila številne magistre in doktorje znanosti, ki so z novim znanjem prinašali boljše rezultate dela svojim bolnikom, mednarodno odmevnost objav in hkrati prispevali k razvoju katedre, njenega znanja in habilitaciji učiteljev. Tako je klinika vzgojila učitelje in asistente, med njimi profesorje Vero Letić Lenart, Milivoja Perka, Petra Oblaka, Marijana Jurco, Zvoneta Žajdelo, Vesno Koželj in mlajše nosilce razvoja, kot so Andrej Kansky, Nataša Hren Ihan in drugi.

Akademik Franc Čelešnik je operiral praktično do konca življenja, ko ga je zatekla huda bolezen in je 28. avgusta 1973 veliko



Spominska plošča na Čelešnikovi rojstni hiši v Podkorenu, odkrita l. 1998.

prehitro prekinila ustvarjalno življenje očeta slovenske čeljustne kirurgije.

Fotografije so iz zbirke Inštituta za zgodovino medicine in iz zasebne zbirke prim. Andreja Ranta.

Bogdan Derč (1880–1958)

Rodil se je l. 1880 v Ljubljani, na današnji Trubarjevi cesti št. 4, kot sin zdravnika ginekologa in porodničarja, dr. Josipa Derča. Osnovno šolo in gimnazijo je dokončal v Ljubljani, kjer je l. 1898 maturiral. Medicinsko fakulteto je obiskoval v glavnem v Gradcu, razen 2. semestra na češki univerzi v Pragi, in v Gradcu l. 1904 promoviral. Po promociji se je vrnil v Ljubljano in opravil staž v rojstnem mestu. Največ časa je prebil na kirurškem oddelku pri prof. Edu Šlajmerju. Bogdan Derč je do l. 1905 delal v ljubljanski bolnišnici kot pomožni zdravnik, nato se mu je izpolnila dolgoletna želja in je bil sprejet kot volonter na pediatrično kliniko dunajske univerze, kjer je bil takrat vodja znameniti bakteriolog in pediater prof. dr. Theodor Escherich (1857–1911). Prvotno je bil dr. Derč dodeljen kirurškemu pododdelku, kjer je bil razočaran predvsem nad surovim odnosom do otrok. Ob prvi priložnosti je zato zaprosil za premestitev na pododdelek za davico. Od tam je postopoma obkrožil vso kliniko in spoznal tudi urgentno pediatrično ambulantno delo. Del specializacije je opravil na tuberkuloznem oddelku v Gris-Boznu na Tirolskem. V dunajski dobi se je staklo Derčevo prijateljstvo s poznejšim bostonskim profesorjem pediatrije, madžarskim zdravnikom prof. Béloom Schickom (1877–1967), ki mu je na Escherichovi kliniki omogočil temeljito spoznavanje zdravljenja infekcijskih bolezni, škrlatinke, ošpic, oslovskega kašlja in drugih otroških bolezni. Njegov vrstnik je bil tudi poznejši dunajski profesor pediatrije Clemens Peter Freiherr von Pirquet (1874–1929), ki je takrat s sodelavcem Béloom Schickom zasnoval teorijo o alergiji (serumska bolezen) in na tej osnovi izdelal metodologijo tuberkulinskega preizkusa.



Prvi slovenski pediater dr. Bogdan Derč kmalu po opravljeni specializaciji l. 1909.



Naslovnica Derčeve knjige Slovenska mati, dŏji! iz l. 1943



Dr. Bogdan Derč z malimi bolniki ter usmiljenkama, materami in negovalkami otroške bolnišnice v Ljubljani.

Pediatri poznajo Shicka predvsem po intradermalnem testu z razredčenim difteričnim toksinom.

V splošnem dr. Derč Dunaja ni ohranil v najboljšem spominu. Tamkajšnjim pediatrom je očital, da so pred Nenemci, še posebej pa Slovani, skrivali vsako novost. Zato je raje odšel v graško otroško kliniko, ki jo je takrat vodil pediater, rojen v Ljubljani, prof. dr. Ernst Moro (1874–1951). Z Derčem, podobno kot z Igorjem Tavčarjem, je bil Moro odkrito kolegialen in ga je naš portretiranec ohranil v najlepšem spominu. Ob koncu graškega izpopolnjevanja je bil Derč še na otorinolaringološki kliniki ter se je l. 1907 vrnil v Ljubljano.

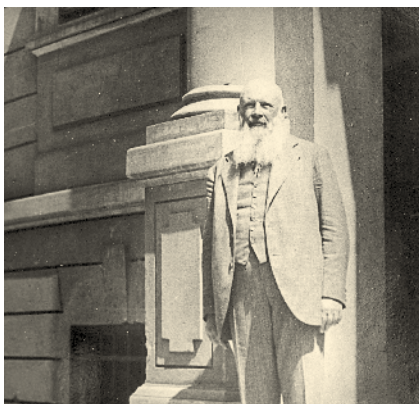
Za mladega pediatra slovenskega rodu pa v Ljubljani takrat ni bilo službenega mesta. »Elizabetina otroška bolnica« na Ulici stare pravde je bila namreč v nemških rokah vse do razpada avstro-ogrske monarhije l. 1918. Dr. Derču je uspelo doseči le, da je mestni fizikat ustanovil brezplačno otroško ambulanto, kjer je volontiral. Kljub brezplačnemu delu pa je ta ambulanta zamrla, ker otrokom niso mogli brezplačno deliti zdravil in ker se v splošnem mišljenju tistega časa bolnega otroka ni jemalo enako resno kot bolnega odraslega. Poleg kurative je dr. Derč

opravljal tudi zdravstveno prosveto. L. 1908 je v Narodnem domu v Ljubljani Splošno žensko društvo priredilo razstavo »Otrok« ter izdalo knjižico, ki naj bi bila »zaznamek razstave za vzgojo, varstvo in splošni blagor mladine«. V njej je avtor poudarjal pomembnost dojenja kot najboljšega načina prehrane dojenčka. L. 1908 je v Ljubljani prišlo tudi do pobude za namestitev prvega šolskega zdravnika. Čeprav je bil dr. Derč takrat edini slovenski pediater, ki hkrati tudi ni bil zaposlen, mesta ni dobil, ampak so nanj zaposlili dva druga zdravnika, Mavricija Rusa in Jerneja Demšarja. Zaradi gromotnih težav je tako moral sprejeti pogodbeno zaposlitev obratnega blagajniškega zdravnika v papirnicah Vevče in Goričane. Poleg splošne prakse je v papirniških ambulantah osnoval tudi otroško ambulanto.

L. 1909 je bilo v Ljubljani ustanovljeno »Društvo za skrbstvo otrok za sodni okraj ljubljanski«, ustanovitelja pa sta bila predsednik deželnega sodišča Albert Levičnik in sodni svetnik Fran Milčinski. Dr. Derč je zanje rade volje sodeloval in ordiniral kar v svoji zasebni ordinaciji. Š 1. svetovno vojno pa je zamrlo tudi delo te ambulante. 1. januarja 1913 je bil dr. Derč imenovan še za državnega policijskega zdravnika in prevzel delo, ki ga ni hotel prevzeti noben zdravnik. Pri tem mu je bila dodeljena

posebna naloga, da skrbi za blagor otrok, oddanih v rejo, in za sirote. Kot policijski zdravnik je moral nadzirati tudi javno in skrito prostitucijo. Ob tem je l. 1914 ustanovil »dezinfekcijski kabinet« v javni hiši, s čimer mu je uspelo zmanjšati venerične okužbe v Ljubljani na 0,47 odstotka (v pristaniškem mestu Trstu so takrat znašale kar 42 odstotkov!). V sproščenih klepetih med kolegi je dr. Derč včasih obudil kakšno »okroglo zgodbo« iz tega obdobja.

Med 1. svetovno vojno je bil dr. Derč nekaj časa zaposlen kot



Dr. Bogdan Derč pred otroško bolnišnico v Ljubljani l. 1934.



Dr. Bogdan Derč je bil velik umetnik pediatrije. Številne diagnoze je s svojo polstoletno zdravniško izkušnjo pravilno postavil na prvi pogled.

črnovojniški civilni zdravnik v Ljubljani in je vodil razne oddelke v ljubljanski stalni in v več provizoričnih vojnih bolnišnicah. Na tem položaju je l. 1915 med romunskimi vojnimi ujetniki prvič videl primer črnih koz (variolo vero). Toda dr. Derč je bil »politično sumljiv« in »kolegialna dejavnost« je dosegla, da ga je najvišja vojaška instanca poslala k črnovojniškemu pehotnemu polku v Galicijo. Tam je »napredoval« do svojega prvega zapora in bivanja v preiskovalni bolnišnici (*Inquisitenspital*). Končno je dosegel, da so ga po zdravniškem pregledu spoznali za nesposobnega za frontno službo. Iz Galicije so ga premestili v Plzen, kjer je služil do februarja 1918, nakar ga je deželna vlada odpoklicala in ga poslala na osemtedensko izobraževanje iz otroškega skrbstva na dunajsko pediatrično kliniko. Nameravali so ga namreč imenovati za zdravnika – skrbnika za vso Kranjsko. Komaj pa se je vrnil z Dunaja, ga je že čakala nova naloga. Zaradi pomanjkanja zdravnikov je vojaška oblast odredila, da gre na soško fronto, kjer naj bi v Korminu pri Gorici nadzoroval vračanje ozdravljenih vojakov. Ker tam naj ne bi imel pravega dela, je po svojih številnih predavanjih, ki jih je imel kot pediater v Ljubljani in njeni okolici, spisal knjižico »Dojenček«, ki je izšla l. 1918.



Markantni zdravnik dr. Bogdan Derč l. 1935. Bil je eleganten gospod, nosil je polcilinder (halkana) in bele rokavice. Otrokom, ki niso hoteli odpreti ust, je rekel: »Požru, požru, požru!«, pa so začeli jokati in pokazali grlo. Nato jih je potolažil: »Že dobro, že dobro, Picikaci!« (Izročilo prim. Andrej Rant.)

Po koncu 1. svetovne vojne so se Derču možnosti za delo izboljšale, čeprav o otroškem skrbstvu ni bilo več nobenega govora. Dne 16. julija 1919 je postal vodja otroške bolnišnice v Streliški ulici v Ljubljani, kjer je namestil svojo ambulanto in že prvo leto opravil 3.000 pregledov. Pod Derčevim vodstvom se je bolnišnica od začetnih 13 bolniških postelj razvila v zavod z 90 posteljami. Število sprejemov je postopoma naraščalo, od 300 v l. 1920, do 1.800 l. 1936 in kar 3.000 l. 1946. V tridesetih letih 20. stoletja je v bolnišnici največ otrok umiralo zaradi distrofije, atrofije in diseminirane miliarne tuberkuloze z meningitisom. V 15 letih po 1. svetovni vojni pa se je umrljivost otrok v bolnišnici znižala s 24 odstotkov na 4 odstotke. (*Zdrav Vestn*, 1947 (16): 180-2.) Obenem je dr. Derč v okviru otroške bolnišnice uresničil dolgoletni načrt in je ustanovil dojlnico. Nahajala se je v poslopju, kjer je bil prej nemški otroški vrtec (na Streliški ulici 14).

Toda Derčeva ambulanta in dojlnica nista dolgo poslovali, saj je v tistem času prišlo do reorganizacije javnega zdravstva v takratni Jugoslaviji, kot jo je spodbujal njen ideolog prof. Andrija Štampar (1888–1958). Dodaten razlog je bila nova povojna populacijska politika, ki je spodbujala rodnost in je zato uvajala ustanove, ki bi strokovno, pa tudi socialno pomagale porodnicam, materam in otrokom nasploh. Po Štamparjevi ideologiji je bilo treba pospešiti preventivo, ki so ji dotlej posvečali premalo pozornosti. Za Slovenijo je to delo prevzel l. 1923 ustanovljeni Higijenski zavod, pod vodstvom dr. Iva Pirca (1891–1967), ki je po beograjskih navodilih l. 1923 ustanovil t. i. *Zavod za socialno-higiensko zaščito dece* in 1924 prvo šolo za otroške medicinske sestre v Sloveniji ter l. 1926 prvo rejniško kolonijo za otroke v Lukovici. To socialnopediatrično delo je bilo zaupano mlajšemu Derčevemu kolegu Matiji Ambrožiču (1898–1966), ki je medicino študiral na Dunaju in kasneje opravljal specializacijo na dunajski pediatrični kliniki. L. 1926 je bil dr. Ambrožič povabljen v Beograd, tam je ustanovil pediatrično kliniko in bil nasploh pomembni ideolog socialne pediatrije.

Z ustanovitvijo opisanih novih preventivnih ustanov sta bili uradno ukinjeni Derčeva ambulanta otroške bolnišnice in dojlnica. Formalna obrazložitev je navajala neustreznost delovnih prostorov. Tudi dajatve in kredite za otroško bolnišnico je država takrat občutno znižala, češ da je potrebno skrbeti za preventivo. Tako je bilo Derčevo delo okrnjeno, njemu pa odvzet del entuziazma, ki ga je prinašal v kurativno pediatrično delo.

Od l. 1918 je dr. Derč oskrboval posebno »ordinacijo za otroke«, ki jo je ustanovil takratni Okrožni urad za zavarovanje delavcev (OUZD), današnji Zavod za zdravstveno zavarovanje na Miklošičevi ulici v Ljubljani. To službo je opravljal kot pogodbeni zdravnik, iz ordinacije pa je sčasoma naredil moderno pediatrično ambulanto. V njej je po l. 1933 delovala tudi posvetovalnica za doječe matere in po potrebi tudi za nosečnice, ki jo je ustanovil in vodil. Prim. Luka Pintar je objavil podatke o pregledanih otrocih v tej ambulanti, ki kažejo na ogromno Derčevo delo: l. 1939 – 14.300 pregledov; 1940 – 10.824 pregledov, 1941 – 13.518 pregledov, 1942 – 12.103 pregledi, 1943 (do oktobra) – 12.055 pregledov.



Ob obisku dedka Mraza na Pediatrični kliniki v Ljubljani. Na fotografiji sta profesorja Bogdan Derč in Marij Avčin.

V zgodovini slovenske pediatrije je bila velikega pomena tudi ustanovitev Pediatrične sekcije Slovenskega zdravniškega društva 29. januarja 1941. Za prvega predsednika je bil izvoljen primarij dr. Bogdan Derč, za tajnika dr. Marij Avčin. Dr. Derč je takrat podal obširno poročilo o razvoju otroškega zdravstva, predvsem v Ljubljani. Marsikatera izrečena misel velja še za današnji čas. (*B. Derč, Svetlič, M. Avčin: Problem otroške bolnice v Ljubljani. Zdrav Vestn 1941: 13 (3). Ob ustanovitvi Pediatrične sekcije SZD.*)

Po 2. svetovni vojni je bil otroški oddelek splošne bolnišnice spremenjen v pediatrično kliniko. Dr. Derč je 31. julija 1945 postal redni profesor pediatrije. Kot profesor je predlagal Društvu za vzdrževanje otroške bolnice razpustitev društva in prenos njegovih nepremičnin v last in upravo klinike.

Prof. Derč je opravljal svojo službo do upokojitve 4. novembra 1947. V pokoju pa je redno ordiniral v otroški ambulanti na Beljaški ulici. V letih, ki so sledila, so ga začele pestiti zdravstvene težave. Ob poslabšanih boleznih je bil večkrat v oskrbi na otroški kliniki v sobi, namenjeni uslužbencem. Prijelo se je je ime »Derčeva soba« in ji je to ime tudi ostalo. V njej je prvi slovenski pediater umrl 17. oktobra 1958. Nanj je ohranjen spomin preko Derčevih dnevov, na njegovi kliniki pa nanj med drugim spominjajo njegove knjige in slike, imenitni oljni portret bohinjnske akademske slikarke Jele Trnkoczy (1905–1957), pečatnik z ahatnim ročajem in pečatni prstan z njegovim imenom. (*Pintar I. In memoriam prof. dr. Bogdan Derč. Zdrav Vestn 1958; 11; 421–3.*)

Lastno doživljanje človeka, strokovnjaka in učitelja je dragocen prispevek k poznavanju njegove osebnosti. Pediater prim. Luka Pintar je prof. Derča poznal od malega: sprva je bil njegov pacient, kasneje njegov učenec, hkrati pa je bil prof. Derč družinski prijatelj Pintarjevih in sodelavec ginekologa in zgodovinarja medicine doc. Ivana Pintarja. O njem je prim. Luka Pintar med drugim avtentično zapisal naslednje:

»Na profesorja dr. Bogdana Derča me ne veže samo poklicna pripadnost pediatra kot na našega prvega profesorja otroškega

zdravstva, ampak tudi osebni spomini. Ti segajo zelo daleč nazaj v trideseta leta, v moje zgodnje otroštvo, saj me je dr. Derč zdravil, tako kot nešteto ljubljanskih otrok v tistem času. Kljub njegovi prijaznosti in obveznem pozdravljanju, tako je pač zahteval, da smo mu »kazali osle«, sem imel pred velikim možem z brado strahospoštovanje in sem vedno sodeloval ob preiskavi ... Spominjam se tudi obiskov njegove ambulante na Okrožnem uradu za zavarovanje delavcev na Miklošičevi cesti, kjer je na nasprotnem hodniku delal tudi moj oče in še drugi meni znani očetovi kolegi (dr. Pavel Krajec – kirurg, dr. Jože Jakša – dermatolog idr.).

V tej otroški ambulanti je bil vedno velik naval. Dr. Derč je množico otrok v spremstvu mater uspešno obvladoval in razporejal. Medtem ko je enega pregledoval, je morala mamica drugega izprositi v kotu ambulante za vzorec urina za preiskavo. Dobro sem poznal tudi »zapravljivček« dr. Derča, s katerim je v popoldanskem času opravljal obiske na domu. Hlapec ga je z vozom vedno čakal pred hišo in vedeli smo, da je tam bolnik. Urnik je imel, kot lahko sklepamo, zelo razgiban. Pozneje, ko sem hodil k njemu prakticirat v ambulanto v Šiški (Beljaška ulica), mi je pripovedoval, da je bila njegova prva zgodnja jutranja aktivnost jahanje, nato delo v Otroški bolnišnici (v ulici Stare pravde), okrog poldneva otroška ambulanta na Miklošičevi cesti, popoldan pa obiski malih bolnikov na domu oz. njegova zasebna praksa.

Po otroških letih ga kot pacient nisem videval. Srečala sva se ponovno, ko sem bil že študent v četrtem letniku in ga zaprosil, da bi lahko pri njem v otroški ambulanti prisostvoval ordiniranju. Bil je zelo vesel in mi takoj razložil, da mi bo lahko kazal praktično pediatrijo, toda nobene visoke znanosti. S prakso me je večkrat zelo presenetil, s svojimi diagnozami na prvi pogled, saj je npr. takoj, ko je vstopila mati z otrokom v naročju v ordinacijo, dejal: »Gospod kolega, vprašala bova in videli boste, da ima ta otrok oslovski kašelj.« In res je anamneza to potrdila in nato tipični napad oslovskega kašlja pred nami. Pri preiskavi sva našla tudi ulkus na frenulumu jezika, kar sem pozneje kot pediater videl le še enkrat. Ne bi sedaj našteval in opisoval primerov, ki so prihajali in na kaj vse me je profesor Derč opozoril. Povem naj le še to, da je bil do mater izredno odkrit, neposreden in pošten v mnenju o stanju otroka. Ob dečku asteniku, ki ga je mati želela okrepiti, jo je opozoril na dednost. Oceni naj svojo konstitucijo in naj ne pričakuje ob njej sina atleta! Staršema, ki sta prinesla na pregled razvojno težko zaostalega otroka, je obzirno, a odkrito pojasnil brezupnost glede njegovega razvoja.

To spoznavanje praktičnega dela pediatrije pod njegovim mentorstvom je bilo tako zanimivo, da sem ga podaljševal in hodil v njegovo ambulanto, če se prav spominjam, kar štiri mesece. Bilo je seveda tudi veliko teoretiziranja. Prof. Derč je bil dobro podkovan v biokemičnih vprašanih in me je mnogo spraševal. Priznati moram, da me je spravil večkrat v zadrego ...

Preden preidem na življenjsko pot dr. Derča, bi se želel dotakniti njegovega posebnega zanimanja in ljubezni do konj. Stalno je, vsaj v Ljubljani, že zgodaj zjutraj pred delom v otroški

bolnišnici jahal v okolici Ljubljane. Poleg jahalnega je imel tudi lastnega vprežnega konja, ki ga je z »zapravljivčkom« vozil po zdravniških obiskih k malim pacientom. Za ves ta prevoz je skrbel konjski hlapec, njegov uslužbenec. Lotil se je tudi večjih izletov, npr. iz Ljubljane v Rogaško Slatino, ko je imel na vajetih štiri konje in primeren voz za daljše potovanje. Kako je to organiziral, ali si je dodatne konje sposodil, od kod je bil voz za tako potovanje, ni dr. Derč nikoli pripovedoval. Spominjal se je le vožnje s četverovprego, ki je bila ponekod za tiste čase tako »hitra«, da je moral hlapec s trobljenjem na rog opozarjati »druge udeležence v prometu« na kvadrigo.«

Prim. Luka Pintar je svoj zapis sklenil z besedami: »... Bil je prvi slovenski zdravnik, ki je imel polno izobrazbo v otroškem zdravstvu na takratnih vodilnih klinikah, kjer so nastajali temelji pediatrične stroke (C. von Pirquet, Schick, Moser, Moro). Na žalost po povratku v rodno Ljubljano vsega svojega znanja ni mogel razviti zaradi slabih razmer. Ko pa bi kot prvi slovenski profesor pediatrije lahko še veliko dal bodočim zdravnikom, mu je to preprečilo enoumje takratnih oblasti. Upokojili so ga 4. novembra 1947. Grešil je s svojim mnenjem, da spada otrok k materi, k jaslim pa osel. Druga obremenjujoča izjava pa je bila, da od ruskih stvari ceni samo trojko (trojno konjsko vprego).« (Pintar L. Prof. dr. Bogdan Derč (1880–1958) *Zdrav Vestn* 2000; 69; II-25-8.)

Za sodelovanje se zahvaljujem pediatru prim. Luki Pintarju in vodstvu Pediatrične klinike UKC Ljubljana.

Fotografije so iz zbirke Inštituta za zgodovino medicine in Pediatrične klinike Ljubljana.

Ob koncu serije predstavitev prvih učiteljev na popolni Medicinski fakulteti v Ljubljani bi se rada zahvalila uredništvu *Izide* z glavnim urednikom prof. Eldarjem Gadžijevim za povabilo, vsem sodelujočim, še posebej sodelavki Senti Jaunig za pomoč pri delu, pa tudi bralcem za številne prijazne odmeve. V letu dni sem predstavila 22 univerzitetnih učiteljev, velikih osebnosti slovenske znanstvene medicine, ki so oblikovali številne povojne generacije slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov. Žal v tej seriji niso zaobjeti vsi učitelji, ki bi sem sodili, in ostaja naloga, da jih predstavimo v nadaljnjem raziskovalnem delu. Hvaležna sem pobudi *Izide*, da bi serijo izdali v samostojni publikaciji, kjer ostaja priložnost, da manjkajoče nadoknadimo. Odmikajoči se čas nas namreč oddaljuje od virov informacij, arhivski viri pa so pogosto slabo ohranjeni oz. nepopolni. Med učitelji, ki bi jih v tej seriji morali še predstaviti, ostajajo: Jernej Demšar, Ivan Marinčič, Janez Kanoni, Josip Hebein, Vito Lavrič, Vladimir Guzelj, Ljudevit Merčun, Marij Avčin, Leopold Ješe, Leo Šavnik, Andrej O. Župančič in Janez Milčinski.

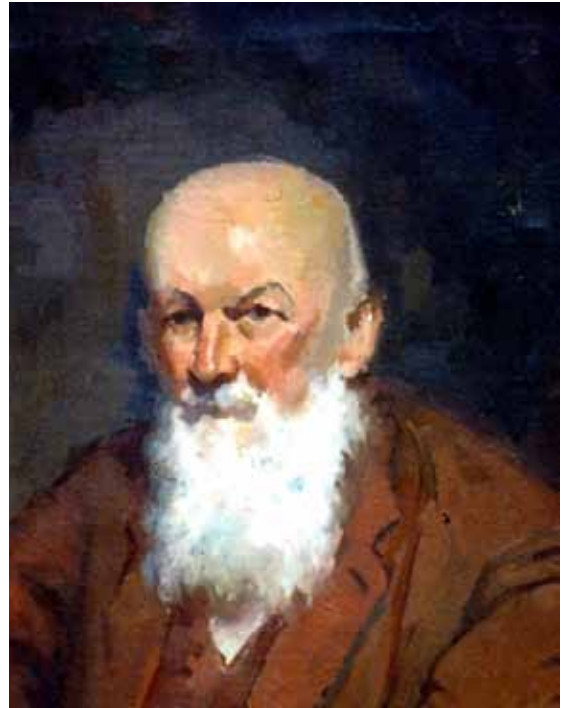
Popravek

V oktobrski številke *Izide* je v članku **Zvonke Zupanič Slavec: Prva učitelja infekcijskih bolezni ter ortopedije in rehabilitacijske medicine na popolni Medicinski fakulteti v Ljubljani, akademika Milko Bedjanec in Bogdan Breclj**, v podnapisu k levi fotografiji na str. 41 prišlo do pomote.

Pisati bi moral: Na Pastercih (ledenik pri Grogglocknerju) s prijatelji l. 1936. Z leve: Stane Hudnik, Nevina Prevc, Bogdan Breclj, Aleš Stanovnik.

Za napako se iskreno opravičujemo.

Uredništvo



Oljni potret dr. Bogdana Derča, delo akademske slikarke Jele Trnkoczy (1905–1957), doma iz Bohinja (last Pediatrične klinike v Ljubljani).



Prof. Derč je bil velik ljubitelj konj in ni prenesel nasilja nad živalmi. Nekoč je videl nekega furmana nečloveško mlatiti konja. Iztrgal mu je bič, ga udaril in ga pred vsemi ljudmi glasno ozmerjal.

Prof. dr. Peter Borisov, prim. Franc Štolfa in prim. dr. Velimir Vulikić – častni člani Medikohistorične sekcije SZD

Elko Borko, Viljem Brumec, Gregor Pivec

V lepi in skoraj povsem polni Glaserjevi dvorani Univerzitetne knjižnice v Mariboru je bil 30. septembra strokovni sestanek Medikohistorične sekcije Slovenskega zdravniškega društva (MHS SZD). Po pozdravnem nagovoru in opisu nalog ustanove je ravnateljica Univerzitetne knjižnice dr. Zdenka Petermanec pozdravila prof. Bruna Hartmana in mu čestitala za njegov 86. rojstni dan. Znanega mariborskega zgodovinarja so poslušalci nagradili še z bučnim aplavzom. Sledilo je poročilo predsednika MHS prof. Elka Borka o seji odbora 23. septembra 2010, na kateri so po razpravi o pobudi člana odbora prof. Viljema Brumca, častnega člana MHS, soglasno sklenili, da se po statutu sekcije imenuje za častne člane prof. dr. Petra Borisova, dr. med., prim. Franca Štolfo, dr. dent. med., in prim. dr. Velimirja Vulikića, dr. dent. med., za njihovo dolgoletno članstvo v naši sekciji, za številne zasluge pri proučevanju zgodovine zdravstva in za aktivno delo pri ohranjanju zdravstvene kulture. Ob vseh svojih poklicnih obveznostih so obogatili našo zgodovino medicine s številnimi objavami s področja zgodovine medicine. Sklep odbora sekcije so navzoči pozdravili z velikim odobravanjem in aplavzom.

Prof. Viljem Brumec je nato podrobneje predstavil svoj predlog, da se dr. Petra Borisova, dr. med., upokojenega rednega profesorja zgodovine medicine na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani, na pragu njegove 90-letnice rojstva imenuje za častnega člana MHS SZD. Podobno sta bila predstavljena tudi prim. Franc Štolfa, dr. dent. med., in prim. dr. Velimir Vulikić, dr. dent. med., ki ju naša strokovna javnost in bralci našega časopisa poznajo, saj ju je v novembrski številki leta 2002 ob njuni 70-letnici zelo podrobno predstavil pokojni prof. Edvard Glaser. Kljub vsemu je treba ob tokratni slovesni priložnosti vse tri na kratko predstaviti.

Prof. dr. Peter Borisov je bil rojen 27. novembra 1921 v Ljubljani, kjer je tudi končal študij medicine. Služboval je kot splošni zdravnik, nato pa je opravil specializacijo iz ginekologije in porodništva. Že kot študent se je vključeval v aktivnosti s področja zgodovine medicine in je bil leta 1951 med ustanovitelji sekcije. Leta 1974 je dosegel naslov prvega

doktorja znanosti iz zgodovine medicine z disertacijo »Oris razvoja kirurgije na Slovenskem do začetka 20. stoletja in njen prispevek k razvoju slovenske znanstvene medicine«. Po habilitaciji za docenta v naslednjem letu je deloval na Medicinski fakulteti in se tam kot redni profesor upokojil leta 1990. V tem obdobju je obnavljal in razširil dejavnosti Inštituta za zgodovino medicine, ga obogatil s pomembnim muzejskim gradivom, napisal številne samostojne publikacije, objavil številne članke v domačih in tujih strokovnih revijah, enciklopedijah, Slovenskem biografskem leksikonu in sodeloval s prispevki na kongresih in simpozijih doma in v tujini. Njegove najpomembnejše samostojne objave so: »Od ranocelništva do začetkov znanstvene kirurgije na Slovenskem« (1977), »Pregled razvoja medicinske miselnosti in odkritij, 1. in 2. del« (1980), »Zgodovina medicine« (1985, dopolnjena in razširjena izdaja leta 2009 v Mariboru pri Založbi Pivec), »Univerzitetni klinični center v Ljubljani« (1986), »Kratek pregled zgodovine stomatologije« (1986), »Ginekologija na Slovenskem od nastanka do 80. let 20. stoletja« (1995).

Prof. dr. Peter Borisov je eden najpomembnejših slovenskih zgodovinarjev medicine, njegova dela so pomemben prispevek k slovenski kulturni zgodovini, kar utemeljuje njegovo imenovanje za častnega člana Medikohistorične sekcije SZD.



Predsednik sekcije prof. Elko Borko predaja listini z imenovanjem prim. Francu Štolfi in prim. dr. Velimirju Vulikiću.

Predsednik sekcije je listino z imenovanjem predal prof. Viljemu Brumcu in ga zadolžil, da jo preda prof. Petru Borisovu, ki se zaradi bolezni ni udeležil slovesnosti.

Prim. dr. Velimir Vulikić je poslušalcem predstavil prim. Franca Štolfo.

Prim. Franc Štolfa, dr. dent. med., se je rodil leta 1932 v Celju in tam leta 1951 maturiral. V Beogradu je končal leta 1961 stomatologijo in se po vojaškem roku zaposlil na Javni zobni polikliniki v Celju, od leta 1965 pa v Železniškem zdravstvenem domu Maribor – enota Celje, in bil vse do upokojitve leta 1992 vodja strokovne službe in enote. Leta 1963 je postal tajnik, leta 1983 pa podpredsednik celjske podružnice Društva zobozdravstvenih delavcev Slovenije (DZDS). Po reorganizaciji leta 1987 je postal predsednik Društva zobozdravstvenih delavcev Celja (DZDC). Od leta 1992 je podpredsednik tega društva in hkrati DZDS. Je član Mednarodnega združenja za zgodovino medicine. Prav tako je bil dva mandata predsednik Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije (ZDZZKS).

Je član Slovenskega zdravniškega društva in Medikohistorične sekcije in je leta 1988 dobil naziv primarij. Od leta 1992 je odgovorni urednik zobozdravstvenega občasnika Radiks, leta 1995 pa je ustanovil Cedens, organizirana predavanja v DZDC. Prim. Štolfa je bil med organizatorji praznovanja sv. Apolonije, zavetnice zobozdravnikov, 9. februarja, ki se zaključijo s predavanji, družabnim srečanjem in podelitvijo Schwabovih priznanj. Je tudi pobudnik in ustanovitelj zbirke zobozdravstvenih instrumentov v Muzeju novejši zgodovine Celje, ki je bila odprta 5. maja 1993. Prim. Štolfa je slikar amater in avtor preko 1000 različnih strokovnih, medicinskih in drugih prispevkov. Njegova bibliografija obsega tudi 17 samostojnih knjižnih del različnih zvrsti. Sprejel je številna priznanja in nagrade, med njimi Schwabovo in Valvazorjevo priznanje, Grb mesta Celje, priznanje ZDZZKS, prav tako je dvakratni inovator ter častni član DZDC in DZDS.

Po predstavitvi je prim. Franc Štolfa prebral nekaj odlomkov iz svoje v samozaložbi objavljene knjige »Italija in Italijani naša usoda«, ki jo bralci našega časopisa poznajo iz strokovno napisane recenzije prim. dr. Velimirja Vulikića, objavljene junija letos.

Prim. Franc Štolfa je nato predstavil prim. dr. Velimirja Vulikića.

Prim. dr. Velimir Vulikić se je rodil 9. aprila 1931 v vasi Vitomarice na Kosovu. Po mali maturi se je leta 1947 vpisal na Sanitetno oficirsko šolo v Beogradu, ki pa so jo preselili v Ljubljano, kjer je leta 1949 končal šolo za dentiste in z 18. letom postal častnik s službo v Ljubljani. Leta 1952 se je za stalno naselil v Domžalah. Leta 1963 je dokončal študij stomatologije na ljubljanski medicinski fakulteti in postal predstojnik stomatološkega oddelka Vojaške bolnišnice v Ljubljani ter strokovni vodja zobozdravstvene službe ljubljanskega armadnega območja. Te naloge je opravljal vse do svoje predčasne invalidske upokojitve leta 1978. Leta 1971 je magistriral in leta 1984 doktoriral z disertacijo »Zobozdravstvena služba v NOB na Slovenskem«.

Prim. dr. Velimir Vulikić je soustanovitelj Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije (ZDZZKS), bil je njegov tajnik in predsednik. Ustanovil in vodil je Skupnost zobozdravstvenih delavcev NOV Slovenije ter bil tudi soustanovitelj in odbornik Društva piscev NOB. Nagrajenec je tudi član Mednarodnega združenja za zgodovino medicine, prav tako pa je član Slovenskega zdravniškega društva in Medikohistorične sekcije SZD. Organiziral je nekaj domačih simpozijev in drugih srečanj. Prim. dr. Vulikić je za svoje delo prejel skupno 22 priznanj. Njegov knjižni opus obsega 21 knjig, ki obravnavajo biografije univerzitetnih učiteljev, prispevke iz zgodovine zobozdravstva, dve knjigi je posvetil slovenskim izseljencem v Kanadi in Avstraliji ter zbirke novel. Osem knjig je izdal v samozaložbi. Bil je urednik strokovnega časopisa Bilten stomatološkega oddelka Vojaške bolnišnice in krajevnega časopisa Željan. Objavil je skupno 464 člankov z raznoliko tematiko. Njegovo publicistično dejavnost je obširno predstavil prof. Edvard Glaser v našem časopisu ob njegovi 70-letnici.

Ob tej priložnosti je prim. dr. Velimir Vulikić na simpatičen način, s precejšnjo mero humorja, predstavil svojo avtobiografsko knjigo »Utrinki iz življenja vojaškega zdravnika« z značilnim podnaslovom »Malo za šalo, malo za res«, ki jo je izdal v samozaložbi.

Med predstavitvama obeh dobitnikov naziva častni član je prof. Viljem Brumec predstavil dr. Stojana Jeretina, prvega predstojnika oddelka za anestezijo in reanimacijo Splošne bolnišnice v Mariboru, ki je napisal in v samozaložbi izdal obsežno monografijo »Začetek anesteziologije v Mariboru«. Nato je dr. Stojan Jeretin, dr. med., na jassen, razumljiv in duhovit način spregovoril o svoji knjigi. Številni udeleženci iz Ljubljane, Celja in drugih krajev, pretežno zdravniki anesteziologi, so z velikim zanimanjem sledili njegovim opisom nekaterih težkih, vendar uspešnih začetkov in dosežkov anestezije v Mariboru, ki so jih kasneje prevzeli še drugi oddelki v Sloveniji in tudi Klinični center v Ljubljani.

Ob zaključku je mag. Vlasta Stavbar predstavila nekatere stare medicinske knjige iz domoznanske zbirke Univerzitetne knjižnice Maribor, ki so bile razstavljene v dveh vitrinah pred Glazerjevo dvorano. Avtorji so po sestanku, med živahnimi razpravami, razdelili veliko svojih s posvetili ali s podpisi opremljenih knjig. Obiskovalci so jih sprejeli z zadovoljstvom in naklonjenostjo, saj so vsi trije avtorji objavili svoje knjige v samozaložbi.

Popravek

V novembrski številki Izide je pri lektoriranju članka **Dušana Sketa: Zdravnik in pisatelj Mihail Afanasjevič Bilgakov** (str. 47–49) prišlo do napake. V zadnjem stavku sedmega odstavka je bila beseda »zmrtev« zamenjana z besedo »mrtev«.

Stacke se pravilno glasi: Poseg uspe, otrok se rodi zmrtev, oživijo ga z izmeničnim potapljanjem v hladno in vročo vodo.

Avtorju in bralcem se iskreno opravičujemo.

Uredništvo

Predstavitev društva zobozdravstvenih delavcev Celja

Velimir Vulikić

Predvidevam, da marsikateri zobozdravstveni delavec na Slovenskem ne ve, da poleg Društva zobozdravstvenih delavcev Slovenije (DZDS) obstaja še tako društvo na Celjskem, ali da ni seznanjen z njegovimi aktivnostmi. Na predlog članov iz prve vrste društvenih aktivistov, prim. Franca Štolfe in prim. Marte Škapin, bom društvo, s katerim občasno sodelujem, na kratko predstavil. V pomoč so mi nekateri njuni podatki, društveno glasilo Radiks in moje vedenje o delovanju tega spoštovanja vrednega društva.

Povojni razvoj socialnega zobozdravstva je narekoval večje število zobozdravstvenih organizacij. Da bi bili kos novim nalogam, je DZDS na občnem zboru 8. aprila 1847 ustanovilo več svojih podružnic, tudi na Celjskem, katere prvi predsednik je postal dr. Leopold Brenčič (1905–1986). Ko so ugotovili, da so podružnice uspešno opravile svoje naloge, so jih leta 1954 ukinili, razen mariborske. Njihovo funkcijo je prevzelo matično društvo. Toda nove potrebe so narekoval, da so jih ponovno oživili leta 1958. Z odlokom Republiškega sekretariata za notranje zadeve so bile leta 1977 ponovno črtane iz registra društev.

Ustanovitev društva zobozdravstvenih delavcev na Celjskem (DZDC)

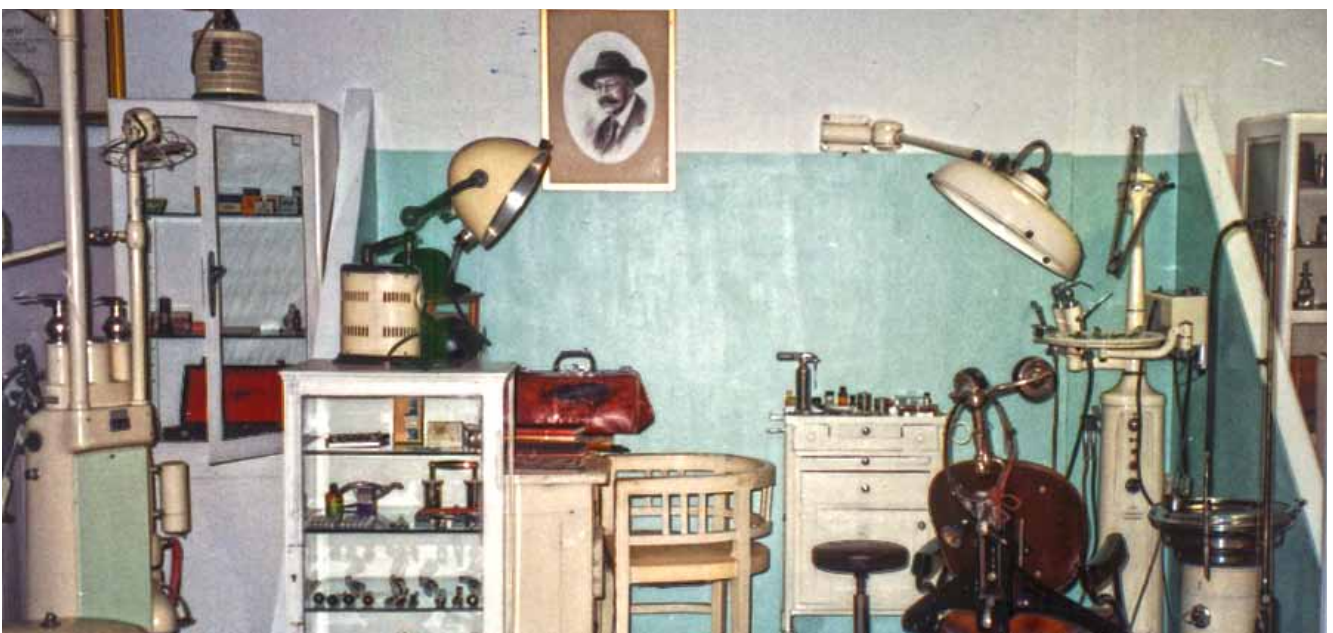
Povojni razvoj zobozdravstva je tudi na Celjskem naglo napredoval, saj so leta 1945 v Celju ordinirali le eden zobozdravnik in dva

dentista, v Žalcu zobozdravnik ter v Laškem in na Vranskem po en dentist, pol stoletja kasneje pa je na Celjskem delovalo nad 106 zobnih ekip. Desetletna društvena abstinenca od druge ukinitve podružnice je spodbudila Franca Štolfo in Franca Zabukovška, da sta na pomlad leta 1987 ustanovila iniciativni odbor za ustanovitev svojega društva na Celjskem. Oblast je društvo potrdila 18. junija istega leta. V njem je bilo včlanjeno okoli 300 zobozdravstvenih delavcev iz Celja, Žalca, Šentjurja pri Celju, Slovenskih Konjic, Laškega, Šmarja pri Jelšah in Sevnice, torej krajev z okoli 200.000 prebivalci. Od ustanovitve do leta 1992 ga je vodil predsednik prim. Franc Štolfa, za njim do leta 1998 Igor Kos, sedaj pa ga prav tako uspešno vodi predsednik Nikola Potočnik.

Poglavitne dejavnosti DZDC

Izdajanje zobozdravstvenega občasnika Radiks

Želja po izdajanju lastnega glasila je bila navzoča še med člani podružnice DZDS. S sklepom izvršilnega odbora društva z dne 6. oktobra 1992 se jim je želja uresničila. Začeli so namreč s prvo številko Radiksa, ki naj bi izhajal enkrat do dvakrat letno. Tako je pod predsedstvom Igorja Kosa celjsko zobozdravstvo dobilo revijo, ki ni konkurenčna Zobozdravstvenemu vestniku kot osrednjemu časopisu slovenskih zobozdravstvenih delavcev. Radiks, formata B5, ki izhaja na več deset straneh, je torej organizacijsko in strokovno glasilo, ki smiselno dopolnjuje visoko strokovni Zobozdravstveni vestnik. Poleg prispevkov članov DZDC je časopis odprt tudi zunanjim



Nekdanja ordinacija dr. Antona Schwaba (njegova slika zgoraj) v zobozdravstveni zbirki.

zobozdravstvenim delavcem in drugim poklicem. Uredniki časopisa so praviloma aktualni predsedniki društva. Tako je bil prvi urednik prim. Štolfa, drugi Igor Kos in sedaj Nikola Potočnik.

Strokovni seminarji, imenovani Cedens

Večletna ideja članov društva je pripeljala do odločitve za organizacijo strokovnih predavanj, po vzoru vsakoletnih seminarjev DZDS. Tako so prvi seminar (Cedens) organizirali maja 1995. Organizacijski odbor so sestavljali Igor Kos, Franc Štolfa, Srečko Savernik in Jožica Kumer. Program prvega seminarja je po uvodni besedi Igorja Kosa obsegal naslednja predavanja: prim. Franc Štolfa: Zobozdravstvo na Celjskem včeraj in danes; prof. dr. Nenad Funduk, predstojnik Oddelka snemne protetike na Stomatološki kliniki v Ljubljani: Totalna proteza z ali brez parodontalne podpore; prim. Franc Fidler: Rentgenska diagnostika parodontalne bolezni; Jožica Zavolovšek: Indeks potreb po ortodontski obravnavi; doc. dr. Danijel Žerdoner: Operativno zdravljenje disgnatij; prim. Marta Škapin: Poškodbe zob v razvojnem obdobju. Po predavanjih je sledila razprava. Cedens velja za podaljšanje licence zobozdravnikom pri Zdravniški zbornici Slovenije. Omeniti je treba hvalevredno pomoč učiteljev s Stomatološke klinike. Tako so, poleg prof. Funduka, na Cedensu predavali: akad. prof. dr. Uroš Skalerič, prof. dr. Matjaž Rode, prof. dr. Ljubo Marion. Po podatkih prim. Marte Škapin je bilo skozi vsa leta predstavljenih 111 predavanj. Avtorjev in soavtorjev je bilo 138, od tega so 69-krat predavali domači zobozdravniki, 31-krat učitelji iz Ljubljane, 17-krat zdravniki različnih specialnosti ter 19-krat predstavniki ostalih poklicev (medicinske sestre, zobotehniki) in nekaj gostov iz tujine.

Družabna srečanja na dan sv. Apolonije

Sv. Apolonija (Polona) je zavetnica zobozdravnikov in zobnih bolnikov. Živela je v tretjem stoletju v Aleksandriji. V času vladanja cesarja Dacija (248–250) so jo ujeli in ji v mučenju izbili zobe. Obsojena na smrt na grmadi se je rabljem iztrgala in skočila v ogenj. Verno ljudstvo jo časti in se zateka k njej s priprošnjami zoper

zobobol. Zobozdravstveni delavci na Celjskem so leta 1947 prevzeli sv. Polono za svojo zaščitnico. Na dan njenega godu, 9. februarja, pripravijo zgoraj predstavljeni seminar Cedens, ki mu sledi večerno družabno srečanje. Ob sproščenem druženju se sklepajo poznanstva, udeleženci si izmenjavajo misli in se zabavajo, na programu pa so tudi podelitve Schwabovih priznanj zaslužnim članom društva in zunanjim sodelavcem. Do sedaj je bilo že 63 takih srečanj, ki jim na Slovenskem ni primere.

Priznanja dr. Antona Schwaba

Celjski zdravnik, zobozdravnik, skladatelj, zborovodja in šahist dr. Anton Schwab (1868–1938) je bil rojen v Šentpavlu pri Preboldu. Na občnem zboru DZDC leta 1989 v Rogaški Slatini je bil sprejet sklep, da se najzaslužnejšim zobozdravstvenim delavcem podelijo Schwabova priznanja. S podeljevanjem so začeli leta 1991. Prvi dobitniki iz vrst društva so bili: prim. dr. Srečko Savernik, višja dentistka Marija Ferič Kifnar, višji zobni tehnik Joško Prelog, stomatološka sestra Mira Gajšek in zobna tehničarka Anica Semlič. Od zunanjih sodelavcev sta prvo priznanje dobila doc. dr. Marjan Premik in prim. dr. Velimir Vulikić.

Ustanovitev muzejske zobozdravstvene zbirke

Na pobudo predsednika DZDC prim. Štolfe so se leta 1991 v društvu začele aktivnosti za zavarovanje tehniške dediščine stanovskih predmetov. Pobuda je nato prerasla v dejanja in kmalu so zbrali okoli 2800 predmetov, najstarejši izvira iz sredine 18. stoletja. Kolektiv Novejšega muzeja v Celju je zbirki ponudil svoje prostore. Ko so bile priprave končane, je bila zbirka 5. maja 1993 odprta za javnost. Zbirka je po obsegu in vsebini edinstvena v Sloveniji ter ena ne tako številnih v svetu. Evidentirana pa je celo v Evropskem združenju zgodovinarjev medicine.

Predstavljene so le nekatere dejavnosti članov DZDC, na čelu z zanesenjaki, ki v tem potrošniškem času ne sprašujejo za plačilo porabljenega časa, neprespanih noči in za povračilo lastnih stroškov.



Odprtje zbirke 5. maja 1993. Z leve: dr. V. Vulikić, prim. F. Štolfa, celjski župan E. Rojec, direktorica muzeja A. Rihter in minister za kulturo S. Pelhan.



Cedens 2003 (z leve: prim. Franc Štolfa, prof. dr. Matjaž Rode, dr. Dragica Planko in zob. teh. Jože Prelog).

Izobraževanje na daljavo, e-medicina

Rajko Vajd

Uvod

Katedra za družinsko medicino je v sodelovanju z Združenjem zdravnikov družinske medicine in Zavodom za razvoj družinske medicine pretekli mesec postavila v slovenski medmrežni prostor novo spletno stran, ki je namenjena izobraževanju. Tovrstna izobraževanja so v svetu (*Continuing medical education – CME*) prisotna že vrsto let in so slovenskim zdravnikom dobro poznana. Njihova glavna pomanjkljivost je v tem, da niso v maternem jeziku in da morajo uporabniki dobro poznati tuj jezik, da lahko gradivo preberejo in pravilno razumejo. Naši zdravniki se lahko sedaj na novi spletni strani izobražujejo na enak način v slovenskem medicinskem izrazju.

Svetovni splet je pomemben vir informacij, postaja pa tudi medij za stalno strokovno izobraževanje. Klasične oblike izobraževanja so povezane z odsotnostmi iz ambulant, ki si jih kolegi ob pomanjkanju zdravnikov pogosto težko privoščijo, zato je takšen način izobraževanja dodatna možnost za vse zdravnike.

O projektu

Predlog za projekt e-medicine je bil v naših načrtih že nekaj časa in v letu 2010 smo s pomočjo sredstev Zavoda za razvoj družinske medicine udeležili idejo in projekt je zaživel na spletu. Elektronsko izobraževanje postavlja učenca v aktivnejšo vlogo, kot jo poznamo v tradicionalnem izobraževanju. Nova oblika izobraževanja nam daje možnosti brezplačne pridobitve dodatnih kreditnih točk za podaljšanje licence in bo pomagala izpolniti zahteve Zdravniške zbornice Slovenije po večjem številu kreditnih točk.

Dodeljevanje kreditnih točk

V Sloveniji je število potrebnih kreditnih točk, ki jih mora zbrati zdravnik v sedemletnem obdobju, 75, zdravnik mentor

pa jih mora zbrati kar 50 v koledarskem letu. Slednjo zahtevo mentorji težko dosežejo, zato smo za njih in vse ostale zdravnike postavili novo obliko doseganja teh točk.

Vsaka spletna vsebina bo ocenjena z določenim številom kreditnih točk za stalno strokovno izobraževanje. Uredniki spletne strani bodo za vsako od vsebin zaprosili Zdravniško zbornico Slovenije za dodelitev ustreznega števila kreditnih točk in ji nato sproti poročali o zdravnikih, ki so se izobraževali na spletni strani.

O spletni strani

Do spletne strani dostopate na www.e-medicina.si. Novi uporabniki se morajo v sistem registrirati z elektronskim naslovom in osebnimi podatki, ki jih potrebujejo za podelitev kreditnih točk. Po nekaj minutah dobijo avtomatsko generirano obvestilo za potrditev e-poštnega naslova. Ko uporabnik klikne na povezavo v elektronski pošti, se podatki posredujejo urednikom spletne strani, ki preverijo verodostojnost vnešenih podatkov. Urednik potrdi uporabnika najkasneje v 48 urah. Tovrsten sistem je potreben zaradi varnosti in onemogočanja napadov na strežnik, kjer gostuje spletna stran in kjer se hranijo vaši dragoceni podatki.

Povabilo

Uredniški odbor vabi zdravnike, željne znanja, da postanejo uporabniki spletne strani. Nove teme se bodo objavljale predvidoma na tri mesece in sčasoma bo www.e-medicina.si postala prava zakladnica znanja. V primeru, da ste z predstavljeno obliko izobraževanja zadovoljni, vas prosimo, da nas priporočite svojim kolegom in jim s tem omogočite, da z njimi delite znanje spletne strani. Številni zadovoljni uporabniki pa nam bodo spodbuda za nadaljevanje in izboljšanje projekta. Vabljeni.

Naslovna stran e-medicina.

Fonendoskop za abdominalne preglede

Medsebojno učenje študentov s prenosno ultrazvočno aparaturo v simulacijskem centru Medicinske fakultete Univerze v Mariboru

Marjan Skalicky

Še danes se živo spominjam vzdušja pri kosilu pred 40 leti, ko nam je oče, prof. dr. Bogo Skalicky, predstojnik porodniškega oddelka SB Maribor, poročal o novosti, ki so jo uvedli v rutinsko preiskavo na oddelku. Takrat sem prvič slišal, da so začeli z rednimi pregledi nosečnic z ultrazvokom (UZ). Kot radovednemu absolventu medicine, takrat sem namreč zaključeval študij, se mi je ta novost o UZ v trebušni diagnostiki zdela kot resnično nekaj elementarno naravnega. Oče mi je pojasnil, da gre za nenevarno naravno preiskavo nosečnic, pri kateri se izkorišča piezoelektrični fenomen kristalov silicija v UZ-sondi. Ta lastnost namreč omogoča pretvorbo mehanske energije v elektromagnetno in obratno. Ta čudež narave oz. fenomen se je v mojem takratnem znanju tako zasidral, da me je spremljal vse naslednje obdobje do ključnega trenutka leta 1974, ko sem pričel že kot specializant interne medicine, usmerjen v gastroenterologijo, sodelovati s svojim učiteljem za UZ prim. Igorjem Japljem, dr. med., specialistom porodništva in ginekologije. Ti pionirski mentorski koraki so seveda zapustili v meni obvezo, da nadaljujem z UZ-diagnostiko in kasneje tudi terapijo.

V zgodnjih kliničnih pristopih do bolnikov sem začutil, da je trebušni predel s propedevtičnimi normami zapostavljen, saj ni bilo metode, ki bi v praktičnem delu dopolnila standardno propedevtično ugotavljanje abdominalnih organov. Zato sem se odločil, da bom prenesel filozofijo fonendoskopa iz srčne in pljučne diagnostike še v obravnavo organov trebušne votline. UZ-sondo in pregled sem pričel uporabljati kot prvi absolutno indiciran pregled trebuha hospitaliziranega bolnika. S tem sem dopolnil zdravniški pregled, omejen na palpacijo, avskultacijo in sususijo. V trebušni votlini preiskujemo približno 28 organov ali organskih sistemov, zato je namen, da v dokumentu statusa abdomna ne opisujemo samo t. i. negativnih izvidov, tj. ne tipam organov, ne tipam patoloških stanj, ne najdem nečesa, kakor da je trebuh prazen. Od teh prvih pregledov je odvisno, v katero smer se bo odvijala nadaljnja diagnostika in terapija.

Z idejo abdominalnega fonendoskopa, da bi se študentje naše MF pri praktičnem delu na naši kliniki seznanili z rabo UZ-sonde, sem seznanil dekana prof. dr. I. Krajncja. Nad idejo je bil navdušen in MF je v ta namen kupila prenosni UZ-aparat s kompletno tehnologijo. Zaradi priročnosti in majhnosti aparata ga uporabimo tudi za preiskavo bolnika v njegovi bolniški postelji ob jemanju anamneze. S tem sem spremenil nekdanjo servisno filozofijo uvodnega kliničnega pregleda, po kateri je zdravnik nekomu drugemu naročil tudi UZ-pregled z napotnico.

To novost smo uvedli v 3. in 6. letniku naše MF v sklopu rednih programov. V 3. letniku smo izobraževanje s prenosnim UZ-aparatom vključili v sklop kliničnih vaj iz propedevtike interne medicine, v 6. letniku pa v delo simulacijskega centra, nato pa tudi v klinično



delo na oddelku. V 3. letniku študente najprej seznanimo z rabo UZ pod vodstvom učitelja, mentorja, tako da drug drugemu, torej študent študentu s prenosnim UZ-aparatom pregledajo trebuh. Tako se s pomočjo UZ-slike seznanijo z normalno anatomijo trebušne votline. Pri tem jim je v pomoč učbenik *Osnove ultrazvočne anatomije trebušne votline*, avtorja doc. dr. Vojka Flisa s soavtorji, ki ga je izdala MF leta 2009.

Med učenjem v simulacijskem centru MF študente poučujemo najprej o normalni anatomiji trebušne votline, zatem pa še o patologiji. Študentje imajo po vajah v simulacijskem centru možnost aparat prenesti v bolniško sobo k bolniku, ki ga bodo preiskali skupaj z mentorjem.

V začetku aprila 2010 smo imeli na naši interni kliniki prve izpite iz predmeta interna medicina. Za izpit ene izmed študentk, ki sem ji bil dodeljen kot izpraševalec in vodja izpita, sem predvidel v obravnavi kliničnega primera tudi orientacijsko preiskavo z UZ. Študentka je izredno uspešno opravila t. i. orientacijsko analizo bolnice z zlatenico. S svojim znanjem teorije in praktičnega dela z UZ prenosnim aparatom se je zelo približala resničnemu bolezenskemu stanju bolnice, tj. tumorju Vaterjeve papile v glavi trebušne slinavke. Ta študentka in njeni kolegi so čez nekaj tednov diplomirali kot prvi diplomanti mariborske MF. S fakultete so odnesli v svoje zdravniško delo tudi določeno UZ-znanje trebuha in z njim prehiteli marsikaterega specializanta, pa tudi večino specialistov interne medicine.

Da bo dobila ta naša nova strokovna in pedagoška kakovost še znanstveno osnovo, smo razpisali raziskovalno nalogo za dekanovo nagrado z naslovom: »Propedevtično raziskovanje kliničnih primerov s prenosnim abdominalnim ultrazvokom«. Ta posebnost izobraževalnega programa naše MF je tudi izhodišče za širše razmišljanje o uvedbi abdominalnega fonendoskopa v izobraževalni program specializacije zdravnikov družinske medicine in nekaterih drugih specializacij.

Študijska izmenjava Erasmus na Medicinski univerzi Dunaj

Nina Fokter

V zadnjih letih so se na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani močno razširile možnosti opravljanja dela študijskih obveznosti v tujini. Ena izmed njih je študijska izmenjava v okviru evropskega programa mobilnosti Erasmus. Program, ki deluje že od leta 1987, omogoča od tri do dvanajst mesecev študija v drugi evropski državi. Če se študent drži predhodno podpisane-ga sporazuma, mu program Erasmus zagotavlja priznanje vseh v tujini opravljenih študijskih obveznosti na matični univerzi. Študent je v času opravljanja izmenjave redno vpisan na matično univerzo, zato na gostiteljski univerzi ne plača šolnine. Poleg tega lahko zaprosi za posebno Erasmus štipendijo, ki mu olajša kritje stroškov življenja v tujini. Željna novih izkušenj sem se odločila pridružiti rastoči skupini Erasmus študentov in opravi-ti obveznosti šestega letnika na Medicinski univerzi Dunaj.

Dunajska medicinska univerza je s povprečno 8500 vpisanimi študenti na leto ena izmed največjih tovrstnih ustanov na svetu. Pred časom so študij medicine povsem prenovili, vendar je za zdaj pri študijski izmenjavi še mogoče izbirati med starim in novim programom. Po starem programu si študent v skladu z določenimi pravili sam izbere zaporedje opravljanja vaj in izpitov, pri čemer so izpiti ustni, opravljati jih je mogoče kadar koli med študijskim letom in obsegajo po en posamezni predmet (podobno kot v Ljubljani). Po novem programu so predklinični predmeti razdeljeni na vsebinske sklope, ki zajemajo vse predkli-nične vidike posameznih organskih sistemov oz. funkcionalnih enot človeškega telesa, npr. endokrinologija in presnova, srce in ožilje, možgani, živci in bolečina ipd. Ti sklopi potekajo v t. i. blokih, torej en vsebinski sklop s predavanji, seminarji in vajami vsak dan nekaj tednov ali mesecev, nato ga zamenja naslednji. Le nekateri posebni predmeti potekajo linearno preko celotnega študijskega leta, npr. prva pomoč, propedeutika idr. Podobno so razporejeni tudi klinični predmeti v zadnjih letih študija: klinični sklop vedno sestavlja začetnih nekaj tednov vsakodnevnih preda-vanj ali seminarjev, takoj nato pa sledijo klinične vaje. Ob koncu vsakih kliničnih vaj tretjino naključno izbranih študentov doleti praktični izpit, o katerem so obveščeni dva do tri dni vnaprej in ga morajo uspešno opraviti, če želijo nadaljevati študij. Ob koncu študijskega leta je en sam pisni izpit, ki z vprašanji tipa »multiple choice« preverja poznavanje vseh področij, obravnavanih v enem letu. Med počitnicami morajo študenti opraviti najmanj 18 tednov počitniške prakse, ki jo lahko opravljajo v poljubnem času med celotnim študijem, v poljubnih bolnišnicah in do neke mere na poljubnih oddelkih. Vsaj del počitniške prakse naj bi opravljali po opravljenem izpitu iz dotičnega predmeta. Študij zaključijo z uspešnim zgovorom diplomske naloge.

Sama sem na Dunaju opravljala celotne vaje petega letnika novega študijskega programa, tj. kirurgijo, interno medicino

ter urgentno in intenzivno medicino, poleti pa še osem tednov počitniške prakse iz interne medicine in dva tedna porodništva in ginekologije.

Pred začetkom kliničnih vaj so mi omogočili sodelovanje na popoldanskih vajah študentov drugega letnika, ki se na lutkah učijo praktičnih veščin, kot npr. jemanja krvi, nastavljanja venskih kanalov ipd. V Avstriji to namreč sodi med naloge zdravnikov in ne medicinskih sester. V univerzitetnih in učnih bolnišnicah te naloge brez izjeme opravljajo študenti na vajah oz. praksi.

Vaje iz kirurgije in interne medicine so potekale po programu, podobnem našemu. Zelo učinkovita so se mi zdela predavanja in seminarji tik pred vajami, saj so bili študenti za pridobiva-nje teoretičnega znanja takrat zelo motivirani. Koristen je bil enotedenski tečaj EKG pred začetkom vaj iz interne medicine. Za razliko od načina dela na naši fakulteti je bilo na Dunaju mogoče opaziti, da se v času vaj študenti ne morejo učiti za druge izpite. Na vajah, posebno na oddelkih interne medicine, so nam že prvi dan jasno razložili, kaj od nas pričakujejo. Na-loge študentov so obsegale predvsem jemanje krvi, nastavljanje infuzij, snemanje EKG ipd. Bolnike smo lahko spremljali na razne preiskave in sodelovali pri viziti. Vsak dan smo tudi spre-jeli vse nove bolnike. Zaradi jasno opredeljenih nalog se nismo počutili odveč, ob koncu dneva so se nam oddelčni zdravniki in profesorji pogosto celo posebej zahvalili za pomoč.

Tudi predmet urgentna in intenzivna medicina se je začel s predavanji, nadaljeval z učenjem praktičnih veščin v majhnih skupinah in zaključil s tremi tedni vaj v kirurški intenzivni enoti.

Skozi vse leto so enkrat tedensko potekale konference s pred-stavitvijo kliničnih primerov, ki so spadale pod predmet diagno-stičnih znanj. Predstavitve bolnikov so potekale interaktivno, tako da so predavatelji postavljali vprašanja v zvezi z diagnosti-ko, predlagano terapijo ipd., študenti pa so elektronsko glasovali za pravilni odgovor. Poleg tega so vsak teden v posebnem spletnem programu predstavili novega bolnika, o katerem se je na internetu razvila študentska razprava, na osnovi razprave pa so tekom tedna dodajali nove izvide, rentgenske posnetke ipd. Sodelovanje v razpravi je bilo prostovoljno, vsak študent pa je moral individualno preko spleta odgovoriti tudi na nekaj obveznih vprašanj. Naslednji teden so na začetku konference predstavili rešitev spletnega primera, tri najboljše prispevke k razpravi pa nagradili.

Izpit ob koncu petega letnika je zajemal interno medicino, kirurgijo ter urgentno in intenzivno medicino. Vprašanja so bila večinoma tipa »multiple choice« z enim pravilnim odgovo-rom, nekatera pa so imela več pravilnih odgovorov, pri čemer je

bilo število pravih odgovorov vedno zapisano ob vprašanju. Vprašanja so največkrat kratko predstavila bolnika z rezultati ali slikami različnih preiskav in spraševala po diferencialni diagnozi, diagnostiki ali zdravljenju. Po računalniškem popravljanju izpita so se pristojni za posamezne predmete pogovorili o vseh vprašanih, na katera je pravilno odgovoril premajhen odstotek študentov, in jih v primeru ugotovljenih nejasnosti izločili. Za pozitivno opravljen izpit je bilo treba pravilno odgovoriti na najmanj 60 odstotkov vseh upoštevanih vprašanj in hkrati doseči najmanj 60 odstotkov tudi pri vsakem posameznem predmetu. Do rezultatov izpita je dostopal vsak študent s svojim osebnim geslom preko posebnega spletnega mesta, kjer je lahko svoj dosežek primerjal s povprečjem letnika pri vsakem posameznem predmetu, poleg tega pa si je lahko ogledal tudi vsa izpitna vprašanja s pravnimi odgovori in individualno informacijo, ali je na posamezno vprašanje odgovoril pravilno ali napačno.

Po izpitu sem opravljala še poletno prakso iz interne medicine ter ginekologije in porodništva. Čeprav je bila praksa iz interne medicine vsebinsko zelo podobna vajam, sem se šele po izpitu na oddelku počutila dovolj samozavestno za precej samostojno delo, ki ga od študentov na praksi zahtevajo, hkrati pa so me tudi sodelavci sprejeli kot skoraj enakovredno specializantom.

Na praksi iz ginekologije in porodništva sem bila zaradi pomanjkanja časa vsak dan razporejena drugam, zato sem lahko v glavnem le opazovala. Kljub temu je bilo zanimivo spoznati utrip velike terciarne ustanove z relativno majhnim številom bolnic in za naše razmere nepredstavljivo dolgim časom ukvarjanja z eno pacientko.

Vesela sem, da sem se odločila za opravljanje študijske izmenjave Erasmus in da sem za to izbrala prav Dunaj, ki je tako zaradi kakovosti medicinske univerze kakor tudi zaradi neizčrpne lepote mesta idealen kraj za študijsko izmenjavo. Čeprav oziroma ravno zato, ker si želim po koncu študija delati v Sloveniji, sem prepričana, da je izkušnja študijske izmenjave bistveno obogatenila moj študij medicine v celoti. Verjamem namreč, da me je ta izkušnja naučila večje odprtosti, samoiniciativnosti in strpnosti ter mi tako omogočila boljše opravljanje zdravniškega poklica v prihodnosti.

Egyd Gstättner: V malem rajju

V naših razmerah se ne zgodi zelo pogosto, da tujec piše o slovenščini in Slovencih. Da pa se kaj takšnega zgodi na avstrijskem Koroškem, je za njihove razmere skoraj bogokletno, za nas pa nezaslišano.

Ob 90-letnici koroškega plebiscita sta Nedelja ter Der Sonntag, verska časopisa krške škofije, prvič v zgodovini njunega izhajanja pripravila skupno dvojezično izdajo. Prispevke zanjo so pripravili tako slovenski kot nemški koroški avtorji. Med slednjimi je - tudi med Slovenci - dokaj znan koroški nemški pisatelj Egyd Gstättner. Njegov zapis ni le značilno odkrit, temveč tudi nenavadno prijazen. Morda celo pravičen. Zato se mi ga je zdelo nujno prevesti in objaviti. Kot drugačen pogled na slovenščino.

Prevajalec

Slovenščine ne znam. Samoumevno pa vem, da je slovenska beseda za *Kärnten* Koroška in da se *Klagenfurt* imenuje Celovec. *Villach* je Beljak, *Bleiburg* je Pliberk in *Drau* je Drava. V svojem življenju sem se seveda naučil tudi nekaj besed in izrazov vljudnosti: Dobro jutro! Dober dan! Dober tek! Dober večer, ljubim, prosim, na svidenje, lahko noč, Jadransko morje, hvala lepa.

Vendar sem pa daleč od tega, da bi se vsaj napol lahko sporazumeval v slovenščini. Peter Handke govori slovensko bistveno bolje kot jaz, a še vedno slabo, tako pač meni on sam, kot mi je to povedal moj prijatelj koroški Slovenec, ki je Handkeja nekoč srečal na trgu *Benediktiner Platz* v Celovcu ter ga o tem povprašal. »Težka je,« kot je povedal Ivica Osim iz Bosne ...

Vsakokrat, ko se z ženo peljeva po spodnjem Koroškem ali potujeva po slovenskem ozemlju na Bled, v Kranjsko Goro, v Piran ali Portorož, ona venomer vzdihuje: Sramota, da ne znava slovensko! S slovenščino človek lahko potuje po vsej Vzhodni Evropi, vse do Moskve! (Priznam, da sva v Moskvi le poredkoma; nikoli, če se natanko izrazim). Tako lep, četudi težak jezik! Na primer dvojina. Najpozneje pri Postojni moja žena vsakokrat reče: »Ko bova prišla domov, se bova vpisala v tečaj slovenščine! Se strinjaš?« - »Strinjaj se.« Toda ko sva spet doma, se pa na žalost ne vpiševa v tečaj slovenščine.

V mojem gimnazijskem času v učnem načrtu ni bilo nobenega od obeh jezikov, govorjenih med južnimi sosedmi Koroške in Avstrije. Tako tudi ne jezik naše lastne, koroške slovenske manjšine. Za razliko od vseh drugih strok bi bila to dva predmeta, ki bi ju v svojem poznejšem življenju zares lahko uporabljal. Tisto pa, kar je v gimnaziji nadomestilo slovenščino in italijanščino, je bilo bojevito praznovanje 10. oktobra, ki se je iz ravnateljve pisarne prenašalo v vse razrede. Ingeborg Bachmann (ki je takrat še živela, vendar daleč stran v Rimu, in kot prozaičarka ni bila znana, temveč dobesedno zamolčana) je bojno ščuvanje glasu radijskega napovedovalca primerjala s kroglasto streljo, ki je prišla iz radijskega aparata *Volksempfänger* in se potem kotalila po kuhinji. In tako kot ta kroglasta strela se je potem tudi ravnateljev besneč, ukazujoč glas kotalil po

vseh kotih vseh razredov, kjer so tiho kot miši sedeli učence, učenci in njihovi učitelji ter morali pobožno poslušati. O zločinah na eni, o junaštvih na drugi strani ter vedno znova iztisnjene besede *frei und ungeteilt und deutsch* (svobodna in nerazdeljena in nemška). Kri in meja, stiska in smrt, bilo je pošastno. Takrat se mi je 10. oktober v načelu zagnusil že samo zaradi teh paravojaških poskusov indoktrinacije.

Kaj pa je od mojega jezikovnega razvoja še mogoče pričakovati? Takšna ali drugačna slovenska beseda bo v preostanku mojega življenja gotovo obogatila moj besedni zaklad, npr. **dekle v jezeru**¹. Vendar nočem vzbuhati napačnega vtisa in se mučiti, se postavljati, biti nastopač, se bahati in se tudi ne delati neverdostojnega: še naprej bom sanjal o tečajih slovenščine in še nadalje ne bom nobenega končal. Tako slovenska, kot je slovenščina Petra Handkeja, moja slovenščina ne bo nikoli. Česar se mali Egyd ni naučil, se ubogi stari Egyd ne bo naučil nikoli, zato *sorry!* Pač nimamo več tistih sto petdeset, dvesto let življenja, ki bi jih morali imeti, da bi sami mogli/znali/morali sodoživeti, kako se tako nemščina kot slovenščina (in vsi drugi evropski jeziki) redita z anglicizmi, tako da se nekoč *de facto* med sabo sploh ne bosta več razlikovali.

Ni pa prav nobenega razloga, da bi se tolkli po prsih, če živimo med ljudmi, ki so za en jezik bogatejši, kot smo mi. Prav nasprotno: v pogovoru s koroškimi slovenskimi sodržavljani se vedno nekoliko sramujem, predvsem pa čutim hvaležnost, da se moje pomanjkljivosti zavedajo in da me ne karajo za mojo lenobo. Če koroški Slovenec z mano govori nemško, čutim to kot prizadevnost, kot prijaznost in velikopoteznost, in tako je zame samoumevno, da se s svojimi skromnimi sredstvi trudim za naklonjenost Slovencem. Da gojijo in čislajo svoj jezik in ga hočejo imeti tudi na uradih ter krajevnih napisih. Pri tem jih je nujno podpirati, tudi če človek sam slovenščine ne zna.

Vsako leto, tam okoli 10. oktobra, ko mi severno od Karavank postane neprijetno, me skupina koroških Slovencev za nekaj dni vzame s sabo na Jadransko morje, zaradi milega podnebja. Dobro dene, da skupaj sedimo ob eni mizi, da govorimo, da jemo, da pijemo, da vzdihujemo, da se smejemo. Je bil Vinko ali pa Janko tisti, ki sem ga zadnjič opazoval pri jedi, ko je sedel nasproti mene in z nožem in vilicami obdeloval polnjene kalamare? Ne gre za to, da nož sodi k vilicam ali vilice k nožu. Gre zgolj za to, da se ne spopadeta, temveč opravita skupno stvar, sodelujeta. *Mahlzeit*, dober tek! Skrivnih namigov (že zaradi sebičnosti) ni treba izdati! Ampak gostilna, kjer smo jedli, ima tako lepo ime, da bom tu naredil izjemo. Imenuje se Mali raj – *Piccolo Paradiso* – *Kleines Paradies*.

Prevod: Marjan Kordaš

¹ Egyd Gstättner: **Dekle v jezeru. Priповed** (Austriaca, sodobna avstrijska proza). Mohorjeva, Celovec, 2007, 133 str. Prevod: Jože Plešej. Nemški izvirnik: **Das Mädchen im See. Erzählung**. Edition Atelier, Wien, 2005. Za recenzijo glej Isis 2010; 19: 85-86.

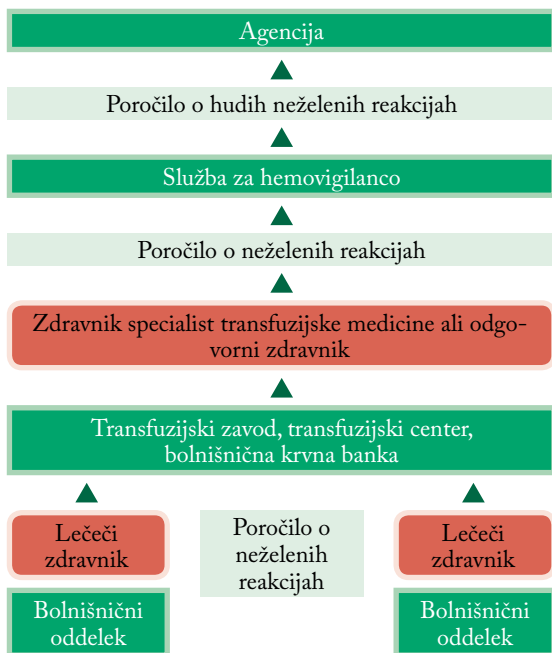
Hemovigilanca v Sloveniji v letu 2009

Marjeta Potočnik

Uvod

Hemovigilanca je definirana kot niz organiziranih postopkov nadzora v zvezi s hudimi neželenimi ali nepričakovanimi dogodki ali reakcijami pri krvodajalcih ali prejemnikih krvi in komponent krvi ter epidemiološko spremljanje krvodajalcev. Zbrani podatki nakazujejo, na katerih mestih v transfuzijski verigi so kritične točke. Spodbujajo k iskanju ukrepov za večjo kakovost komponent krvi in večjo varnost transfuzije.

V Sloveniji je obvezno poročanje o vseh neželenih reakcijah (NR) in dogodkih ob transfuziji krvi. V Pravilniku o hemovigilanci so objavljeni obrazci za prijavljanje in poročanje in poti poročanja (slika 1). Lečeči zdravnik ob pojavu neželene transfuzijske reakcije ali neželenega dogodka izpolni obrazec Prijava neželene reakcije (ali dogodka) in ga pošlje zdravniku specialistu transfuzijske medicine (TM) na zdravstvenem zavodu, ki je komponento krvi za transfuzijo izdal. Prijava je obenem naročilnica za preiskave, ki jih na podlagi prejetih informacij odredi zdravnik specialist TM. Presodi tudi o potrebnih ukrepih, da se prepreči večja škoda, npr. da se odpokliče druga komponenta, ki je bila pripravljena iz tiste enote krvi, ki je domnevno povzročila TR, če obstoji upravičen sum, da bi le-ta lahko povzročila reakcijo tudi pri drugem prejemniku. Zdravnik specialist TM pridobi dodatne informacije, če so potrebne za pripravo končnega poročila in mnenja, namenjenega lečečemu zdravniku.



Slika 1. Prijavljane in poročanje o neželenih reakcijah ob transfuziji krvi in komponent krvi.

Poročila o neželenih reakcijah in dogodkih (NRD) ob transfuziji krvi in postopkih priprave komponent krvi zbira Služba za hemovigilanco na Zavodu RS za transfuzijsko medicino (ZTM). Javni agenciji za zdravila in medicinske pripomočke (Agencija) pošilja poročila o sumu in potrditvi hudih neželenih reakcij in dogodkov ter letna poročila. Pri obravnavi in pripravi letnega poročila sodeluje Delovna skupina za hemovigilanco. Poročila o NR ob transfuziji smo začeli sistematično zbirati leta 2003 in od takrat NR sporočajo vse bolnišnice v Sloveniji.

Poročila o številu in vrstah neželenih reakcij ob transfuziji v letu 2009

V letu 2009 smo prejeli 174 poročil o NR (razpredelnica 1). Prijav hemolize ni bilo. V petnajstih primerih je bil prijavljen pljučni edem, v dveh primerih akutna poškodba pljuč v zvezi s transfuzijo (TRALI). Prijav reakcije presadka proti gostitelju (GVHD) in potransfuzijske purpуре (PTP) nismo prejeli. Največ je bilo prijav nehemolitične vročinske reakcije (75) in alergične reakcije (70). V treh primerih je prišlo do anafilaktoidne reakcije. Prijavljena sta bila dva primera suma okužbe s transfuzijo krvi. V treh primerih smo prejeli prijavo hipotenzije in v enem primeru dispneje po transfuziji. V treh primerih vrsta reakcije ni bila opredeljena.

Vrsta NR	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Hemoliza	2	2	5	3	3	3	0
GVHD	0	0	0	0	0	0	0
TRALI	0	0	0	1	0	1	2
Pljučni edem	0	2	3	12	14	11	15
PTP	0	0	0	0	0	0	0
Alerg./anaf.	41/1	54/6	55/4	67/2	68/3	82/5	70/3
NHV	53	68	66	92	89	91	75
Bakterijska okužba	0	0	3	1	0	0	1
Virusna okužba	0	0	1	1	3	0	1
Hipotenzija						1	3
Dispneja						2	1
Drugo	10	14	12	12	12	8	3
Skupaj	107	146	149	191	192	204	174

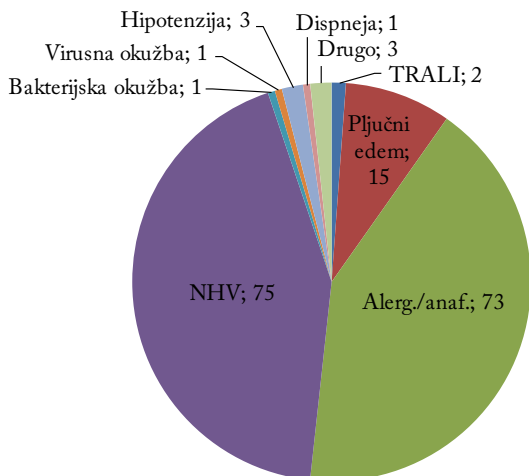
GVHD: *graft versus host disease*: reakcija presadka proti gostitelju

TRALI: *transfusion related acute lung injury*: akutna okvara pljuč po transfuziji

PTP: potransfuzijska purpura
Alerg./anaf.: alergija/anafilaksija

NHV: nehemolitična vročinska reakcija

Razpredelnica 1. Število in vrsta prijavljenih NR v letih od 2003 do 2009.



Slika 2. Neželene reakcije v letu 2009.

Ocena povezanosti med transfuzijo in neželeno reakcijo

Stopnjo povezanosti med transfuzijo in neželeno reakcijo ocenjuje lečeči zdravnik na podlagi določil Pravilnika o hemovigilanci, in sicer od 0 (ni povezave) do 4 (zanesljiva povezava).

V letu 2009 je bila povezanost med transfuzijo in reakcijo v 19 primerih ocenjena kot zanesljiva, v 66 kot verjetna in v 85 kot možna. V štirih primerih je bilo po natančnejši analizi ugotovljeno, da med transfuzijo in neželenim učinkom ni bilo povezave. Rezultati so prikazani v razpredelnici 2.

Povezanost Vrsta reakcije	Zanesljiva (3)	Verjetna (2)	Možna (1)	Ni povezave (0)	Skupaj
Hemoliza	0	0	0	0	0
GVHD	0	0	0	0	0
TRALI	0	1	1	0	2
Pljučni edem	3	5	7	0	15
PTP	0	0	0	0	0
Alerg./anaf.	10/2	25/1	35/0	0	70/3
NHV	4	32	39	0	75
Bakterijska okužba	0	0	1	0	1/1
Virusna okužba	0	0	0	1	1
Hipotenzija	0	0	3		3
Dispneja	0	1			1
Drugo	0			3	3
Skupaj	19	66	85	4	174

Razpredelnica 2. Prijavljene NR in ocena povezanosti s transfuzijo v letu 2009.

Ocena stopnje neželene reakcije

Stopnjo NR ocenjuje lečeči zdravnik na osnovi priporočil Sveta Evrope oz. navedbe na obrazcih od 0 (ni znakov) do 4 (smrt pacienta).

V razpredelnici 3 prikazujemo ocenjene stopnje NR po posameznih vrstah reakcij. V dveh primerih je bil ob bolnikovi smrti postavljen sum, da je bila smrt povezana s transfuzijo, vendar je bila po proučitvi poteka bolezni povezava izključena. Nobena reakcija ni povzročila dolgotrajne obolenosti (stopnja 3).

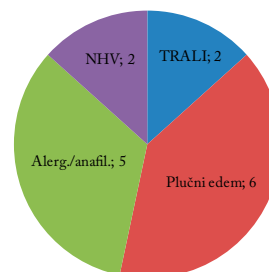
V petnajstih primerih je bila reakcija ocenjena s stopnjo 2.

V 154 primerih so bile reakcije ocenjene kot lažje (stopnja 1). V treh primerih ni bilo kliničnih znakov reakcije.

Povezanost Vrsta NR	(4) smrt pacienta	(3) dolgotrajna obolenost	(2) življenjska ogroženost	(1) brez življ. ogroženosti	(0) ni znakov	Skupaj
Hemoliza						
GVHD						
TRALI			2	0		2
Pljučni edem			6	9		15
PTP						
Alerg./anafil.			2/3	68/0		70/3
NHV			2	72	1	75
Bakterijska okužba				1	0	1
Virusna okužba				0	1	1
Hipotenzija				3		3
Dispneja				1		1
Drugo	2				1	3
Skupaj	2		15	154	3	174

Razpredelnica 3. Prijavljene NR in ocena stopnje reakcije v letu 2009.

15 primerov, to je 8,6 odstotka vseh reakcij, je bilo ocenjenih s stopnjo 2, kot huda reakcija (življenjska ogroženost): dva primera TRALI, šest primerov pljučnega edema, dva primera alergične in trije primeri anafilaktoidne reakcije ter dva primera vročinske nehemolitične reakcije. V dveh primerih stopnje 4, uvrščenih pod drugo, ni bilo povezave s transfuzijo (slika 3).



Slika 3. Hude neželene reakcije (življenjska ogroženost) v letu 2009.

Število poročil o neželenih reakcijah v primerjavi s številom izdanih komponent

Povratne informacije o tem, ali je bila izdana enota krvi zares transfundirana tistemu bolniku, kateremu je bila ob izdaji namenjena, še nimamo v takem obsegu, da bi ga lahko uporabili za poročilo, zato primerjamo število NR in število izdanih komponent krvi. Večje število poročil kot v letu 2008 smo prejeli iz bolnišnic št. 3 in 8. Pregled v razpredelnici 4 nam pokaže, da so v bolnišnici št. 8 sporočili 2,5 primera NR na 1000 izdanih komponent krvi, v bolnišnici št. 1 pa 0,3 primera NR na 1000 izdanih komponent.

Bolnišnica št.	NR/1000 IK 2004	NR/1000 IK 2005	NR/1000 IK 2006	NR/1000 IK 2007	NR/1000 IK 2008	NR/1000 IK 2009
1	1,3	2,2	2,4	1,3	1,1	0,3
2	1,3	1,1	1,4	1,4	1,1	0,8
3	1,2	1,4	1,2	1,1	1,3	1,9
4	1,3	2,1	3,5	2,9	1,7	1,4
5	1,3	1,3	1,3	2,2	1,7	1,4
6	0,3	1,5	2,0	0,9	3,6	1,8
7	2,1	2,3	1,9	3,1	1,8	1,2
8	1,7	1,7	3,0	1,1	2,1	2,5
9	1,1	1,3	3,0	1,7	1,6	1,4
10	0,8	0,7	1,0	1,3	1,9	1,4
Povprečno	1,1	1,1	1,4	1,4	1,7	1,4

IK: izdana komponenta krvi

Razpredelnica 4. Število prijavljenih NR v slovenskih bolnišnicah v primerjavi s številom izdanih komponent krvi v letih od 2004 do 2009.

Primerjava podatkov iz let od 2004 do 2009 nam pokaže, da je poročanje v več bolnišnicah po izboljšanju v prejšnjih letih nazadovalo.

Neželene reakcije po transfuzijah komponent eritrocitov, trombocitov in plazme

V letu 2009 je bilo v Sloveniji izdanih 127.753 komponent krvi, od tega 87.055 enot eritrocitov, 9405 terapevtskih enot trombocitov in 31.293 enot sveže zmrznjene plazme. 124-krat je bila zabeležena reakcija po transfuziji eritrocitov, kar pomeni 1,4 primera na 1000 izdanih enot. 18 primerov reakcij po transfuziji trombocitnih komponent pomeni 1,9 reakcije na 1000 izdanih komponent, pri transfuziji sveže zmrznjene plazme pa je bilo sporočenih 32 primerov oz. 1 primer NR na 1000 izdanih komponent, kot je prikazano v razpredelnici 5.

Komponenta krvi vrsta reakcije	Koncentrirani eritrociti	Koncentrirani trombociti	Sveža zmrznjena plazma	Skupaj
Hemoliza	0	0	0	0
GVHD	0	0	0	0
TRALI	2	0	0	2
Pljučni edem	15	0	0	15
PTP	0	0	0	0
Alerg./anaf.	31/1	10/1	29/1	70/3
NHV	68	6	1	75
Bakterijska okužba	0	1	0	1
Virusna okužba	1	0	0	1
Hipotenzija	3	0	0	3
Dispneja	0	0	1	1
Drugo	3	0	0	3
Skupaj	124	18	32	174
Št. IK	87.055	9405	31.293	127.753
Št. NR/1000 IK	1,4	1,9	1,0	1,4

IK: izdana komponenta

*: terapevtska enota koncentriranih trombocitov je pool od 5 do 6 dajalcev ali enota, pridobljena z aferezo

Razpredelnica 5. NR po transfuziji eritrocitov, trombocitov in sveže zmrznjene plazme v letu 2009.

Senzibilizacije na eritrocitne antigene po transfuziji krvi

V letu 2009 smo v Sloveniji pri prejemnikih transfuzije eritrocitov obravnavali 371 novih senzibilizacij na eritrocitne antigene.

Neželeni dogodki: napake pri naročanju, izdaji, ravnanju s krvjo in transfuziji

V letu 2009 je bilo sporočenih 22 neželenih dogodkov oz. napak. V nobenem primeru ni bilo sporočenih hudih posledic za bolnika.

Napačen pripravek je bil naročen za dva bolnika.

Trikrat je bil naročen pripravek za napačnega bolnika.

Trinajstkrat je bila naročilnica pomanjkljivo izpolnjena (poročilo le iz ene bolnišnice).

V treh primerih je bilo nepravilno ravnanje s krvjo na bolnišničnem oddelku.

Enkrat je bila izdana napačna komponenta krvi.

Skorajšnje napake (*near-miss*)

Poročila o skorajšnjih napakah (dogodek, pri katerem bi napaka, če je ne bi zaznali, vodila do določitve napačne krvne skupine ali izdaje nepravilne ali neustrezne komponente krvi, vendar smo jo prepoznali pred transfuzijo) so poslali vsi udeleženci.

V letu 2009 je bilo zabeleženih 289 skorajšnjih napak. V razpredelnici 6 prikazujemo vrsto in število skorajšnjih napak in mesto, kjer so se zgodile.

V 108 primerih je prišlo do napake pri podatkih za identifikacijo pacienta oz. neskladnosti podatkov na naročilnici in epruveti z vzorcem pacientove krvi za predtransfuzijsko testiranje.

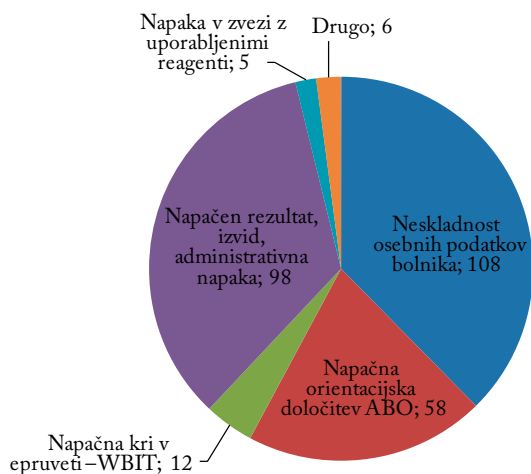
Orientacijska določitev bolnikove krvne skupine ABO ob postelji je bila napačna 58-krat.

V 12 primerih je bil v epruveti vzorec krvi drugega pacienta, kot je bilo označeno na epruveti.

98 napak je bilo zabeleženih v laboratoriju: napačna določitev eritrocitnega antigena izven sistema ABO in Rh (večinoma so bile to napake pri testiranju antigenov v preteklosti s starejšo tehnologijo in reagenti), izdaja napačnega izvida in druge administrativne napake. V zvezi z uporabo reagentov je bilo zabeleženih 5 napak. Poleg naštetih vrst napak je bilo zabeleženih še 6 drugih.

Vrsta napake, dogodka	2009	Mesto napake
Neskladnost osebnih podatkov bolnika	108	Bolnišnica
Napačna orientacijska določitev ABO	58	Bolnišnica
Napačna kri v epruveti – WBIT	12	Bolnišnica
Napačen rezultat, izvid, administrativna napaka	98	Transf. lab.
Napaka v zvezi z uporabljenimi reagenti	5	Transf. lab.
Zamenjava zdravstvene kartice	0	Bolnišnica
Drugo	6	
Skupaj	289	

Razpredelnica 6. Skorajšnje napake, zaznane v letu 2009 ob pripravi na transfuzijo.



Slika 4. Skorajšnje napake ob pripravi na transfuzijo v letu 2009.

Razprava

Prijavljanje

Prijava 174 poročil o NR v letu 2009 predstavlja za 15 odstotkov zmanjšano število poročil, če ga primerjamo z letom 2008, ko je bilo poročil 204. Med bolnišnicami so velike razlike, od 0,3 do 2,5 NR na 1000 izdanih komponent. Ugotavljamo, da je doslednost pri poročanju v veliki meri odvisna od prisotnosti in aktivnosti zdravnika specialista transfuzijske medicine in bolnišničnega transfuzijskega odbora ter od ozaveščenosti vsega zdravstvenega osebja, ki sodeluje v transfuzijski verigi. Če bi bilo poročanje o NR v prejšnjih letih 100-odstotno, bi bili lahko zadovoljni z manjšim številom prijavljenih reakcij, ker bi manjše število pripisali večji kakovosti komponent krvi, iz katerih so bili v visokem procentu odstranjeni levkociti, glede na podatke, zbrane v letu 2009, pa to ni mogoče.

Kakovost poročil

Večina prejetih poročil v letu 2009 je vsebovala vse podatke, potrebne za določitev vrste reakcije, stopnje in povezanosti s transfuzijo. V primerih nepopolnih poročil je zdravnik, ki je obravnaval prijavo, pridobil manjkajoče podatke od prijavitelja.

Vrste reakcij

Prijav hemolize po transfuziji nismo prejeli.

Prijavljenih je bilo več primerov suma na TRALI, kot TRALI pa sta bila potrjena dva primera. Glede na število transfuzij bi pričakovali več prijav. Domnevamo, da morebitni primeri tovrstnih zapletov še niso v zadostni meri obravnavani kot posledica transfuzije.

Tokratne prijave pljučnega edema nakazujejo, da se je pozornost klinikov do motenj dihanja ob transfuziji povečala. Prijavljeni primeri pljučnega edema so bili po oceni prijaviteljev posledica preobremenitve krvnega obtoka in opozarjajo na pravilno določanje količine in hitrosti transfuzije krvi.

Ob primerjavi s podatki iz leta 2007, ko je bila pogostost reakcij po transfuziji trombocitov 0,6 NR na 1000 IK, je za leto 2009 izračunana pogostost 1,9 NR na 1000 IK večja, vendar je tako zaradi spremembe v beleženju terapevtskih enot trombocitov (pool 5–6 enot).

Glede na najmanjšo pogostost prijavljenih NR po transfuziji sveže zmrznjene plazme in podatkov iz literature, kjer navajajo največjo pogostost NR po transfuziji komponent, ki vsebujejo plazmo, lahko sklepamo, da je še premajhna pozornost posvečena NR po transfuziji sveže zmrznjene plazme.

Prenos bolezni s krvjo

V letu 2009 sta bila prijavljena dva primera suma na prenos bolezni s transfuzijo krvi.

Prijavljen je bil sum bakterijske okužbe s koncentriranimi trombociti. Na podlagi bakterioloških preiskav je bila okužba ocenjena kot možna, vendar je bila tudi možnost sekundarne okužbe vzorca za bakteriološko testiranje trombocitov, ker je bil test vzorca eritrocitov iz istega odvzema krvi negativen.

Prijavljena okužba s HBV je bila izključena, ker je bil vzorec transfundirane enote krvi ob ponovnem testiranju HBV negativen.

Neželeni dogodki

V letu 2009 so se ob pripravi transfuzije zgodile hude napake pri naročanju, izdaji in ravnanju s krvjo na oddelku, kar nakazuje potrebo po nenehnem obnavljanju in dopolnjevanju znanja o postopkih ob transfuziji.

Poročila o skorajšnjih napakah

V letu 2009 je bilo 289 poročil o skorajšnjih napakah v vseh bolnišnicah, kjer dajejo transfuzijo. Vsaka od prvih treh v tabeli navedenih vrst skorajšnjih napak bi lahko vodila do napačne identifikacije preiskovanca in s tem ogrozila varnost transfuzije. Posebno zaskrbljujočih je 12 primerov, ko so z bolnišničnih oddelkov poslali v transfuzijsko testiranje vzorce krvi napačnega bolnika. Vsa ta poročila nas opozarjajo, da je potrebno nenehno obnavljanje in dopolnjevanje znanja o postopkih ob transfuziji in dosledno upoštevanje navodil.

Hemovigilanca na področju zbiranja in priprave krvi za transfuzijo

Neželene reakcije in dogodki ob dajanju krvi v letu 2009

Na vseh mestih v Sloveniji, to je na Zavodu RS za transfuzijsko medicino v Ljubljani, Transfuzijskem centru UKC v Mariboru in v Celju, centrih za transfuzijsko dejavnost Novo mesto, Trbovlje, Slovenj Gradec, Izola, Jesenice, Murska Sobota in Ptuj in transfuzijskem oddelku v SB v Šempetru pri Novi Gorici ter odvzemih krvi na terenskih krvodajalskih akcijah je bilo pri 110.808 prijavljenih krvodajalcih računalniško zabeleženih 477 kolapsov (slabosti) krvodajalcev ob dajanju krvi. Od tega je bilo težjih reakcij, to je 2. stopnje, 44 in 3. stopnje 19.

Poleg tega smo pri krvodajalcih zaznali 43 primerov hematoma, pri dveh punkcijo arterije in pri dveh bolečine v roki po odvzemu. Pri nobenem krvodajalcu nismo zabeležili hiperventilacije, poškodbe živca ali poškodbe po padcu. Rezultate prikazujemo v razpredelnici 7.

Pri posebnih odvzemih, to je pri 1274 trombaferezah, je bilo zabeleženih 66 lažjih reakcij na citrat.

Vrsta	2009
Kolaps 1. stopnje	414
2. stopnje	44
3. stopnje	19
Hematom	43
Punkcija arterije	2
Bolečina v roki po odvzemu	2
Hiperventilacija	
Poškodba živca	
Poškodba po padcu	
Drugo	

Razpredelnica 7. Neželene reakcije in dogodki ob zbiranju krvi v Sloveniji v letu 2009.

Presejalno testiranje na označevalce s krvjo prenosljivih okužb odvzetih enot krvi v Sloveniji v letu 2009

Pri testiranju 95.390 v letu 2009 zbranih enot krvi smo pri 26 ugotovili prisotnost označevalcev s krvjo prenosljivih bolezni: v 11 primerih HBV, v dveh primerih anti-HCV, nobenega primera anti-HIV in v 13 primerih protitelesa proti *Treponema pallidum*. Od teh je 18 krvodajalcev prvič dalo kri (novi krvodajalci). Podatki so prikazani v razpredelnici 8.

	Št. testiranih enot	Vsi krvodajalci	Novi krvodajalci
HBsAg		11	11
Anti-HCV		2	2
Anti-HIV		0	0
Anti-TP		13	5
Skupaj	95.390	26	18

Razpredelnica 8. Prisotnost označevalcev s krvjo prenosljivih bolezni pri krvodajalcih v letu 2009.

Imunohematološko testiranje krvodajalcev v letu 2009

Pri 109 krvodajalcih smo ugotovili pozitiven indirektni Coombsov test. Pri transfuzijskem testiranju smo ugotovili pozitiven direkti Coombsov test pri 93 krvodajalcih.

Hudi neželeni dogodki pri zbiranju, testiranju, predelavi in shranjevanju krvi

V razpredelnici 9 prikazujemo hude neželene dogodke (HND), do katerih je prišlo pri zbiranju, testiranju, predelavi in shranjevanju zbrane krvi v letu 2009. V dveh primerih je prišlo do padca krvodajalca pri zbiranju krvi. Pri predelavi krvi je bilo zabeleženih 457 napak izdelka, 517 napak v opremi in 501 primer lipemične plazme ali hemolize. Zabeležene so bile štiri napake pri skladiščenju (dve napaki izdelka in dve človeški napaki), ena napaka pri materialih (napaka izdelka) in devet napak pod drugo (dve človeški napaki in sedem neskladnosti pri transportu).

HND, ki je vplival na kakovost in varnost krvi zaradi nepravil. pri:	Skupno število	Napaka izdelka	Napaka v opremi	Človeška napaka	Drugo
- zbiranju polne krvi	2				2
- aferezi					
- testiranju					
- predelavi	1475	457*	517*		501**
- skladiščenju	4	2		2	
- razdeljevanju	1	1			
- materialih					
- drugo	9			2	7***

*počne vrečke **lipemična plazma ***transport

Razpredelnica 9. HND pri zbiranju, testiranju, predelavi in shranjevanju krvi v Sloveniji v letu 2009.

Zaključek

V preteklih letih smo z uvedbo nekaterih novih postopkov (sistem zagotavljanja kakovosti, filtriranje komponent, NAT-testiranje virusnih označevalcev v zbrani krvi, transfuzija K skladne krvi, transfuzija plazme moških dajalcev, izobraževanje zdravstvenih delavcev) že povečali varnost transfuzije krvi. V

letu 2009 smo v Sloveniji zbirali vrste podatkov, ki se nanašajo na vsa področja, ki jih zajema hemovigilanca. Tako doslednost poročanja kot njegovo kakovost je treba še izboljšati za vse dogajanje pred, med in po transfuziji, v celotni transfuzijski verigi. Izboljšanje poročanja v sistemu hemovigilance bo pripomoglo k vedno bolj varni transfuziji krvi.

Literatura je na voljo pri avtorici.

Komisija RS za medicinsko etiko o zdravljenju multiple skleroze s širjenjem vratnih ven

Multipla skleroza je ena od pogostejših kroničnih bolezní centralnega živčevja, ki polagoma vodi v vse hujšo invalidnost. Danes je po zaslugi intenzivnega raziskovanja v preteklih desetletjih že mogoče zdraviti nekatere oblike te izredno raznolike bolezni, čeprav le z delnimi uspehi. V zadnjih tednih pa je pozornost naše javnosti in še posebej bolnikov zbudila novica o zdravljenju multiple skleroze s širitvijo zoženih vratnih ven.

Biomedicinske raziskave na človeku se nikjer v svetu ne smejo začeti brez soglasja pristojne komisije za medicinsko etiko. Dovolijo se samo raziskave, v katerih je primerno zagotovljena varnost vključenih bolnikov oz. zdravih oseb. Pri raziskavah novih načinov zdravljenja je glavna zahteva ugodno razmerje med nevarnostmi in obremenitvijo bolnikov na eni strani in pričakovano koristjo za njihovo zdravje na drugi.

Komisija RS za medicinsko etiko (KME) je avgusta letos prejela prošnjo prof. dr. Mira Denišliča in sodelavcev za oceno etičnosti klinične raziskave, v kateri so želeli preskusiti možen zdravilni učinek širjenja ven na multiplo sklerozo. Predlog raziskave je bil dobro pripravljen, obrazložitvi je bilo priloženih več člankov o prizadetosti vratnih ven pri multipli sklerozi, poleg drugega pa tudi članek, ki je opisal dobre rezultate širjenja ven. Priložena so bila tudi pisma bolnikov, ki so jim poseg že opravili in so opazili pomembno izboljšanje svojega stanja. Predlagatelji so načrt predstavili tudi osebno in navedli, da bodo v raziskavo vključili bolnike s progresivno (neprekinjeno napredujočo) obliko multiple skleroze, pri katerih na potek bolezni z obstoječimi imunomodulacijskimi zdravili ni mogoče vplivati. Povabljenim bolnikom torej s tem ne bi vzeli možnosti za standardno, dokazano učinkovito zdravljenje, ker tega ni. Komisijo so navedeni podatki in zagotovila, pa tudi verodostojnost uglednega glavnega raziskovalca prepričali, da je načrt etično sprejemljiv, in je proslcem izdala svoje soglasje.

Na Charcotovem simpoziju prejšnji mesec pa je bilo sprejeto priporočilo, naj se zdravljenje te vrste za zdaj ne opravlja. Odsvetovano je bilo tudi preiskovanje bolnikov glede na morebitne

zožitve vratnih ven z invazivnimi metodami (z uvajanjem instrumentov v vratne žile). Zato se je v Sloveniji pojavilo vprašanje o upravičenosti zgoraj omenjene raziskave.

Najprej je treba poudariti, da je med rednim (rutinskim) kliničnim zdravljenjem in znanstvenim raziskovanjem zelo velika razlika. Če je prvo za sedaj neupravičeno, za drugo tega ni mogoče trditi. Če bi soglasje k raziskavam novih načinov zdravljenja zavračali, ker še ni zadosti podatkov o učinkovitosti in varnosti, bi bil to nesmisel, saj se ti podatki lahko dobijo samo z raziskavami. Etično sporno je tudi stališče, da bi morali v takih primerih počakati na raziskave iz tujine. Skoraj ves razvoj sodobne medicine dolgujemo bolnikom iz razvitih držav, na katerih so se preizkušala nova zdravila in metode. Če bi danes, ko je to mogoče opravljati mnogo bolj varno in ko sta zagotovljeni poučenost bolnikov in njihova svobodna privolitev, še naprej ne želeli ničesar tvegati, bi to ne bilo pošteno. Poleg tega je tudi raziskovanje te vrste pomemben del medicinske stroke. Vsaj del bolnikov pride do novega zdravljenja prej. Glede na dosedanje izkušnje s posegi na venah se ne zdi, da bi bilo tveganje nevarnih zapletov nesprejemljivo veliko. O tem priča tudi prvo vmesno poročilo o slovenski raziskavi, v kateri resnih zapletov pri dosedaj opravljenih posegih na 50 bolnikih ni bilo. Po drugi strani bi bilo narobe, če bi dosedanja opažanja izboljšanj po posegih na venah preprosto ignorirali, ker jih ne moremo spraviti v sklad s sedanjim splošno sprejetim razumevanjem bolezenskih procesov. O vzrokih in načinih nastanka multiple skleroze vemo veliko premalo. Vsekakor je faktorjev več, še vedno je uganka, kako se kombinirajo. Še manj vemo o posledicah kroničnega zastajanja odtoka venske krvi v centralnem živčevju.

Trenutno poteka v razvitih državah vsaj sedem podobnih raziskav, nobena po dostopnih podatkih ni bila prekinjena. Slovenska raziskava bo prispevala k skupnim rezultatom teh študij in s tem pripomogla k odgovoru na ključno vprašanje: ali je širitev zoženih vratnih ven lahko ena od metod zdravljenja multiple skleroze ali ne.

Med pomisleki zoper slovensko raziskavo se je pojavilo tudi vprašanje o potrebnosti primerjalne skupine, ki bi ji opravili navidezno, lažen poseg (operacijo brez širitve ven). Zlati standard kliničnih raziskav je res dvojno slepi protokol s primerjalno skupino, ki je zdravljena le navidezno (s placebom). Ni pa taka ureditev zmeraj etično sprejemljiva, niti ni edina možna. Včasih je dopustno, da se primerjava opravi med stanjem pred zdravljenjem in po njem. To velja, kadar imamo zanesljive, objektivne ocenjevalne lestvice in vemo, da spontano izboljšanje merjenih parametrov ni mogoče. Možen je tudi enojno slepi protokol, ko parametre ocenjujejo nevpleteni zdravniki, ki npr. ne vedo, ali je bil pacient pred drugim pregledom že zdravljen ali ne.

Vprašanje učinkovitosti zdravljenja s posegi na vratnih venah je tako aktualno, da bi bilo narobe, če bi se raziskavam preprosto odpovedali, na primer zato, ker si ugodnih učinkov, opaženih pri nekaterih bolnikih, ne znamo razložiti na podlagi

današnjega znanja o tej bolezni. Na odgovore željno čakajo tisoči bolnikov pri nas in po svetu.

Te odgovore lahko dajo le dobro opravljene klinične študije. KME kot pozitivno ocenjuje zaskrbljenost vrha nevrološke stroke in bo gotovo pozorno spremljala dogajanja in nove ugotovitve na tem področju. Če se bo pokazalo, da so bolniki izpostavljeni neupravičenemu in nekoristnemu tveganju, bo slovensko raziskavo ustavila. Take odpovedi medicinskih raziskav nikakor niso izjema. Vendar KME ta čas še ni prepričana, da je to potrebno.

Gotovo pa je za rutinsko zdravljenje multiple skleroze s posegi na vratnih venah zunaj skrbno nadzorovanih kliničnih študij še povsem prezgodaj. KME se glede tega s prepričanjem pridružuje stališču nevrološke stroke pri nas in po svetu.

Jože Trontelj
Predsednik Komisije RS za medicinsko etiko

Slovenija: izkoreninjenje virusa HIV?

Janez Tomažič, Irena Klavs, Mario Poljak

Izkoreninjenje (eradikacija) virusa iz okužene osebe še ni mogoče in kaže, da tudi v bližnji prihodnosti ne bo mogoče. Teoretično pa bi bilo že mogoče virus v veliki meri izkoreniniti z določenega geografskega področja, npr. iz Slovenije – da bi se pojavljalo zelo malo na novo okuženih oseb. V zadnjem obdobju je bilo objavljenih nekaj raziskav, ki kažejo na to možnost. Pri zdravljenih osebah (angl. antiretroviral treatment, ART) se koncentracija virusa zmanjša do neznanih vrednosti v krvi in tudi v drugih telesnih tekočinah, vključno s semensko tekočino in nožničnimi izločki. Prenos HIV se zmanjša za več kot 90 odstotkov. V skladu z rezultati objavljenih kohortnih raziskav in matematičnih modelov bi lahko pri univerzalnem testiranju na določenem geografskem področju in ob takojšnjem zdravljenju vseh okuženih v veliki meri zajezili prenašanje okužbe.

K omenjeni preventivni strategiji »Testiraj in zdravi« so že pristopili v zahodnem predelu Kanade (Britanska Kolumbija) in ZDA (okrožje San Francisco). Slovenija je idealna za tak model, ker je majhna, večina na novo okuženih se okuži v Sloveniji (85 odstotkov) in večina okuženih je v eni sami skupini – moški, ki imajo spolne odnose z moškimi (angl. *men who have sex with men*, MSM). Naše raziskave kažejo, da je v skupini slovenskih MSM manj kot 5 odstotkov okuženih s HIV. Vemo, da tako kot v drugih razvitih državah, tudi v Sloveniji okužbo s HIV med MSM zelo pogosto prepoznamo zelo pozno. Tako obstaja večja skupina okuženih MSM-oseb, ki se ne želijo testirati (nevednost?, strah pred pozitivnim izvidom?, neodgovornost? ...) in širijo okužbo. Ta skupina je težko dostopna, zato bi bila potrebna dobro načrtovana intervencija zdravstva in nevladnih organizacij (MSM-združenja), ki bi informirala MSM

o pomenu zgodnje diagnoze okužbe s HIV, torej pogostega testiranja in pravočasnega zdravljenja. Vedenje o okužbi je zelo pomembno za njih osebno, ker je zgodnejše odkritje okužbe nesporno povezano z daljšo pričakovano življenjsko dobo; poznavanje okužbe ima tudi velik epidemiološki pomen, ker je dokazano, da osebe, ki so seznanjene z okužbo, pomembno manj prenašajo okužbo na druge osebe (abstinenca, pogostejša uporaba kondomov), prenos pa je dodatno še posebej zmanjšan, kadar prejemajo ART. ART tudi v veliki meri zmanjša stigma. Intenzivno promoviranje testiranja na okužbo s HIV med MSM mora tako biti nujni del celostnega preprečevanja spolnega prenašanja okužbe med MSM, ki temelji na promociji odgovorne in varnejše spolnosti, vključno s pravilno in dosledno uporabo kondomov.

Poleg omenjenih programov, ki bi testiranje kar najbolj približali ogroženi MSM-populaciji, pa je potrebna tudi večja aktivnost vseh slovenskih zdravnikov: nujno potrebno je testirati več ljudi, ki so bili verjetneje izpostavljeni nevarnosti okužbe, posebno moške, ki pripadajo MSM; če npr. osebni zdravnik pozna tvegane spolne navade bolnika, naj mu svetuje testiranje; seveda ne smemo pozabiti tudi na druge ogrožene osebe s tveganjem obnašanjem.

Ponovno objavljamo simptome in znake ter bolezni, pri katerih naj zdravniki različnih specialnosti pomislijo tudi na možnost okužbe s HIV in ponudijo bolniku testiranje na HIV:

Zdravniki, ki se ukvarjajo s spolno prenosljivimi okužbami, SPO (dermatolog, infektolog, ginekolog, urolog, proktolog, gastroenterolog): vse SPO. Posebej je treba omeniti vnetja in

razjede v zadnjiku in ustni votlini (npr. *ulcus durum*), kar se pogosto spregleda.

Dermatolog: pasavec (posebno, če je na več mestih hkrati ali razsejan); izrazit seboroični dermatitis; glivične okužbe kože, nohtov, sluznic; folikulitis, srbeče papulo-nodularne eflorescence, dlje časa povečane bezgavke v obodnih ložah.

Bolezni, ki opredeljujejo aids: kronična razjeda na koži, povzročena z virusom herpesa simpleksa (HSV), Kaposijev sarkom kože.

Pulmolog: pri osebah, okuženih s HIV, je bakterijska pljučnica desetkrat bolj pogosta kot v splošni populaciji.

Bolezni, ki opredeljujejo aids: kandidoza sapnice, kandidoza bronhusov in kandidoza pljuč; pljučnica, povzročena s *Pneumocystis jirovecii*; pljučna in zunajpljučna tuberkuloza; pljučna in zunajpljučna netuberkulozna mikobakterioza; pnevmonitis, povzročen z virusom citomegalije (CMV); HSV-bronhitis in HSV-pnevmonitis; Kaposijev sarkom pljuč; ponavljajoče se pnevmokokne pljučnice.

Nevrolog: aseptični (serozni) meningitis, periferna nevropatija (npr. okvara obraznega živca po perifernem tipu), sindrom Guillain-Barré, mielopatija, nevrosifilis, listerijski meningitis.

Bolezni, ki opredeljujejo aids: cerebralna toksoplazmoza, kriptokokni meningitis, primarni limfom osrednjega živčevja (OŽ), CMV-encefalitis, HIV-demenca, progresivna multifokalna encefalopatija, tuberkulozni meningitis, Kaposijev sarkom OŽ.

Gastroenterolog: orofaringealna kandidoza, afte in razjede v ustni votlini, gingivitis, oralna lasasta levkoplakija, akutna/kronična driska, disfagija/odinofagija, hepatitisa B in C, SPO v področju zadnjika, analni karcinom.

Bolezni, ki opredeljujejo aids: kandidoza požiralnika; HSV-ezofagitis; CMV-ezofagitis, CMV-kolitis, CMV-pankreatitis in CMV-holangitis; zunajčrevesna salmoneloza in ponavljajoča se salmonelna driska; kronična intestinalna kriptosporidioza; kronična intestinalna isosporioza; sindrom hujšanja; prizadetost črevesja v sklopu sistemskih okužb z netuberkuloznimi mikobakterijami; Kaposijev sarkom v ustni votlini.

Onkolog: analni karcinom, Castelmanova bolezen, s HIV nepovezani limfomi.

Bolezni, ki opredeljujejo aids: Kaposijev sarkom, rak materničnega vratu, s HIV povezani limfomi (primarni limfom OŽ, Burkittov limfom, imunoblastni limfom).

ORL in maksilofacialni specialist: povečane bezgavke na vratu, orofaringealna kandidoza, oralna lasasta levkoplakija, afte v ustni votlini, paradontoza, gingivitis, ulkus *durum* na ustnici ali v ustni votlini, povečane žleze slinavke.

Bolezni, ki opredeljujejo aids: Kaposijev sarkom v ustni votlini.

Nefrolog: kronična ledvična odpoved je zelo pogosta in je z okužbo s HIV lahko povezana neposredno: HIV-nefropatija (prizadetost glomerularnega endotelija in mezangijskih celic),

ali posredno: imunsko posredovani glomerulonefritisi, trombocitna trombocitopenična purpura.

Hematolog: nejasna trombocitopenija, anemija in nevtropenija, idiopatska trombocitopenična purpura, trombotična trombocitopenična purpura.

Bolezni, ki opredeljujejo aids: Kaposijev sarkom kože.

Ginekolog: izrazita vulvovaginalna kandidoza in ostale SPO; vnetne bolezni v mali medenici, posebno če je pridružen tubo-ovarialni absces.

Bolezni, ki opredeljujejo aids: rak materničnega vratu.

Zdravniki v ambulanti za nujno medicinsko pomoč: simptomi in znaki akutnega HIV-sindroma (zvišana telesna temperatura, bolečine pri požiranju, izpuščaji, povečane bezgavke v obodnih ložah, glavobol).

Psihiater: različne psihiatrične motnje (npr. motnja vedenja, kognitivne motnje, demenca, depresija).

Okulist: oftalmični pasavec, HIV-mikroangiopatija, sifilis.

Bolezni, ki opredeljujejo aids: CMV-retinitis, toksoplazmozni retinitis.

Revmatolog: sindrom kronične utrujenosti; poliartralgijske, povezane z nejasnim vročinskim stanjem.

Kardiolog: dilatativna kardiomiopatija.

Pediater: pri otroku < 2 leti: povečane bezgavke v obodnih ložah, hepatosplenomegalija, zaostajanje v rasti in razvoju, ponavljajoče se invazivne bakterijske okužbe.

Bolezni, ki opredeljujejo aids: pljučnica, povzročena s *Pneumocystis jirovecii*.

Šolski otroci: kognitivne motnje, ponavljajoča se vnetja srednjega ušesa in obnosnih votlin, pljučnice, limfocitni intersticijski pnevmonitis.

Mladostniki: oralna kandidoza, ponavljajoče se driske, kardiomiopatija.

Bolezni, ki opredeljujejo aids: HIV-encefalopatija, rakave bolezni in druge oportunistične okužbe.

Infektolog: vse zgoraj naštetih bolezni ter opisani simptomi in znaki.

Družinski zdravnik: vse zgoraj naštetih bolezni ter opisani simptomi in znaki in poznavanje različnih bolnikovih navad in razvad (epidemiološke okoliščine).

Vsi slovenski zdravniki se moramo bolj aktivno vključiti v zaježitev te nevarne epidemije. Ko nas bodo naši vnuki vprašali: »Kaj ste naredili za njeno zaustavitev?« upam, da jim bomo lahko odgovorili: »Naredili smo najbolje, kar smo zmogli.«

Literatura je na voljo pri avtorjih.

Dan ozaveščanja o antibiotikih

Dan ozaveščanja o antibiotikih 2010 je namenjen promociji smiselne rabe antibiotikov v bolnišnicah. Antibiotiki so protibakterijske učinkovine, ki razgradijo bakterije ali preprečujejo njihovo rast. V humani medicini jih od 80 do 90 odstotkov predpisujemo ambulantno in od 10 do 20 odstotkov v bolnišnicah. Bolniki, ki so hospitalizirani, imajo veliko verjetnost, da prejmejo antibiotik in 50 odstotkov antibiotikov v bolnišnicah je predpisanih neustrezno. Nepravilna raba antibiotikov v bolnišnicah je eden glavnih dejavnikov za razvoj odpornosti proti antibiotikom.

O nepravilni rabi govorimo:

- Če je antibiotik predpisan nepotrebno, pomeni, da ni indikacije.
- Če predpisujemo antibiotik zakasnelo pri hudih stanjih, ki ogrožajo življenje.
- Če je protimikrobni spekter širok ali preozek.
- Če je predpisani odmerek prenizek ali previsok glede na indikacijo, če med odmerki niso ustrezni časovni intervali.
- Če je zdravljenje prekratko ali predolgo.
- Če zdravljenje z antibiotikom ni usmerjeno po prejemu mikrobioloških izvidov (s širokega na ozek spekter, z intravenoznega na *per os* ali se terapija ukine).

Kaj je problem?

Čeprav je večina antibiotikov predpisanih zunaj bolnišnic, ostajajo bolnišnice žarišče nastajanja odpornosti bakterij. Nepravilna raba antibiotikov lahko povzroči kolonizacijo ali okužbo s proti meticilinu odporno bakterijo *Staphylococcus aureus* (MRSA), proti vankomicinu odpornim enterokokom (VRE), visoko odpornost gramnegativnih bakterij na številne antibiotike, vključno na cefalosporine tretje generacije, kinolone, karbapeneme, aminoglikozide, in višjo incidenco okužb z *Clostridium difficile*.

Pojav, selekcija in širjenje odpornih bakterij ogroža varnost bolnikov v bolnišnicah.

- Okužbe z odpornimi bakterijami spremlja večja smrtnost, več je zapletov in daljša je hospitalizacija.
- Okužbe z odpornimi bakterijami pogosto zakasnelo zdravimo z ustreznimi antibiotiki, kar ima za posledico slabši in včasih celo smrtni izhod.
- V razvoju imamo le nekaj antibiotikov in če bo odpornost bakterij še naraščala, ne bomo imeli več učinkovitih antibiotikov za zdravljenje.

Zakaj je potrebna smiselna raba antibiotikov?

S smiselno rabo antibiotikov lahko preprečimo pojav in selekcijo na antibiotike odpornih bakterije. Več raziskav je pokazalo, da čim višja je celotna raba antibiotikov v bolnišnici, tem večja

je odpornost bakterij. V intenzivnih enotah prejema večina ali vsi bolniki antibiotik in odpornost grampozitivnih, še posebej gramnegativnih bakterij je bistveno višja kot na oddelkih zunaj intenzivnih enot. Poleg celotne rabe je pomembna še struktura rabe antibiotikov. Vsi antibiotiki lahko selekcionirajo odporne seve bakterij, vendar nekateri razredi antibiotikov bolj kot drugi.

MRSA je endemičen v številnih bolnišnicah po svetu. V Evropi je odstotek invazivnih sevov MRSA med izoliranimi sevi *S. aureus* od manj kot 1 odstotek v državah severne Evrope do več kot 50 odstotkov v južni Evropi (Malta, Portugalska). Predhodna raba antibiotikov v zadnjih treh do šestih mesecih je dejavnik tveganja za kolonizacijo z MRSA. Relativno tveganje za pojav MRSA se poveča pri jemanju kinolonov za 3-krat, pri jemanju glikopeptidov za 2,9-krat, cefalosporinov za 2,2-krat in drugih betalaktamov za 1,9-krat. V Sloveniji je prevalenca invazivnih sevov MRSA stabilna in je pod 10 odstotki.

Odstotek VRE je v Evropi med vsemi invazivnimi izolati od manj kot 1 odstotek do več kot 40 odstotkov. Najvišji je v Grčiji in na Irskem. Glavni rezervoar pridobljene odpornosti enterokokov proti vankomicinu je *Enterococcus faecium*, medtem ko je *Enterococcus faecalis* redko odporen. Več dejavnikov pospešuje kolonizacijo z VRE in prenos. Nastanek VRE pospešuje raba vankomicina (zlasti oralna raba), cefalosporinov, protianaerobnih antibiotikov (metronidazol, klindamicin) in linezolidov. Za kontrolo kolonizacije in okužb z VRE centri za nadzor in preprečevanje bolezni (*Centres for Disease Control and Prevention*) v Atlanti priporočajo pametno rabo vankomicina in ukrepe za zmanjšanje prenosa v bolnišnicah. Kljub tem priporočilom ni jasne povezave med rabo vankomicina in prevalenco VRE. V Sloveniji odstotek odpornih invazivnih sevov *E. faecium*, odpornih proti vankomicinu, narašča in je bil v letu 2008 več kot 10 odstotkov.

Odpornost invazivnih sevov *E. coli* proti cefalosporinom tretje generacije je v Evropi med 1 in 50 odstotki. Glavni mehanizem za nastanek odpornosti je tvorba laktamaz beta z razširjenim spektrom (ESBL). V zadnjih nekaj letih opažamo značilen porast odpornosti v številnih evropskih državah. Podoben porast odpornosti na cefalosporine tretje generacije opažamo tudi pri bakteriji *Klebsiella pneumoniae*. *E. coli*, ki izloča ESBL, je pomembna bakterija, ki povzroča okužbe v domačem okolju. Predhodna raba cefalosporinov ali kinolonov sta stalna dejavnika tveganja za pojav *E. coli*, ki izloča ESBL. V Sloveniji se je delež proti cefalosporinom tretje generacije odpornih invazivnih izolatov *E. coli* povečal z 1 odstotka v letu 2004 na 4 odstotke v letu 2008, iz urina pa s 4,7 odstotka v letu 2009 na 5,9 odstotka v letu 2010.

Okužbe z bakterijo *K. pneumoniae* so nasprotno pogosto pridobljene v bolnišnici. Dejavnik tveganja za pojav bakterije *K. pneumoniae*, ki izloča ESBL, je predhodna raba širokospektralnih cefalosporinov (cefalosporin tretje generacije). Našli so še povezave med predhodno rabo kinolonov, TMP/SMX,

aminoglikozidov in metronidazola, ne pa med rabo penicilinov in zaviralcev betalaktamaz, penicilinov ali karbapenemov. Delež proti cefalosporinom tretje generacije odpornih invazivnih izolatov *K. pneumoniae* je v Sloveniji narasel od 19 odstotkov v letu 2005 na 26 odstotkov v letu 2008. V Evropi je bil delež v letu 2008 med 0 in 73 odstotki.

Karbapenemi (imipenem, meropenem, ertapenem, doripenem) so betalaktamski antibiotiki, ki jih uporabljamo vrsto let za zdravljenje hudih okužb z gramnegativnimi bakterijami, ki jih dobimo v bolnišnici. Delujejo tako na enterobakterije, *Pseudomonas aeruginosa* (ertapenem ne deluje), *Acinetobacter baumannii*, številne grampozitivne bakterije in anaerobe. Karbapenemi so odporni na betalaktamaze, vključno z ESBL. V zadnjem času narašča poraba karbapenemov v številnih državah, kjer narašča pogostost okužb z gramnegativnimi bakterijami, ki izločajo ESBL. V 90. letih so se pojavile gramnegativne bakterije, ki so pridobile odpornost proti karbapenemom. Sprva je bila pogostost odpornosti krajeno zelo omejena. Pojavljali so se le majhni izbruhi okužb, predvsem z *Pseudomonas aeruginosa* in enterobakterijami. Najpogostejši mehanizem enterobakterij za odpornost proti karbapenemom je tvorba karbapenemaz. Slednje so ugotovili najprej pri *Klebsiella pneumoniae*, t. i. KPC. Izvor omenjene karbapenemaze je bila *Klebsiella pneumoniae*, zato je tudi dobila ime po tej bakteriji (KPC). Pogostnost odpornosti *Klebsiella pneumoniae* na karbapeneme se giblje v Evropi pod 1 odstotkom do več kot 45 odstotkov. Najvišja je v Grčiji in Izraelu. Na karbapeneme so pogosto odporne še *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* in redkeje druge enterobakterije. V letošnjem letu smo bili priča močni medijski pozornosti v tujini, kot tudi pri nas, namenjeni okužbam z novo laktamazo beta, imenovano New Delhi metalo- β -laktamazo (NDM-1). Ta encim je bil prvič opisan leta 2008 pri *Klebsiella pneumoniae* pri bolniku, ki se je vrnil na Švedsko in je bil predhodno zdravjen v bolnišnici v New Delhiju, Indija. Bakterije, večinoma gre za enterobakterije, pri katerih so ugotovili omenjeni gen, so odporne ne samo na karbapeneme, ampak še na številne druge antibiotike. Sevi so pogosto občutljivi le na dva antibiotika, in sicer na kolistin in tigeciklin. Gen za encim NDM-1 je prisoten na plazmidih, to se pravi majhnih elementih v bakteriji, ki lahko potujejo z ene bakterije na drugo. Znanstveniki se zavedajo potencialne nevarnosti bakterij, ki izločajo karbapenemaze in še posebno NDM-1. V nedavni raziskavi, ki jo je opravil evropski center za nadzor bolezni v 29 evropskih državah, so v obdobju od 2008 do 2010 ugotovili, da države vedno pogosteje dokažejo prisotnost gena NDM-1 tudi pri enterobakterijah, ki niso bile vnešene iz drugih držav, pač pa so bile avtohtone. Države morajo skrbno spremljati pojav omenjenih bakterij in uvesti vse ukrepe, da ne pride do pojava in njihove razširitve po pojavu ali vnosu v državo. Pri sprejemu v bolnišnico je potrebno uvesti presejalne teste pri bolnikih, ki prihajajo iz držav, kjer se pojavljajo omenjene bakterije, in izvesti kontaktno izolacijo, da ne pride do razširitve okužbe.

C. difficile kolonizira 3 odstotke zdravih odraslih in od 15 do 25 odstotkov hospitaliziranih bolnikov. *C. difficile* je glavni vzrok

antibiotikom pridružene diareje in kolitisa. Incidenca narašča po vsem svetu zaradi rabe širokospektralnih antibiotikov. Največje tveganje poleg ostalih dejavnikov tveganja je raba cefalosporinov tretje generacije, fluorokinolonov, klindamicina in širokospektralnih penicilinov.

Zakaj je potrebna smiselna raba antibiotikov?

S smiselno rabo antibiotikov lahko preprečimo ali upočasnimo selekcijo bakterij, ki so odporne na antibiotike. Številne raziskave so pokazale, da z znižano rabo antibiotikov lahko znižamo okužbe z določenimi bakterijami, kot npr. *C. difficile*.

Kako zagotoviti smiselno rabo antibiotikov?

Za izboljšano predpisovanje antibiotikov je potrebno več aktivnosti. Potrebno je stalno izobraževanje zdravnikov, napisati posodobljena priporočila, ki temeljijo na dokazih, vpeljati omejevalne ukrepe (rezervna lista antibiotikov) in svetovanja infektologov, mikrobiologov ali farmacevtov.

- V bolnišnicah in oddelkih moramo spremljati odpornost bakterij in rabo antibiotikov. Poznavanje lokalne odpornosti nam pomaga pri izbiri izkustvenega zdravljenja. Slovenija sodeluje pri dveh evropskih projektih (EARSS in ESAC), kar nam pomaga, da dobimo primerljive podatke z drugimi evropskimi državami. S stalnim spremljanjem ugotavljamo trende in učinkovitost ukrepov.
- Zelo pomembna je pravočasna kirurška profilaksa in njeno trajanje. Izkušnje številnih držav, vključno Slovenije, kažejo, da je kirurška profilaksa pogosto predolga.
- Pogosto je nepravilno tudi trajanje zdravljenja. Številne raziskave so pokazale, da dolgotrajno zdravljenje v primerjavi s krajšim ni bolj učinkovito, poleg tega pa krajše zdravljenje spremlja nižja pogostnost bakterijske odpornosti.
- Raba antibiotikov lahko izboljšamo, če so pred uvedbo izkustvenega zdravljenja opravljene ustrezne mikrobiološke preiskave. Po prejetju izvidov pa moramo ustrezno reagirati; ob izboljšanju klinične slike in negativnih mikrobioloških rezultatih zdravljenje lahko večkrat ukinemo ali spremenimo; namesto kombinacije antibiotikov predpišemo le en antibiotik glede na teste občutljivosti, zdravilo damo *per os*, še zlasti če ima *per os* zdravilo visoko biološko uporabnost.
- Z izboljšanjem predpisovanja antibiotikov in izboljšanjem bolnišnične higiene lahko upočasnimo ali znižamo okužbe z odpornimi bakterijami.

Ker ni novih antibiotikov v razvoju, moramo ukrepati takoj, sicer bomo ostali brez še učinkovitih antibiotikov.

Literatura je na voljo pri avtorju.

Milan Čížman

v imenu Nacionalne komisije za smiselno rabo protimikrobnih zdravil

Center odličnosti v celovitosti specifične onkološke in paliativne oskrbe

Urška Lunder, Tanja Čufer

Za svoje do sedaj »prostovoljno–projektno« organiziranje specialistične paliativne oskrbe v povezavi z onkološko dejavnostjo je Klinika Golnik 11. oktobra 2010 v Milanu od Evropskega združenja za internistično onkologijo (ESMO) prejela akreditacijo »ESMO Designated Center of Integrated Oncology and Palliative Care«. Za certifikat smo izpolnili strokovne, kadrovske in procesne zahteve, ki so bile zajete v trinajstih kriterijih. Z akreditacijo smo se obvezali za nadaljevanje in razvijanje celovite in integrirane oskrbe rakavih bolnikov. Med slovenskimi ustanovami je v lanskem letu enak certifikat že prejel Onkološki inštitut v Ljubljani.

Akreditacija je namenjena za povezavo paliativne oskrbe visokega standarda z vrhunsko specifično onkološko oskrbo vsakega posameznega bolnika v obstoječih onkoloških ustanovah in v podporo izobraževanju vseh zdravnikov ter drugih zdravstvenih delavcev ter raziskovanju s področja specifične oskrbe bolnika in paliativne oskrbe. To priznanje nas postavlja ob bok priznanim onkološkim centrom v svetu. S tem lahko uspešneje promoviramo koncept celostnega pristopa obravnave rakavega bolnika skozi celotni potek napredovale kronične bolezni.

V Kliniki Golnik letno v organizirano paliativno oskrbo s timskim pristopom vključimo približno 240 bolnikov. Proces vključuje celostno oceno potreb, načrtovanje z bolnikom in družino ter vodenje obravnave v skladu z bolnikovimi vrednotami in cilji oziroma s sodelovanjem bližnjih, kadar se bolnik s tem strinja oziroma ni sposoben samoodločanja. Ob odpustu iz bolnišnice omogočimo koordiniran prehod v domačo oskrbo, tako da izobrazimo bolnika in svojce o postopkih oskrbe doma, jim damo praktične predloge in informacije, imamo pa tudi stalno odprt telefon za svetovanje zdravstvenim delavcem in bolnikovim bližnjim. S tem omogočamo večjemu številu bolnikov, da lahko umrejo tam, kjer si večinoma najbolj želijo, to je na svojem domu. Izvedli smo številne izobraževalne dogodke za zdravstvene delavce v gorenjski regiji in tudi širše po Sloveniji.

Ob podelitvi akreditacij 11. oktobra v Milanu je predsednik ESMO David Kerr dejal: »V ESMO verjamemo, da je odlična paliativna oskrba moralni in klinični imperativ.« Nadalje je poudaril, da danes ni več dovolj omogočiti le občasne dejavnosti paliativne oskrbe. Za bolnike z napredujočim rakom že v času systemskega zdravljenja in nato ob koncu življenja je potrebna dobro organizirana paliativna oskrba, ki vključuje specifična znanja, odlične veščine komuniciranja, timski pristop in koordinacijo na vsej poti bolnika za doseganje najboljše kakovosti življenja bolnika in njegovih bližnjih. Zato na Kliniki Golnik uvajamo koordinirano zgodnjo paliativno oskrbo tudi pri bolnikih, ki šele začnejo prvo zdravljenje. Bolnika oskrbi tim za specifično onkološko oskrbo kot tudi tim za paliativno oskrbo, v tesnem medsebojnem sodelovanju. Takšen zgoden pristop k skupni oskrbi bolnikov bo gotovo še izboljšal kakovost življenja naših bolnikov in jim, kot kažejo zadnji izsledki, tudi podaljšal življenje.

Akreditacije se podeljujejo za obdobje treh let. S članstvom med akreditiranimi centri smo zavezani k aktivnemu izpopolnjevanju standardov, vendar je vzdrževanje visokega standarda paliativne oskrbe v Sloveniji v sedanjih neurejenih kadrovskih in finančnih razmerah izjemen izziv. Klinika Golnik je namreč do letošnjega septembra vodila s strani Ministrstva za zdravje naročen nacionalni projekt uveljavljanja celostne paliativne oskrbe v slovenski zdravstveni sistem. S koncem učinkovito izvedenega pilotnega projekta pa je usahnilo tudi financiranje te dejavnosti, zato od Ministrstva za zdravje pričakujemo najhitrejše ukrepanje za ureditev razmer, da bomo lahko v Sloveniji nadaljevali in razvijali dejavnosti, povezane s paliativno obravnavo, ne le pri raku, temveč tudi pri drugih kroničnih boleznih. Le tako bodo lahko bolniki prejeli strokovno in neprekinjeno paliativno oskrbo, ki njim in njihovim bližnjim zagotavlja dokazano boljšo kakovost življenja v času napredovale bolezni in umiranja.

Obnovljena dnevna bolnišnica Kliničnega oddelka za hematologijo je prijaznejša

Irena Preložnik Zupan, Branka Založnik

20. oktobra 2010 smo odprli obnovljeno in na novo opremljeno dnevno bolnišnico **Kliničnega oddelka za hematologijo** na Polikliniki, II. nadstropje, hodnik D. Predstojnik oddelka prof. dr. Peter Černelč je v nagovoru pojasnil, da smo zaradi velikega pomanjkanja bolniških postelj že pred leti prenesli nekatere manj zapletene oblike zdravljenja bolezni krvi in krvotvornih organov z bolnišničnega oddelka v dnevno bolnišnico. Za ustrezne prostore in zagotovitev primerne opremljenosti pa smo si prizadevali leta. Ob odprtju nas je obiskala tudi strokovna direktorica Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani prof. dr. Brigita Drnovšek Olup. Povedala je, da se svetovni trend zdravljenja vedno bolj nagiba v smeri dnevne bolnišnice, kjer bolniki prejmejo zdravila, preostanek dneva pa preživijo s svojci doma. Zagotovila nam je tudi vso podporo in pomoč pri pridobivanju ustreznega kadra v dnevni bolnišnici, ki sedaj deluje s kadrom hematološke ambulante. Vse nas je nagovorila tudi dolgoletna obiskovalka naše dnevne bolnišnice, gospa Heda Kopše, in povedala, da se sedaj počuti v dnevni bolnišnici zelo dobro in varno, pogreša pa spretno sestre, ki so po določenem času, zaradi kadrovskih prerazporeditev, morale zapustiti dnevno bolnišnico, ko so se ravno izurile v aplikaciji vseh zdravil.

Kaj je dnevna bolnišnica?

Dnevna bolnišnica je podaljšek, mnogokrat tudi nadomestek bolnišničnega zdravljenja in večkrat omogoči bolniku, da

pride pravočasno do potrebnega zdravljenja. Glede na veliko pomanjkanje prostih bolniških postelj na Kliničnem oddelku za hematologijo, je bil pred leti sprva to izhod v sili, danes pa je s strani bolnikov to zelo zaželen način zdravljenja, saj preživijo v dnevni bolnišnici le nekaj ur, sicer pa ostanejo doma v krogu svoje družine.

Razvoj dnevne bolnišnice Kliničnega oddelka za hematologijo

Zametki delovanja dnevne bolnišnice segajo že v začetna devetdeseta leta, ko so bolniki prejeli transfuzije eritrocitov in nekatera zdravila na veznem hodniku Poliklinike, I. nadstropje, v montažnih prostorih, ločenih od ambulantnih prostorov. Nadzor bolnikov je bil skrajno težak in delovanje večkrat nevarno.

S pridobitvijo ambulantnih prostorov v II. nadstropju Poliklinike leta 2006 smo del le-teh namenili dnevni bolnišnici. Prvotno opremo smo pridobili »iz vseh vetrov«, hkrati pa smo imeli preveč predelnih sten, ki so bile ponovno moteče, onemogočale so pregled nad bolniki, pristop za reanimacijo in hitro transportiranje bolnika ob zapletih zdravljenja. Večletna prizadevanja za obnovitev in ustrezno opremljenost dnevne bolnišnice smo sedaj izvedli s finančnimi sredstvi več donatorjev in prispevkom UKC Ljubljana. Med donatorji so bili: Amgen zdravila, d. o. o., Baxter, d. o. o., Bayer, d. o. o.,



Novartis Pharma Services Inc., Novo Nordisk, d. o. o., Pharmaswiss, d. o. o., Roche, d. o. o., in družina g. Leona Petrača.

Kratka statistika obravnav v dnevni bolnišnici v zadnjih letih

Leto – število administrativnih obravnav:

2006 – 1171 bolnikov	2009 – 1453 bolnikov
2007 – 1294 bolnikov	2010 do 29. 10. – 1457 bolnikov
2008 – 1476 bolnikov	

Vsak delovni dan obravnavamo v dnevni bolnišnici v povprečju okoli 20 bolnikov (od 10 do 30), tedensko od 100 do 150, mesečno od 400 do 600. Bolnik običajno v sklopu enega administrativno zabeleženega obiska prihaja na zdravljenje večkrat zapored, tudi več mesecev.

Najpogostejše dejavnosti dnevne bolnišnice Kliničnega oddelka za hematologijo

- venepunkcije – odvzem krvi
- transfuzije koncentriranih eritrocitov in trombocitov
- infuzija železovih pripravkov
- zdravljenje s citostatiki in biološkimi zdravili
 - VAD (vinkristin, adriamicin, dexametazon)
 - R-CHOP (rituximab – ciklofosfamid, doksorubicin, vinkristin, prednison)
 - rituximab (monoklonsko protitelo proti CD20)
 - velcade (bortezomib) – proteasomni inhibitor
 - FC+M (fludarabin + ciklofosfamid + mitoxantron)
 - vidaza (azacitidin)
 - mabcampath (monoklonsko protitelo proti CD52)
 - bifosfonati

- imunoglobulini
- antibiotiki in antimikotiki kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja
- encimsko nadomestno zdravljenje (cerezyme – glukocerebrozidaza)
- testiranja
 - test resorpcija železa
 - dexametazonski test
 - neupogenski test
 - DDAVP-test
- izobraževanje in nadziranje bolnikov pri samozdravljenju
 - faktorji strjevanja krvi pri prirojeni in pridobljeni hemofiliji
 - interferon
 - rastni dejavniki (eritropoetini, G-CSF, trombocitni rastni dejavniki)
- redni in specializirani odvzemi krvi (npr. HLA-tipizacija bolnikov in svojcev pred PKMC)

Za konec

Na koncu moramo omeniti, da vse delo v dnevni bolnišnici opravi ambulantno osebje (zdravnik, diplomirana in srednja medicinska sestra, laboratorijski tehnik, administrativni delavec in kurirka), ki vsak dan v dveh zaporednih hematoloških ambulantah obravnava še dodatnih 60 do 70 bolnikov. Nujno potrebujemo še diplomirano in srednjo medicinsko sestro ter administrativnega delavca za boljši nadzor zdravljenja in redno administracijo, ki se iz leta v leto povečuje. S tem dogodkom smo ponovno odprli tudi to vprašanje in prosili za pomoč in razumevanje v dobro naših bolnikov.



Nadaljevanje projekta Desetletje gibal SZO

Bone and Joint Decade 2010–2020

Mineva 10 let od dne, ko je Kofi Anan v palači Združenih narodov v New Yorku v sodelovanju s Svetovno banko pristopil k projektu Desetletje gibal 2000–2010 (Bone and Joint Decade, BJD), s katerim je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) želela kampanjsko nadomestiti raziskovalni in terapevtski zao- stanek na področju mišično-skeletnih poškodb, bolezni in okvar, katerega je po oceni direktorice G. H. Bruntland »pridelala« v desetletjih, ko je medicina prioriteto raziskovala rakave in srčno-žilne bolezni. Slovenci smo se na pobudo prof. dr. Srečka Hermana pridružili 2001. leta. Po vzoru ostalih držav z vseh kon- tinentov smo v nacionalno ekspertno skupino (*National action network*, NAN) združili predstavnike ortopedije, travmatologije, fizioterapije, družinske medicine, medicine dela, ginekologije, endo- krinologije, revmatologije – različnih specialnosti, ki interdiscipli- narno obravnavajo mišično-skeletne bolezni, poškodbe in okvare (MSM). Pomemben prispevek so prispevala združenja bolnikov (*patient advocacy groups*), z osteološkimi raziskovanji je postala prepoznavna raziskovalna skupina, ki se je na endokrinologiji zbrala okoli prof. dr. Andreje Kocijančič.

11. septembra 2010 smo na mrežni konferenci nacionalnih koordinatorjev v Lundu sprejeli sklepe:

- BJD 2000–2010 je mednarodno uveljavljen projekt, ki pomembno ozavešča strokovno in laično javnost o rastočem bremenu mišično-skeletnih bolezni, poškodb in okvar. Zato mu ne bomo spreminjali imena, uporabljamo le posodobljen naziv BJD 2010–2020.
- BJD naj ne preraste v superorganizacijo strokovnjakov za mi- šično-skeletno medicino. Ostane naj lobistična, posredovalna skupnost strokovnjakov in posamičnih, strokovnih organizacij

na globalnem in lokalnem nivoju. V naslednjem desetletju naj bi dali več poudarka regionalnemu sodelovanju in prepozna- vanju specifičnih regionalnih problemov (npr. otroška ortope- dija v Indiji, geriatrična travma v Evropi in Severni Ameriki, vnetne sklepne bolezni v različnih delih sveta ...).

- Osvežiti je treba nacionalne ekspertne skupine in regional- no/lokalno pretehtati, kateri problemi MSM imajo lokalno prioriteto. Povečati sodelovanje med sosednjimi NAN.
- Povečati število in delovanje združenj bolnikov (*patient advocacy groups*).

V NAN Slovenija smo osvežili članstvo: doc. dr. Kocijan za osteo- logijo, asist. mag. Grabljevec za fizikalno medicino in rehabilitacijo, mag. Lestan za revmatologijo, asist. mag. Rok Simonova kot nacionalna koordinatorica za preventivo poškodb, doc. dr. Fokter za ortopedijo, prof. dr. Marčeva za raziskovalno delo in spodaj pod- pisani želimo posredovati za dobro sodelovanje med strokovnimi organizacijami, združenji bolnikov, civilno družbo, Ministrstvom za zdravje, med vsemi deležniki MSM. Na sestanku 2. novembra 2010 smo zastavili začetke delovanja v novi dekadi ob nedavno zaključenem kongresu Združenja za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, z delovno skupino za smernice zdravljenja starostnika po hudi poškodbi, s Konferenco o zlomu kolka v Sloveniji 2000–2010, ki bo 18. in 19. marca 2011, s pripravo regionalnega sestanka raziskovalcev v osteologiji 2011 na MF Maribor in intenziviranjem dela združenj bolnikov z vnetnimi revmatičnimi boleznimi, bole- znimi hrbtenice, z osteoporozo in še kaj. Dela je pred nami toliko, da bomo veseli vsakega dodatnega para rok. Vabljeni!

Radko Komadina

Ambasador BJD in nacionalni koordinator BJD

Kaheksija je prepogosto podcenjen in neprepoznan medicinski problem

Nada Rotovnik Kozjek, Živa Mrevlje

Avtorja naslovne trditve sta nemška kardiologa iz Berlina: Stephan von Healing in Stefan D. Anker (*von Haebling S, Anker SD. Cachexia as a major underestimated and unmet medical need: facts and numbers. J Cachexia Sarcopenia Muscle (2010)1: 1–5.*). Zapisala sta jo v uvodniku nove znanstvenomedicinske revije *Journal of Cachexia, Sarcopenia in Muscle*, katere prva številka je izšla letos septembra. Zakaj tako resna trditve? S

kaheksijo namreč danes opredelimo resne presnovne posledice, ki pogosto podcenjene in neprepoznane spremljajo kronične bolezni: rakaste bolezni, kronično srčno popuščanje, kronično ledvično bolezen (KLO), kronično obstruktivno pljučno bolezen (KOPB), revmatoidni artritis, Alzheimerjevo bolezen, infek- cijske bolezni in tudi mnoge druge ter pomembno zmanjšujejo uspeh zdravljenja osnovnega bolezenskega stanja. Revijo, ki

sem jo omenila, izdaja Združenje za sarkopenijo, kaheksijo in telesno propadanje (www.cachexia.com). Zelo vzpodbudno je, da je v uredniškem odboru revije tudi Slovenec, doc. dr. Mitja Lainščak iz KOPA Golnik.

Kaheksija

O kaheksiji govorimo že stoletja, opisal jo že Hipokrat: »meso izginja in postaja voda, ... abdomen se napolni z vodo, stopala in noge zatečejo, meso na ramenih, ključnicah, prsnem košu in stegnih pa se stopi ... Bolezen je smrtna.« Ja, opis dobro ustreza pomenu besede kaheksija, ki ima grške korenine: »kakos« pomeni slab in »hexis« stanje ali pojavnost. Hipokratov opis lahko prevedemo tudi v jezik sodobne tehnologije. Ponazorimo ga na primer lahko z izvidom bioimpedančne meritve sestave telesa, ki jo uporabljamo kot rutinsko metodo pregleda pri kahektičnem bolniku. V izvid kahektičnega bolnika ponavadi zapišemo: huda ekspanzija volumna ekstracelularne tekočine, izguba puste telesne mase pod spodnjo mejo normale in pogosto paradoksalno visok delež maščevja pri nizkem indeksu telesne mase. Velikokrat se ob tem spomnim tudi dogodka iz mojih zgodnjih let medicinskega staža, ko so me kot najmlajšo zdravnico na oddelku določili, da moram na obdukcijo bolnika, za katerega pravzaprav nismo vedeli, zakaj je umrl. Patolog je med pregledovanjem tkiv med obdukcijo sam sebi momljal v brado: sam špeh in voda. Prepričljivega vzroka smrti ni našel. Danes vem, da je bolnika pokopala kaheksija, ki se je razvila med zdravljenjem njegovega osnovnega bolezenskega problema, zaradi katerega je bil operiran.

Kako velik medicinski problem je kaheksija?

Prevalenca kaheksije je visoka, od 5 do 15 odstotkov pri bolnikih s srčnim popuščanjem in KOPB ter od 60 do 80 odstotkov pri bolnikih z napredujočimi raki. Če pa pogledamo na prevalenco kaheksije z očmi populacijske prevalence, je njen najpogostejši subtip kaheksija, ki spremlja KOPB, sledi ji srčna kaheksija, rakasta kaheksija in kaheksija pri kroničnih ledvičnih bolnikih. Epidemiološke številke torej jasno pobijajo trdno zakoreninjeno dogmo, da je kaheksija rezervirana predvsem za rakaste bolnike. Kaheksija je relativno velik medicinski problem in po podatkih iz uvodnika von Healinga in Ankerja naj bi bila splošna prevalenca v razvitih industrijskih državah okoli 1 odstotek, kar pomeni devet milijonov kahektičnih bolnikov. Relativna prevalenca je nekoliko nižja v Aziji, vendar je zaradi populacijskega bremena teh držav v absolutnem smislu vsekakor prav tako velik medicinski problem kot v zahodnem svetu.

Kaj je kaheksija?

Pri obravnavi kaheksije se v zadnjih letih pojavljajo različne in tudi napačne interpretacije, ki se pogosto nanašajo predvsem na telesno težo in podhranjenost. Podhranjenost je reverzibilna, če telesu zagotovimo zadostno količino hranil. Na drugi strani pa podhranjenost močno pospešuje razvoj kaheksije, ki je s samo

prehransko terapijo ne moremo ozdraviti. Lahko pa zaviramo njen razvoj tako, da preprečujemo podhranjenost in hkrati omogočamo bolj uspešno zdravljenje osnovnega bolezenskega stanja. Tako tudi posredno zaviramo njeno napredovanje. Ker pa je telesno propadanje pri kroničnih bolnikih posledica katabolne presnovne konstelacije, ki jo povzroča aktivacija nevroendokrinega in vnetnega sistema, s pogosto pridruženo anoreksijo in malabsorpcijo, ti bolniki nehoteno progresivno hujšajo. Ob tem se jim spreminja sestava telesa, motena je homeostaza številnih telesnih sistemov, predvsem mišic, maščobnega tkiva in telesnih tekočin.

Vendar ta anabolno-katabolno disbalans ni enak pri vseh subtipih kaheksije. Pri kahektičnih rakastih bolnikih ali bolnikih s KOPB je ponavadi glavni presnovni dogodek zmanjšana proteinska sinteza in to vodi do izgube funkcionalne mase. Pri bolnikih s srčno kaheksijo pa naj bi bila povečana zlasti proteliza, kar prav tako vodi do izgube puste telesne mase.

Ker kaheksija povzroča resne presnovne probleme, ki zmanjšujejo uspešno zdravljenje sodobnih kroničnih bolezni, so strokovnjaki z različnih medicinskih področij (geriatri, kardiologi, onkologi, nefrologi, endokrinologi ...) v povezavi z raziskovalci s področja fiziologije, biokemije itd. leta 2008 objavili sodobno definicijo kaheksije (*Evans WJ, Morley JE, Argiles J et al. Cachexia: a new definition. Clin Nutr 2008; 27: 793–9.*). Ta definicija, imenovana tudi Washingtonska definicija, opredeljuje kaheksijo kot kronično bolezen takrat, kadar so izpolnjeni naslednji kriteriji:

1. prisotnost kronične bolezni **PLUS**
2. izguba telesne teže za več kot 5 odstotkov v zadnjih 12 mesecih ali manj **PLUS**
3. prisotnost **vsaj treh** od naslednjih kriterijev: zmanjšana mišična moč, utrujenost, anoreksija, nizek indeks nemaščobne mase (*fat-free mass indeks*), nenormalni biokemični laboratorijski izvidi (kazalci vnetja, anemija, nizki albumini).

Ti kriteriji nam lahko probleme bolnikov prikažejo tudi v drugi luči. Danes, ko je debelost javnozdravstveni problem, proti kateremu se intenzivno borimo, lahko vidimo, da kroničnemu bolniku pa mogoče celo ne škodi toliko, kot smo mislili. Še več, epidemiološki podatki kažejo, da kronični bolnik, ki hujša, živi krajši čas in da je njegov »idealni« indeks telesne mase krepko nad zdravim, in sicer med 30 in 35 odstotki. Ti »inverzni« epidemiološki podatki kažejo, da moramo na naše kronične bolnike danes pogledati tudi drugače, verjetno bolj s presnovnega stališča. Bomo torej naše kronične bolnike redili? Da se pogovorimo o tej in številnih drugih dilemah pri zdravljenju kroničnih bolnikov, vas vabim na 1. slovensko konferenco o kaheksiji, ki bo 11. januarja 2011 v Domus Medica. Tuji in domači vodilni strokovnjaki s posameznih področij vam bodo predstavili nov, sodoben pogled na številne kronične bolezni in njihovo obravnavo.

Baničevi dnevi in Likarjev simpozij

Srečko Koren, Mirjana Stantič Pavlinič

Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe Slovenskega zdravniškega društva pripravlja vsako leto dve strokovni srečanja, namenjeni podiplomskemu izobraževanju kliničnih oz. medicinskih mikrobiologov, zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev. Dvodnevno, ki smo ga poimenovali »Baničevi dnevi«, se odvija v različnih krajih Slovenije in ga organizirajo regionalni mikrobiološki laboratoriji, obravnava pa laboratorijske, klinične in epidemiološke vidike okužb z različnimi mikroorganizmi ter aktualno problematiko mikrobni okužb v slovenskih bolnišnicah. Enodnevno, imenovano »Likarjev simpozij«, vsakič poteka v Ljubljani in ga organizira Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo MF UL, namenjeno pa je pregledu najnovjših spoznanj z različnih področij klinične mikrobiologije in imunologije ter bolnišničnih okužb.

Prvi Baničevi dnevi

Srečko Koren

Prvi Baničevi dnevi z osrednjo tematiko **Okužbe osrednjega živčevja** so 11. in 12. decembra 2009 privabili v veliko predavalnico MF UL veliko število poslušalcev. V uvodnem delu je predsednik sekcije prof. dr. S. Koren podrobno orisal življenje in delo prof. dr. Stanka Baniča (1913–2005), dolgoletnega predstojnika Katedre za mikrobiologijo in Inštituta za mikrobiologijo MF v Ljubljani, ki je bistveno prispeval k razvoju mikrobiologije in imunologije v Sloveniji. Sledil je strokovni del, sestavljen iz 14 preglednih predavanj, ki so jih pripravili sodelavci Inštituta za mikrobiologijo in imunologijo in Inštituta za patologijo MF UL, Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja in Nevrološke klinike UKC LJ ter Inštituta za varovanje zdravja RS. Predavatelji iz predkliničnih in kliničnih inštitucij so z različnih vidikov osvetlili akutne in kronične bakterijske, virusne, glivične in parazitske okužbe ter prionske bolezni, ki prizadenejo osrednje živčevje. Predavanja so bila predstavljena tudi v obliki člankov, natisnjenih v posebni številki Medicinskih razgledov (zbornik srečanja), ki so jo dobili vsi udeleženci srečanja. Vsebinsko predavanj lahko tako na kratko povzamemo s strnjanim prikazom izvlečkov posameznih člankov.

Med bakterijskimi okužbami osrednjega živčevja imajo najvišjo pojavnost invazivne prevmokokne okužbe. Število virusnih okužb osrednjega živčevja presega število okužb, povzročeni z bakterijami, glivami in paraziti skupaj. Največkrat je povzročitelj seroznega meningitisa oz. meningoencefalitisa virus klopnega meningoencefalitisa. Spremljanje in ugotavljanje epidemioloških vzorcev okužb osrednjega živčevja je izjemnega pomena za oblikovanje ukrepov za varovanje zdravja prebivalstva. Nujna je uvedba elektronskega poročanja z vseh nivojev zdravstvenega varstva in laboratorijev, s čimer bi omogočili pravočasno zaznavanje pojavnosti obzioroma kopičenja primerov ter ocenjevanje tveganja in oceno uspešnosti preventivnih ukrepov, zlasti cepljenja (*A. Kraigher: Epidemiologija okužb osrednjega živčevja v Sloveniji*).

Najpogostejši povzročitelji gnojnega meningitisa pri otrocih in pri starostnikih so bakterije *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* in *Haemophilus influenzae*, ki kolonizirajo nosno-žrelni prostor in lahko vdrejo v kri in možganske ovojnice. Pri novorojenčkih so pogoste povzročiteljice bakterije *Streptococcus agalactiae*, *Escherichia coli* in *Listeria monocytogenes*. Vse pogostejši je v bolnišnici pridobljeni gnojni meningitis po poškodbah in nevrokirurških operacijah, ki pri odraslih bolnikih predstavlja kar 40 odstotkov primerov. Povzročajo ga stafilokoki, enterobakterije in drugi po Gramu negativni bacili. Bolj ogroženi so imunsko oslabiljeni bolniki. Poleg mikroskopskega pregleda in identifikacije povzročitelja po kultivaciji se kot dopolnilna metoda uveljavlja verižna reakcija s polimerazo (PCR) (*M. Mueller Premru, M. Pirš: Gnojni meningitis – povzročitelji in diagnostika*).

Klinična slika gnojnega meningitisa je odvisna od starosti bolnika in trajanja bolezni. Pri novorojenčkih so klinični znaki malo specifični. Pri starejših otrocih je vročina najpogostejši simptom, ki se ji pri dojenčkih pridruži razdražljivost in motnja zavesti in pri šolskih otrocih glavobol in otrplost tilnika. Pri odraslih so glavobol, otrplost tilnika, vročina in motnje zavesti najpogostejši znaki bolezni. Zdravljenje gnojnega meningitisa vključuje anti-biotično zdravljenje, ki je izkustveno ali usmerjeno, ter podporno in simptomatsko. Priporočen je tudi dodatek deksametazona, ki zmanjša možganski edem, zniža znotrajlobanjski tlak in zmanjša vnetje možganov (*M. Čižman: Gnojni meningitis – klinika in zdravljenje*).

Serozni bakterijski meningitis povzročajo različne bakterije, kot so *Borrelia burgdorferi* sensu lato, leptospire, *Treponema pallidum*, mikobakterije, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, rikecije, *Coxiella burnetii*, brucele, *Francisella tularensis* in aktinomycete. Mikrobiološka diagnostika omenjenih bakterij temelji na izolaciji povzročitelja, dokazovanju njegove DNA in določanju protitelesnega imunskega odziva (*E. Ružič Sabljic, M. Žolnir Dovč, V. Kotnik, T. Avšič Županc, D. Keše: Serozni bakterijski meningitis – povzročitelji in diagnostika*).

Klinična slika seroznega bakterijskega meningitisa je dokaj neznačilna in pogosto podobna meningitisu, ki ga povzročajo virusi. Uspešno zdravljenje seroznega bakterijskega meningitisa je v veliki meri odvisno od hitre in natančne opredelitve povzročitelja. Zdravilo prve izbire pri okužbi z bakterijami *Borrelia burgdorferi* sensu lato je ceftriakson, pri okužbi z bakterijo *Treponema pallidum* penicilin G, pri okužbi z bakterijami *Leptospira* spp. doksiciklin (lažje oblike) in penicilin G (težje oblike), pri okužbi z bakterijo *Mycobacterium tuberculosis* so zdravila prve izbire izoniazid, rifampicin, etambutol in pirazinamid in pri okužbi z bakterijami *Brucella* spp. doksiciklin in rifampicin (*M. Jereb: Serozni bakterijski meningitis – klinika in zdravljenje*).

Bakterijski meningitis je zaplet, ki se pojavi pri 1 do 20 odstotkih poškodovancev z zmerno ali hudo poškodbo glave in pri

5 odstotkih bolnikov po večjem nevrokirurškem posegu. Po poškodbah je najpogostejši povzročitelj okužbe mikroorganizem, ki je običajno del flore nosno-žrelnega prostora ali zunanega slušnega kanala, po nevrokirurških posegih pa tudi bakterije, ki so del kožne flore, in bolnišnične bakterije. Med povzročitelji prevladujejo po Gramu pozitivne bakterije, kot so koagulazno negativni stafilokoki, *Staphylococcus aureus* in *Streptococcus pneumoniae*, med po Gramu negativnimi bakterijami pa enterobakterije in nefermentativni bacili. Med letoma 2005 in 2008 so na Inštitutu za mikrobiologijo in imunologijo MF UL na bakteriološko preiskavo prejeli približno 1600 vzorcev likvorja preko 400 nevrokirurških bolnikov, ki so bili zdravljeni na Kliničnem oddelku za nevrokirurgijo, v Centru za intenzivno terapijo, na Kliničnem oddelku za travmatologijo in na Kliničnem oddelku za otroško kirurgijo UKC Ljubljana. Bakterije so bile izolirane pri 127 nevrokirurških bolnikih. Stafilokoki so bili izolirani pri 57,3 odstotka bolnikov, streptokoki pri 10,5 odstotka bolnikov, enterokoki pri 10,5 odstotka bolnikov, druge po Gramu pozitivne bakterije pri 3,2 odstotka bolnikov, enterobakterije pri 6,5 odstotka bolnikov, nefermentativni po Gramu negativni bacili pri 10,5 odstotka bolnikov in druge po Gramu negativne bakterije pri 1,6 odstotka bolnikov (*B. Matos, M. Mueller Premru, M. Pirš: Bakterijski meningitis v zvezi s poškodbami in operativnimi posegi*).

Možganski absces je redka, a nevarna okužba osrednjega živčevja. Najpogostejši povzročitelji možganskega abscesa so streptokoki, anaerobne bakterije (*Prevotella spp., Bacteroides spp.*), *Staphylococcus aureus* in po Gramu negativni bacili. V osemletnem obdobju (1999–2006) je bilo na Kliniki za infektivne bolezni in vročinska stanja UKC LJ zdravljenih 21 odraslih bolnikov z možganskim abscesom. Povzročitelji so bili opredeljeni pri devetih bolnikih (42,8 odstotka), od tega pri šestih iz vsebine abscesa (odposlanih devet vzorcev), pri dveh iz hemokultur (odposlane pri 17 bolnikih), pri enem pa iz likvorja (odposlan pri 10 bolnikih). Pri dveh bolnikih so v kužnini dokazali dva povzročitelja. Dokazani povzročitelji možganskega abscesa so bili sedemkrat (63,6 odstotka) streptokoki, dvakrat (18,2 odstotka) *Staphylococcus aureus*, enkrat (9,1 odstotka) *Candida albicans* in enkrat (9,1 odstotka) *Actinomyces mayeri*. Osem bolnikov (38 odstotkov) je bilo zdravljenih konzervativno, ostali pa so imeli v poteku zdravljenja opravljen tudi kirurški poseg. Antibiotike v parenteralni obliki so bolniki prejeli v povprečju 63,2 dni. Štirje bolniki so umrli, šest jih je ozdravelo brez posledic, pri ostalih so ostale nevrološke okvare (*P. Bogovič, B. Beovič, M. Benedičič, R. Bošnjak: Možganski absces*).

Virusi so pogosti povzročitelji okužb osrednjega živčevja, odgovorni za veliko večino primerov seroznega meningitisa in encefalitisa. Najpomembnejši in/ali pri nas najpogostejši virusni povzročitelji okužb osrednjega živčevja so enterovirusi in parehovirusi iz družine pikornavirusov ter pet herpesvirusov (virus herpesa simpleksa – HSV, virus varičele zostra – VZV, humani virus citomegalije – CMV, virus Epstein-Barr – EBV in človeški herpesvirus 6 – HHV-6). Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja RS je bilo v letu 2008 v Sloveniji prijavljenih 506 primerov virusnih obolenj osrednjega živčevja, med katerimi

je bilo 251 primerov klopnege meningoencefalitisa, 22 primerov enterovirusnega meningitisa, pet encefalitisov in pet meningitisov po prebolelem zostru, trije encefaliti in meningitis, povzročeni z virusom herpesa simpleksa, in en encefalitis po prebolelih noricah. V ostalih primerih povzročitelj ni bil ugotovljen. Prijavljeni primeri enterovirusnega meningitisa najverjetneje ne odražajo dejanskega števila teh okužb v Sloveniji. Osnovna vzroka za to sta nedosledno prijavljanje in doktrina etiološkega neopredeljevanja meningitisov, ki velja v nekaterih slovenskih bolnišnicah in klinikah. Samo na Inštitutu za mikrobiologijo in imunologijo MF UL so v letu 2008 mikrobiološko dokazali 85 primerov enterovirusnih okužb osrednjega živčevja, kar je v velikem neskladju s prijavljenimi primeri. Kljub temu, da imamo v Sloveniji na Inštitutu za mikrobiologijo in imunologijo MF UL na razpolago naj sodobnejšo in zelo hitro virološko diagnostiko virusnih okužb osrednjega živčevja, se, za razliko od drugih razvitih držav, v večini primerov etiološka diagnostika sploh ne izpelje. Sodobna virološka diagnostika virusnih okužb osrednjega živčevja temelji na dokazu virusne RNA ali DNA v likvorju s PCR. Dokaz DNA HHV-6 v likvorju je diagnostičen za okužbo osrednjega živčevja samo, če ob tem izključimo kromosomsko integracijo virusa, ki se pojavlja pri 1 do 3 odstotkih zdravih ljudi (*M. Poljak, K. Seme: Virusni povzročitelji okužb osrednjega živčevja*).

Klopi, komarji in drugi členonožci prenašajo več kot 500 različnih virusov, ki jih imenujemo arbovirusi. V Sloveniji je najpomembnejši virus klopnege meningoencefalitisa (KME), ki je najpogostejši povzročitelj virusnih okužb osrednjega živčevja. Možna z vektorji prenesena povzročitelja okužb osrednjega živčevja sta še virus Zahodnega Nila (WN) in virus Toscana (TOS). S povprečno stopnjo incidence 13,5 na 100.000 prebivalcev sodi Slovenija v sam vrh obolevnosti za KME v Evropi. Podatkov o akutni okužbi ljudi z virusoma WN in TOS v Sloveniji do zdaj ni bilo. Rezultati seroepidemiološke preiskave, ki so jo opravili pri gozdnih delavcih, pa so pokazali, da je imelo protitelesa proti WN 6,8 odstotka preiskovancev in proti TOS 2,5 odstotka preiskovancev (*T. Avšič Zupanc, N. Knap, M. Korva, S. Lotrič Furlan: Z vektorji preneseni virusni povzročitelji okužb osrednjega živčevja*).

Akutni diseminirani encefalomielit (ADEM) je akutno, vnetno, monofazno, demielinizirajoče obolenje osrednjega živčevja. Nastanek je največkrat vezan na prebolelo okužbo z različnimi virusi in bakterijami ali pa na različne oblike cepljenja. Natančna pojavnost akutnega ADEM-a v Sloveniji ni znana. Več kot 80 odstotkov obolelih je otrok, starih do 10 let. V preteklosti je bil ADEM zelo pogost zaplet otroških boleznih (rdečke, norice, ošpic) z visoko umrljivostjo, v zadnjih letih pa je nastanek ADEM-a mnogo pogostejše vezan na nespecifične, virusne okužbe zgornjih dihal. Umrljivost je manj kot 2 odstotka. Pri 5 odstotkih vseh obolelih je vzrok za nastanek cepljenje. Zlato pravilo zdravljenja ADEM-a so visoki odmerki kortikosteroidov intravensko. Zdravljenje nato nadaljujemo s kortikosteroidi v peroralni obliki. Pri veliki večini bolnikov je okrevanje popolno, običajno v šestih mesecih. Opisan je primer bolnika z ADEM-om, ki se je zdravil na Nevrološki kliniki UKC v Ljubljani, pri katerem je bil možen

sprožilni dejavnik okužba s CMV. Po zdravljenju s kortikosteroidi se je stanje začelo hitro izboljševati in dva meseca po odpustu iz bolnišnice bolnik ni imel več znakov prizadetosti osrednjega živčevja (*A. Horvat Ledinek, S. Šega Jazbec, U. Rot: Postinfekcijski encefalomyelitis*).

Okužbe osrednjega živčevja pri bolnikih z imunskimi pomanjkljivostmi so sorazmerno redke, vendar v večini primerov predstavljajo nujna stanja z neugodnim potekom. Okvara celične imunosti je najpogostejša pri bolnikih po presaditvi čvrstih organov ali krvotvornih matičnih celic, pri bolnikih, okuženih s HIV, in pri Hodgkinovem limfomu. Najpogostejši povzročitelji so mikroorganizmi *Listeria monocytogenes*, *Cryptococcus neoformans*, humani virus citomegalije, virus herpesa simpleksa, virus varičele zoster in *Toxoplasma gondii*. Okvara protitelesne imunosti je najpogostejša pri bolnikih z multiplim mielomom, B-celičnim limfomom, Waldenströmovo makroglobulinemijo, kronično limfatično levkemijo in hiposplenizmom. Najpogostejši povzročitelji so bakterije s kapsulo, predvsem *Streptococcus pneumoniae* in *Haemophilus influenzae*, redkeje pa *Neisseria meningitidis* in *Klebsiella pneumoniae*. Okvare fagocitoze (nevtropenija) so najpogostejše pri hematoloških in onkoloških bolnikih zaradi same osnovne bolezni ali zaradi zdravljenja s citostatiki. Pri nevtropeničnih bolnikih okužbe osrednjega živčevja najpogosteje povzročajo bakterije *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* in *Pseudomonas aeruginosa*. Okvara komplementnega sistema (pomanjkanje komponente C3) je najpogostejša pri bolnikih po odstranitvi vranice, bolnikih s sistemskim eritematoznim lupusom in pri podhranjenih. Pri bolnikih se lahko razvijejo nevarne sistemske okužbe z mikroorganizmi, kot so *Streptococcus pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus spp.*, *Brucella spp.* in *Toxoplasma gondii* (*P. Karner, T. Matos, M. Poljak: Okužbe osrednjega živčevja pri imunskih pomanjkljivostih*).

Okužbe osrednjega živčevja so bolezni, ki predstavljajo velik diagnostični in terapevtski problem. Zaradi velikega števila povzročiteljev je težavna predvsem diagnostika seroznih meningitov in encefalitisov, ki kljub uporabi sodobnih mikrobioloških preiskav ostajajo nepojasnjeni v skoraj 60 odstotkih. Za boljše rezultate je pomembno dobro sodelovanje med leččim zdravnikom in mikrobiologom. V Sloveniji je bilo v zadnjih petih letih prijavljenih od 44 do 60 primerov gnojnega meningitisa, pri čemer je bilo približno 30 odstotkov primerov etiološko neopredeljenih. V prihodnosti bo z uporabo čipov DNA in visoko zmogljivih molekularnih metod netačnega sekveniranja omogočeno etiološko opredeljevanje večjega števila kliničnih vzorcev (*M. Logar, M. Petrovec: Okužbe osrednjega živčevja nejasne etiologije*).

Prionske bolezni so neizogibno smrtne nevrodegenerativne bolezni. Po trenutno veljavni teoriji jih povzroča prion, beljakovinski kužni delec brez nukleinske kisline. Zanesljiva diagnoza genetskih prionskih bolezni je možna za časa življenja bolnika z analizo gena za prionski protein, pri sporadičnih in prenesenih oblikah prionskih bolezni pa je zanesljiva diagnoza trenutno možna le po smrti bolnika. Najpogostejša in najdlje poznana prionska bolezen pri človeku je Creutzfeldt-Jakobova bolezen (CJB). Sporadična

CJB je dokaj enakomerno razširjena po svetu z obolevnostjo 1 do 2 na milijon na leto. Med dednimi oziroma genetskimi prionskimi boleznimi je najpogostejši Gerstmann-Straussler-Scheinkerjev sindrom (GSS). V obdobju od leta 1987 do vključno leta 2000 je bilo v Sloveniji (na Inštitutu za patologijo MF UL) postavljenih 11 diagnoz zanesljive CJB, v obdobju od leta 2001 do septembra 2009 pa je bilo postavljenih 28 diagnoz zanesljive CJB in en primer GSS (*M. Popović: Diagnostika prionskih bolezni*).

Poseben del srečanja s tematiko **Odvzem in prenos kužnin za mikrobiološke preiskave** je bil namenjen strokovnim zdravstvenim delavcem, medicinskim sestram in laborantom. Sodelavci Inštituta za mikrobiologijo in imunologijo MF UL so poslušalcem teoretično in praktično prikazali odvzem in prenos kužnin (*V. Križan Hergouth, T. Matos, M. Petrovec, J. Logar, B. Wraber*), sprejem vzorcev in zagotavljanje kakovosti (*J. Boben*) in elektronski dostop do izvidov mikrobioloških preiskav (*R. Tratar, S. Jeverica*).

Srečanje je obogatilo živahno razpravljanje, ki se je v sproščnem vzdušju nadaljevalo na skupni večerji za vse udeležence v Ljubljanskem mestnem muzeju.

1. Banični dnevi – Okužbe osrednjega živčevja

Strani: 1-110

- 1 • Bolezni znanosti na poti – Jasna Karer
- 3 • Epidemiologija okužb osrednjega živčevja v Sloveniji – Alenka Kravžar
- 5 • Osnovni meningiti – povzročitelji in diagnostika – Marica Müller Petric, Matjaž Poljak
- 17 • Osnovni meningiti – klinika in zdravljenje – Milica Čičman
- 23 • Serozni bakterijski meningiti – povzročitelji in diagnostika – Eva Rudič Šušter, Miroslav Zelnik, Vladimir Kanak, Tatjana Avdič, Zvezdana, Daryja Kala
- 31 • Serozni bakterijski meningiti – klinika in zdravljenje – Mitja Javak
- 35 • Bakterijski meningiti v zvezi s pridobitimi in nepsilnimi protiji – Brijuni Hlatko, Marica Müller Petric, Matjaž Poljak
- 39 • Multisistemske okužbe – Petra Šušter, Brijuni Petric, Mitja Benedičič, Roman Biljak
- 43 • Virusni povzročitelji okužb osrednjega živčevja – Marica Poljak, Katja Jarec
- 47 • Z nekaterimi posebnimi virusi povzročitelji okužb osrednjega živčevja – Tatjana Avdič, Zvezdana, Petrina Erceg, Mitja Karva, Ivanka Jarec, Furber
- 67 • Postinfekcijski encefalomyelitis – Alenka Horvat Ledinek, Selma Šega Jazbec, Urša Bar
- 73 • Okužbe osrednjega živčevja pri imunskih pomanjkljivostih – Petrina Erceg, Tatjana Hlatko, Marica Müller Petric, Matjaž Poljak
- 79 • Okužbe osrednjega živčevja pri nevtropeniji – Matjaž Poljak, Miroslav Petrovec
- 81 • Diagnostika prionskih bolezni – Marica Poljak
- 83 • Meningitis in sprednje stenoze po sprednjem premetu – povzročitelji s bakterije MRSA dovzajajo okužbo (KAMISA) – Ivana Oršak-Kuhalič, Tatjana Jarec, Urša Javak, Urša Javak, Miroslav Petrovec
- 101 • Prioni neurodegenerativne bolezni – Barbara Javak, Jasna Logar
- 103 • Prionska okužba možganov pri človeku – etiologija bolezni – Tatjana Erceg, Miroslav Petrovec, Ivana Oršak-Kuhalič, Urša Javak

Ljubljana, december 2009

Prvi Likarjev simpozij

Srečko Koren, Mirjana Stantič Pavlinič

Prvi Likarjev simpozij z naslovom **Novosti v medicinski virologiji** je potekal v polni veliki predavalnici MF UL 11. junija 2010. Posvečen je bil opisu novoodkritih povzročiteljev virusnih bolezni, novim možnostim laboratorijske diagnostike, posredno pa tudi novim načinom zdravljenja virusnih okužb, ki so razširjene po svetu in v Sloveniji. Predavanja so pripravili sodelavci Inštituta za mikrobiologijo in imunologijo MF UL, ki aktivno sledijo razvoju molekularnobioloških raziskovalnih in diagnostičnih metod ter odkrivanju novih virusov, ki imajo pomembno vlogo v etiopatogenezi številnih že poznanih ali na novo spoznanih, porajajočih se virusnih bolezni. Za lažje spremljanje predavanj so predavatelji za vse udeležence srečanja pripravili izročke, ki so izšli v vezani obliki (zborniku izročkov).

Uvodoma je bilo predstavljeno življenje in delo pred kratkim umrlega prof. dr. Mihe Likarja (1923–2010), dolgoletnega predstavnika Katedre za mikrobiologijo in Inštituta za mikrobiologijo MF UL, dekana MF UL in prorektorja UL, ki je pomembno vplival na razvoj sodobne slovenske medicinske mikrobiologije in imunologije, še posebej virologije (*S. Koren: In memoriam prof. dr. Miha Likar, dr. med., univ. dipl. biol., 1923–2010*).

Strokovni prispevki srečanja so bili predstavljeni v dveh sklopih. Prvi sklop je obsegal devet predavanj, namenjenih seznanjanju z novostmi v virološki laboratorijski diagnostiki.

Pri odvzemu kužnin za virološke preiskave so se izkazale prednosti tehnike nazofaringealnih aspiratov, krtačnih brisov in brisov s polivretansko peno kot bolj zanesljive od do pred kratkim uveljavljenih nazofaringealnih brisov žrela. Samo za molekularne metode diagnostike gripe in okužb z respiratornim sincicijskim virusom so še vedno uporabni suhi brisi. Predstavljeno je bilo tudi univerzalno transportno gojišče za viruse, primerno za kratkoročno shranjevanje in transport vzorcev na sobni temperaturi. Novost so epruvete z bar kodami, ki omogočajo bolj natančno in preprosto identifikacijo vzorcev. Za laboratorije namreč še vedno predstavljajo problem pomanjkljivo izpolnjeni spremni listi za mikrobiološke preiskave, zato so zaželeno ustreznejše rešitve (*A. Rojnik, M. Petrovec: Novosti v predanalitiki - odvzem, vzorčenje, transport*).

Popolna novost v virusni serologiji je tehnologija X-MAP, ki temelji na principu pretočne citometrije. Omogoča multipleks serološke metode za sočasno določanje številnih različnih antigenov v eni sami reakciji (*M. Petrovec: Novosti v virusni serologiji*).

Med novostmi v neposrednem dokazovanju virusnih antigenov se uveljavljajo hitri imunsko-kromatografski testi in nova različica direktne imunofluorescence, to je tekočinska neposredna imunofluorescenca, ki omogoča odčitavanje rezultata v roku 25 minut po prejemu vzorca. S posebnim testom, ki temelji na neposredni imunofluorescenci, lahko kvalitativno dokazujemo sočasno osem vrst respiratornih virusov: virus influence A in B, RSV, adenoviruse, metapnevmonoviruse, viruse parainfluence 1, 2, 3 (*T. Cerar, M. Petrovec: Novosti v neposrednem dokazovanju virusnih antigenov*).

S področja elektronske mikroskopije je bila predstavljena zmrzovalna elektronska mikroskopija in zmrzovalna elektronskomi-kroskopska tomografija (kriotomografija) (*M. Poljšak Prijatelj: Novosti v elektronski mikroskopiji*).

Še vedno ostaja aktualna osamitev virusa iz celičnih kultur, ki sodi med zahtevne in dolgotrajne, vendar natančne virološke tehnike. Njene prednosti so med drugim širok spekter dokazovanja virusov, tudi neznanih, in dokaz živega virusa. Zanimiva je možnost uporabe transgenih celičnih linij z reporterskimi geni, ki se aktivirajo ob okužbi s specifičnimi virusi (*A. Saksida, T. Avšič Županc: Novosti v osamitvi virusov na celičnih kulturah*).

Med novostmi v osamitvi nukleinskih kislin mikroorganizmov je v zadnjem času poudarek na razvoju silikatnih membran in magnetnih delcev za vezavo nukleinskih kislin in na avtomatizaciji za obdelavo velikega nabora vzorcev (*A. Steyer, M. Poljak: Novosti v osamitvi nukleinskih kislin*).

Kar zadeva novosti v molekularnem dokazovanju virusnih okužb je bilo podrobno prikazanih več integriranih diagnostičnih sistemov, ki temeljijo na avtomatični osamitvi DNA ali RNA in PCR-ju v realnem času. Govora je bilo tudi o preiskavah, približanih bolnikom v bolnišničnem okolju in njihovi tesni navezanosti na centralni klinični mikrobiološki laboratorij (*M. Poljak: Novosti v molekularnem dokazovanju virusnih okužb*).

Določanje občutljivosti oz. odpornosti na protivirusna zdravila z ugotavljanjem mutacij s pomočjo sekvenčne analize izoliranega in s PCR namnoženega virusnega genoma je pomembno pri zdravljenju okužb z virusi HIV, HBV in CMV. Vse omenjene postopke izvajajo tudi na Inštitutu za mikrobiologijo in imunologijo MF UL (*M. Lunar, M. Poljak: Novosti v določanju občutljivosti na protivirusna zdravila*).

Med najnovejše trende v medicini vsekakor sodi diagnostika in zdravljenje, prilagojeno posameznemu bolniku. Personalizirana medicina v virologiji stremi k učinkovitejšemu zdravljenju virusnih okužb prilagojenemu bolezenskemu stanju posameznega bolnika. Individualizacijo zdravljenja z določanjem virusnega bremena (HIV, HBV, HCV), virusnega genotipa (HCV), virusnega tropizma (HIV) in virusne odpornosti (HIV, HBV, HCV) izvajajo tudi pri nas na Inštitutu za mikrobiologijo in imunologijo MF UL (*M. Pirš, M. Maticič, J. Tomažič, M. Poljak: Personalizirana medicina v virologiji*).

Drugi sklop srečanja je obsegal 11 predavanj, namenjenih predstavitvi novih, medicinsko pomembnih virusov.

Bokavirusi so nov rod virusov, uvrščeni v družino parvovirusov. Povzročajo okužbe zgornjih in spodnjih dihal ter prebavil, najpogosteje pri majhnih otrocih. Pogostost okužb po podatkih različnih avtorjev niha med 1 in 20 odstotki (*T. Uršič, M. Petrovec: Novi parvovirusi*).

Med človeškimi poliomavirusi so spoznali nov poliomavirus v kožnih vzorcih karcinoma Merklovih celic. V celično DNA vgrajen genom poliomavirusa Merklovih celic so dokazali pri 69 do 85 odstotkih vseh primerov tega raka (*B. Kocjan, M. Poljak: Novi poliomavirusi*).

V družini papilomavirusov neprestano odkrivajo nove papilomaviruse, kloniranih je že skoraj 200 različnih papilomavirusnih genotipov, od tega več kot 150 človeških. Odkriti so bili tudi »slovenski« genotipi HPV-125, HPV-150 in HPV-151. Spoznana o tako velikem številu novih genotipov HPV je pomembno upoštevati v diagnostiki in pri razvoju cepiv (*A. Kovanda, M. Poljak: Novi papilomavirusi*).

Pomembno se zdi odkritje o kromosomski integraciji humanega herpesvirusa 6 (HHV-6), ki predstavlja edinstven način perzistence med človeškimi herpesvirusi in igra pomembno vlogo pri kongenitalni okužbi s HHV-6 (*P. Maver, M. Poljak: Humani herpesvirus 6 - HHV-6*).

Metapnevmovirusi so novi rod v družini paramiksovirusov. Prvič so jih osamili iz otrok, do danes so človeške metapnevmoviruse dokazali v vzorcih iz zgornjih in spodnjih dihal bolnikov vseh starosti po vsem svetu. Simptomi in znaki pri obolelih otrocih so zelo podobni tistim, ki jih povzročajo RSV. Po izbruhu okužb s koronavirusom, ki povzročajo sindrom akutnega oteženega dihanja (SARS), se je povečalo zanimanje za različne nove respiratorne koronavirusne (hCoV-NL63 in hCoV-HKU1). Pogostost okužb dihal s humanimi koronavirusi pri slovenskih otrocih znaša približno 5 odstotkov (*M. Jevšnik, M. Petrovec: Metapnevmovirusi in novi koronavirusi*).

V letu 2009 je ves svet močno vnemirila pandemija gripe, ki jo je sprožil prašičji virus gripe A (H1N1) 2009. Izkazalo se je, da ima ta virus genske segmente, ki izvirajo iz prašičjih, ptičjih in človeških virusov gripe. V viroloških laboratorijih Inštituta za varovanje zdravja RS in Inštituta za mikrobiologijo in imunologijo MF UL je bilo dokazanih približno 1600 primerov pandemske prašičje gripe. V slovenske bolnišnice je bilo sprejetih približno 700 bolnikov z laboratorijsko potrjeno pandemsko prašičjo gripo (približno 50 se jih je zdravilo v enotah intenzivne terapije), 19 bolnikov je umrlo (*S. Koren: Pandemski virus gripe H1N1v*).

Rinovirusi so pogosti povzročitelji zvečine blagih okužb zgornjih dihal. Odkrivajo vedno nove genotipe, ki lahko hkrati krožijo med ljudmi, čeprav je zaradi virusne interference manj sočasnih okužb, kot bi pričakovali. Kopicijo se dokazi, da so okužbe z rinovirusi v zgodnjem otroštvu pomemben dejavnik tveganja za razvoj astme (*M. Petrovec: Novi rinovirusi*).

Parehovirusi (HPeV) so novi porajajoči se virusi, povezani z okužbami osrednjega živčevja. Uvrščeni so v družino pikornavirusov. Z uporabo za parehoviruse specifičnega PCR so uspeli bistveno povečati delež etiološko opredeljenih okužb osrednjega živčevja pri bolnišnično zdravljenih otrocih, mlajših od pet let. S študijo, ki so jo opravili na Inštitutu za mikrobiologijo in imunologijo MF UL, so dokazali HPeV-3 v 6 od 27 enterovirusno in herpesvirusno negativnih vzorcev likvorja otrok, starih do pet let (*K. Fujs Komloš, M. Poljak: Novi parehovirusi in enterovirusi*).

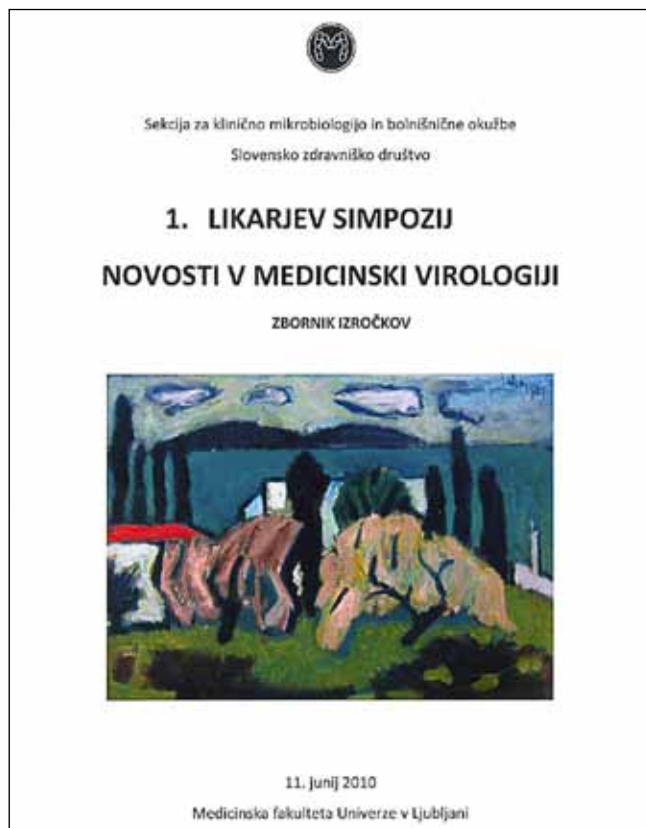
Virusne okužbe prebavil so po pogostosti takoj za virusnimi okužbami dihal. Poleg novih genotipov rotavirusov, kalicivirusov (norovirusov in sapovirusov), astrovirusov in adenovirusov so vzročno povezani z gastroenteritisi tudi nekateri novo odkriti,

manj znani črevesni virusi, kot so pikobirnavirusi, torovirusi, cirkovirusi, bokavirusi in parehovirusi, pri katerih obstaja tudi možnost zoonotskega prenosa (*M. Poljšak Prijatelj: Novi virusi, ki povzročajo okužbe prebavil*).

Onkogene viruse povezujejo z razvojem približno 15 odstotkov človeških rakavih boleznih. Kandidata za nova tumorska virusa sta poliomavirus Merklvih celic, ki so ga dokazali v celicah kožnega raka Merklvih celic, in ksenotropni retrovirus, podoben virusu mišje levkemije, ki so ga odkrili v nekaterih bioptičnih vzorcih raka prostate (*M. Skvarč, S. Koren: Novi virusi, ki jih povezujejo s tumorji pri človeku*).

Zanimiva je nova virusna družina mimivirusov, odkritih v amebnih kulturah. So največji znani virusi, s premerom približno 600 nm. Povzročajo pljučnico pri miših, mogoče tudi pri človeku (*S. Jeverica, T. Avšič Županc: Mimivirusi in drugi gigantski virusi*).

Obširno in tehtno razpravljanje ob koncu prvega in drugega sklopa predavanj je utrdilo prepričanje, da so organizatorji izbrali dovolj zanimivo tematiko. Prepričani smo, da bodo vsakoletni Likarjevi simpoziji tudi v bodoče privabljali vse tiste, ki jih zanimajo najnovejši strokovni in raziskovalni dosežki na različnih področjih mikrobiologije in imunologije.



Novosti s področja virusnih okužb dihal pri otrocih

Ante Burmas

Barcelona je letos 23. in 24. septembra gostila 8. svetovno srečanje strokovnjakov na temo respiratornih virusov (GEM – *Global Expert's Meeting On Respiratory Viruses*). Namen srečanja je bil predstavitev najnovejših epidemioloških podatkov, kliničnih vidikov obravnave in rezultatov znanosti na področju virusnih okužb, povzročenih z respiratornim sincicijskim virusom (RSV) in drugimi virusnimi okužbami pri otrocih. Z odprtim in interaktivnim pristopom so bile možne razprave in izmenjave izkušenj. Program so vodili strokovnjaki s področja neonatologije, pulmologije, splošne pediatrije in infektologije. Srečanja se je udeležilo več sto zdravnikov iz več kot 40 držav vsega sveta. Na povabilo družbe Abbott smo se srečanja iz Slovenije udeležili Lilijana Kornhauser Cerar, Vesna Vodušek Plevnik, Andreja Škofljanec in Ante Burmas.

Na svetu se RSV povezuje z več kot 22 odstotki vseh okužb spodnjih dihalnih poti pri otrocih, mlajših od petih let. Od 33,8 milijona okužb z RSV jih je bilo več kot 3 milijone zdravljenih v bolnišnici. Ocenjuje se, da je umrlo od 66.000 do 199.000 otrok, od tega 99 odstotkov v nerazvitih državah. V ZDA so ugotovili, da se je število sprejemov v bolnišnico v zadnjih petih letih podvojilo, predvsem na račun okužb z RSV, ki je dodatno povezan tudi s težjim potekom bolezni. Tudi v Evropi ni drugače: RSV je izoliran pri 40 do 50 odstotkih hospitaliziranih otrok zaradi bronhiolitisa in tako predstavlja najpogostejše izoliran virus. Koinfekcije z drugimi virusi so pogoste in lahko vodijo v težji potek bolezni. Skrb povzroča tudi naraščajoče število težje potekajočih bronhiolitisev, ki potrebujejo obravnavo v intenzivni enoti. Številne raziskave so se v zadnjem času posvetile obrambnemu odgovoru organizma. Ugotovili so, da so večja obremenitev z virusom (*virus load*), nižje vrednosti IL-6, IL-8, IL-10 in MIP-1 β iz nosne sluzi in nižje koncentracije LDH povezane s težjim potekom bolezni. Zaščita s palivizumabom, monoklonalnimi protitelesi proti RSV, prepreči hospitalizacijo v 45 do 55 odstotkih. Za oceno pomena palivizumaba pri zdravljenju akutnega RSV-bronhiolitisa bodo potrebne dodatne raziskave. V dosedanjih se je izkazalo, da palivizumab zmanjša obremenitev z virusom in obstrukcijo dihal.

Pri otrocih s težjim potekom RSV-bronhiolitisa sta pogostejši astma in nagnjenost k alergijam. Pljučna funkcija je bila pri bolnikih po preboleli bolezni slabša, in sicer neodvisno od astme, drugače kot pri bolnikih z astmo brez RSV-okužbe. Večja obremenitev z virusom dobro korelira s težkim potekom bolezni pri dojenčkih s primarno okužbo z RSV. Objekt raziskav čedalje pogostejše postaja tudi humani rinovirus (HRV), ki je lahko vzrok težko potekajočim virusnim okužbam in katerega posledice so tudi lahko kasnejši razvoj astme oz. ponavljajočega piskanja v otroštvu. Pri HRV se za razliko od RSV kaže

učinkovitost kortikosteroidov v terapiji akutne okužbe, ki lajša dispnejo, hkrati pa zmanjša verjetnost kasnejših epizod piskanja.

Virusne okužbe dihal lahko pri atopikih sprožijo kaskado, ki spodbudi in vzdržuje vnetje v dihalih. Do sedaj še nepopolno razjasnjeni mehanizmi spremenijo prirojeno protivirusno imunost. Te interakcije lahko povzročijo dovzetnost za huda poslabšanja astme ob virusnih okužbah, ki so največji vzrok obolevnosti in umrljivosti pri astmi. Vzrok poslabšanj so v otroškem in dojenčkovem obdobju v 80 do 100 odstotkih virusne okužbe, pri odraslih v 75 do 80 odstotkih. Zelo pogosto so povzročitelji rinovirusi. Raziskave, s katerimi se poskuša razviti nove preventivne in terapevtske strategije, so tudi pokazale, da imajo astmatiki v primerjavi z zdravimi pomanjkljivo protivirusno imunost in so dovzetnejši za virusne okužbe. Pokazala se je pomanjkljiva indukcija interferonov tipa I., II. in III. in IL-10, IL-12 in IL-15. Rezultati teh raziskav so bili *in vivo* povezani z večjo virusno obremenitvijo, močnejšim vnetjem dihalnih poti, slabšo pljučno funkcijo in klinično težjim potekom bolezni. V prospektivni multicentrični študiji je bilo ugotovljeno, da pasivna imunizacija s palivizumabom lahko prepreči do 80 odstotkov ponavljajočih se napadov piskanja pri nedonošenih otrocih od drugega do petega leta starosti, vendar le pri tistih brez anamneze astme oziroma alergije v družini. V drugi študiji so dokazali dober protivirusni učinek azitromicina, katerega mehanizem še ni znan.



Z leve: Vesna Plevnik Vodušek, dr. med., asist. dr. Lilijana Kornhauser Cerar, dr. med., Andreja Škofljanec, dr. med., Ante Burmas, dr. med., in Lilijana Rebec Žunjanin, dr. vet. med., predstavnica družbe Abbott.

Rizično skupino za težko potekajoče okužbe spodnjih dihal predstavljajo predvsem nedonošenčki, katerih primarni obrambni mehanizmi preko cilijev, sluzi, surfaktanta in alveolarnih makrofagov so še nezreli. Dihalne poti so v primerjavi z donošenim otrokom ožje in ob okužbi reagirajo z večjo obstrukcijo. Obenem je ta skupina pogosto podvržena iatrogeni poškodbi pljuč zaradi umetne ventilacije, oksidativnega stresa in kolonizacije z bakterijskimi in glivičnimi patogeni. Nizka porodna teža, sepsa in pljučnice, povezane z mehansko ventilacijo, so pogosto predhodniki kronične pljučne bolezni. V nekaterih neonatalnih centrih priporočajo uporabo flukonazola v profilaktičnem odmerku za preprečevanje glivičnih okužb in kolonizacije. Vloga horioamnionitisa, z ali brez umbilikalnega vaskulitisa, še ni razjasnjena. Najnovejše preiskave so pokazale, da ga lahko razumemo kot imunski odgovor matere in otroka ter je lahko povezan z zmanjšanim tveganjem za nastanek kronične pljučne bolezni. V prihodnosti bo potrebno opredeliti vlogo markerjev vnetja in različnih citokinov v razvoju BPD, saj se je izkazalo, da je le-ta lahko povezana z motnjami v razvoju imuskega odgovora. Na tem mestu je nujno potrebno poudariti zaščitno delovanje materinega mleka.

Tudi bakterije igrajo v interakciji z virusi pomembno vlogo pri okužbah spodnjih dihal. Izkazalo se je, da bakterije odprejo vrata težje potekajočim virusnim okužbam preko modulacije imuskega odgovora. V lanski sezoni H1N1 se je pokazalo, da je bila prisotnost *S. pneumoniae* v nazofarinksu pomembno višja pri težko potekajočih okužbah. Cepljenje otrok proti pnevmokoku ne štiti le proti bakterijskim okužbam, dodatno so opažali

tudi 45-odstotni upad okužb z virusom gripe. Interakcija bakterijskih in virusnih okužb poteka torej v obeh smereh. Cepljenje proti sezonski gripi je tudi bistven preventivni ukrep težko potekajočim okužbam dihal. Cepiva proti gripi so se izkazala za varna in učinkovita.

Med predavanji je bilo prvi dan možno sodelovanje na delavnicah, ki so bile namenjene obravnavi bronhiolitisa in pljučnice, izolacijskim ukrepom v intenzivni enoti ob izbruhu epidemije RSV ter predstavitvi novih smernic za preventivno imunizacijo s palivizumabom v ZDA. Razprave so bile živahne, čas pa je nemalokrat prehitro potekel. Izkazalo se je, da je pristop glede na lokalna priporočila zelo različen, težave in rezultati zdravljenja pa so primerljivi. Tako so bile spodnje »normalne« vrednosti nasičenosti kisika ob bronhiolitisu glede na države zelo različne in so znašale od 90 do 94 odstotkov. Glede na lokalna priporočila se pri zdravljenju uporabljajo tako bronhodilatatorji kot tudi inhalacije z adrenalinom in hipertono fiziološko raztopino. Terapija s kortikosteroidi je, kljub nedokazani učinkovitosti, še pogosto v uporabi.

Barcelona je enkratno okolje za organizacijo svetovnih kongresov, vendar na žalost ni ostalo kaj prida časa za ogled znamenitega mesta. Osmo srečanje na temo respiratornih virusov nam bo ostalo v spominu zaradi zelo dobre organizacije, številnih gostov iz vsega sveta in odličnih predavateljev, ki so nam predstavili novosti iz sveta virusov in okužb z njimi.

Udeležbo na srečanju je omogočila družba Abbott Laboratories, d. o. o.

2. mednarodna Poletna šola o Parkinsonovi bolezni

Nadja Jarc, David Vrhovec, Klara Tostovršnik, Nives Ramač, Aleš Rode, Špela Rabzelj

Ljubljana je v dneh preteklega poletja, od 19. do 28. julija 2010, gostila 2. mednarodno Poletno šolo o Parkinsonovi bolezni. Poletna šola o Parkinsonovi bolezni, angl. *Parkinson's Disease Summer School (PDSS)* je idejni projekt Paula de Roosa, mladega zdravnika iz Nizozemske. Šola, ki vzpostavlja odlične razmere za produktivno inovativno delovanje visoko motiviranih mladih udeležencev ob svetovanju pestre skupine izkušenih strokovnjakov, je prvič zaživela od 20. do 29. julija 2009, pod okriljem Cukurova University, v mestu Adana v Turčiji. Udeležili so se študentje in diplomanti s področja medicine, farmacije, psihologije, biologije in zdravstvenih šol. Med udeleženci iz osmih evropskih držav so bile tudi tri Slovenke: Mateja Smogavec, takratna študentka 5. letnika Medicinske fakultete v Mariboru (MF MB), Klara Tostovršnik, takratna študentka 1. letnika Medicinske fakultete v Ljubljani (MF LJ) in Nadja Jarc, dr. med., diplomantka MF LJ.

Ključni cilj PDSS, ob sočasnem pridobivanju pestrih izkušenj in znanja, je oblikovanje predlogov za raziskovalne projekte. Tako so se lanskoletni ločeno ukvarjali z LRRK 2 gensko mutacijo ter vplivom ritmičnosti na posamezne značilnosti Parkinsonove bolezni (PB). Predlog, po večini slovenske ekipe, pa je predlagal prionsko etiologijo PB in bil nagrajen kot najbolj inovativen predlog 1. PDSS. Posledično so slovenske udeležence postale tudi organizatorke 2. PDSS. Poleg slednjih, Klare Tostovršnik in Nadje Jarc, so se lokalni organizacijski ekipi 2. PDSS pridružili se študentje 2. letnika MF v Ljubljani: David Vrhovec, Nives Ramač, Aleš Rode in Špela Rabzelj.

Osnovna struktura PDSS je bila nadgrajena in tako je 2. PDSS vključevala tudi Delavnico o iskalnih orodjih, ki jo je organizirala Centralna medicinska knjižnica (CMK). Prof. dr. Z. Pirtošek je predsedoval letošnji večji in pestrejši skupini nacionalnih strokovnjakov, ki so prihajali iz obeh slovenskih

univerzitetnih kliničnih centrov. S področja nevrologije prof. dr. Z. Pirtošek, prof. dr. D. Flisar, doc. dr. M. Trost in D. Georgiev, dr. med., nevrokirurgije prof. dr. T. Strojnik, asist. mag. A. Vranic, psihiatrije doc. dr. A. Bon, psihologije V. Kragelj, fiziatrije prof. dr. A. Praznikar, fizioterapije A. Kancilija Staničič in statistike doc. dr. G. Vidmar.

Končne predloge za raziskovalne projekte sta ocenjevala tudi prof. dr. E. C. Wolters, predsednik raziskovalne ekipe pri Svetovni nevrološki federaciji (WFN), in prof. dr. H. Steinbusch, direktor več evropskih podiplomskih šol s področja nevroznanosti.

Zaključna prireditve, ki je vključevala predstavitev predlogov za raziskovalne projekte in so jo preko videokonference spremljali strokovnjaki in pacienti v tujini, je potekala v kongresnem centru Čebelarskega centra Lukovica. Prireditve in svečane večerje se je udeležila večina domačih in tudi oba eminentna strokovnjaka iz tujine, prav tako pa tudi predstavniki sodelujočih organizacij. S tako gesto so na mladih nadebudnih umih zagotovo pustili več kot le neizmeren strokovni pečat.

Pester družabni program je udeležencem poleg kulinarčnih užitkov omogočil tudi ogledovanje Ljubljane, jim razkril skrivnosti Idrije, jih popeljal v Arboretum Volčji Potok, za zaključek šole pa v podeželsko okolje, na Brdo pri Lukovici.

Posledice 1. in 2. PDSS

1. PDSS je oblikovala tri raziskovalne projekte; ločeno se se ukvarjali z LRRK 2 gensko mutacijo, vplivom ritmičnosti na posamezne značilnosti parkinsonove bolezni (PB). Predlog, po večini slovenske ekipe, pa je predlagal prionsko etiologijo PB in bil nagrajen kot najbolj inovativen predlog 1. PDSS. Decembra 2009 je na XVIII. WFN svetovnem kongresu o PB v Miami Beachu na Floridi, ZDA, o možnosti, da bi prioni povzročali parkinsonovo bolezen, predaval prof. dr. Prusiner, Nobelov nagradenec za odkritje prionov. Paul de Roos, Nadja Jarc in Klara Tostovršnik smo se udeležili kongresa in imeli tudi čast krajšega pogovora s prof. dr. Prusinerjem.

Vzdušje uspešnega sodelovanja slovenskih udeleženk na 1. PDSS, torej študentk in diplomantk mariborske in ljubljanske fakultete, se je nadaljevalo v 2. PDSS. Tudi slednja je namreč uspešno povezala strokovnjake kliničnega centra iz Maribora in Ljubljane. Ob usmerjanju strokovnega vodje prof. dr. Pirtoška je šlo zaznamovala pestrost strokovnih sodelavcev, tako skorajda ni bilo nezastopane strokovnjaka z zdravstvenega področja, povezane s PB. 2. PDSS je bila zgled, kako ideja z dobrim namenom v svojem bistvu lahko spreminja svet, morda le kratkotrajni delček sveta, pa vendarle taki vzori puščajo globoke sledi v sodelujočih in drugače povezanih z dogodkom.

Ključni rezultati 2. PDSS so bili trije predlogi za raziskovalne projekte: »*The Association between Dopamine Receptor D1 and D2 Polymorphisms and L-dopa-induced Dyskinesia*«, »*The premotor symptoms: their place in the pathophysiology and their predictive value in early identification of Parkinson's disease with future applicability in disease-modifying treatment*«, »*A randomized multi centre double blind*

study to compare TCA's and SSRI's to optimal treated PD Patients«.

2. PDSS pa je pomagala tudi pri letošnji nacionalni kampanji osveščanja o PB, ki jo organizira Društvo bolnikov s PB Trepetlika. In sicer preko medijske pozornosti, ki jo je prejela, tako prek Radia Slovenije 1 kot tudi Dnevnika Televizije Slovenije, ki je objavil prispevek z zaključne prireditve na Brdu pri Lukovici. Kot lansko leto, pa bo tudi letos Evropsko združenje Parkinsonovih bolnikov (EPDA) v reviji EPDA Plus objavilo prispevek o PDSS.

Čeprav so spomini z 2. PDSS še dokaj sveži, je organizacija 3. PDSS že v teku. Na Nizozemskem jo bo organiziral udeleženec 2. PDSS, Mark Smeets, sicer nizozemski študent tehnične medicine.

Le dobro leto od izvedbe 1. PDSS so se nekateri njeni udeleženci že posvetili boju proti PB, vključeni v različne raziskave. Portugalska diplomantka Diana Gabriela Ribeiro Ferreira na področju genetskih raziskav mitohondrijskega gena PINK 1, v Leicesteru v Veliki Britaniji. Nizozemska študentka medicine Yuyi Wong na področju incidence demence pri parkinsonovi bolezni pri Kitajcih v Hongkongu na Kitajskem. Slovenska udeleženka 1. in organizatorica 2. PDSS, Nadja Jarc, dr. med., je trenutno vključena v raziskovanje na področju uporabe DBS pri psihiatričnih motnjah v Massachusetts General Hospital v ZDA.

Osebne zgodbe

Esra Kutlu, študentka 5. letnika Univerze Cukurova v Adani, Turčija

»Moja izkušnja kot organizatorke 1. in udeleženke 2. PDSS je bila čudovita, uporabna tako za moje izobraževanje kot tudi zame kot bodočo zdravnico. Na šoli sem videla, kako je ideja nastala in pridobila obliko, oboje prek sijajnih izvornih študentskih misli. PDSS mi je podarila nepozabne trenutke, spoznala sem toliko različnih kultur, toliko dobrih prijateljev. Če bi imela priložnost tretjič uživati vzdušje PDSS, bi jo brez oklevanja sprejela.«

Diana Gabriela Rubeiro Ferreira, diplomantka farmacije, Portugalska

»Ta multidisciplinarna poletna šola je izredna zaradi svoje izvirnosti in inovativnosti. Dala nam je možnost svobodnega dela na naših projektih in hkrati nalogo, da svoje delo predstavimo in zagovarjamo pred strokovnjaki najvišjih nivojev. Razširila je moja obzorja znanosti, pomena deljenja znanja, skupinskega dela, solidarnosti in prijateljstva. Bila je resnično enkratna izkušnja!«

Nadja Jarc, dr. med.

»Čudovito je bilo videti, kako so se ideje in delo preteklega leta uresničili v 10 dneh 2. PDSS. Kako je Slovenija, s svojimi bolniki, skrbniki bolnikov, strokovnjaki, sponzorji in mediji prepoznala pomen in vrednost čudovite ideje, ki daje priložnost za boljšo prihodnost. Vesela in hvaležna sem, da sem bila lahko del te velike in posebne zgodbe.«

Pomen medicine spanja in evropske akreditacije centrov za motnje spanja v Evropi – In v Sloveniji?

Leja Dolenc Grošelj

Septembra je v Lizboni potekal 20. kongres Evropske zveze za raziskave spanja (ESRS – *European Sleep and Research Society*). ESRS je mednarodna, neprofitna organizacija, ki združuje zdravnike različnih specialnosti (nevrologe, nefrofiziologe, pulmologe, pediatre, interniste, psihiatre, ORL-specialiste, klinične psihologe ...) in bazične raziskovalce, ki se ukvarjajo s preučevanjem fiziologije in motenj spanja. Evropski kongresi medicine spanja potekajo vsako drugo leto, tako da je letos minilo 40 let od prvega velikega kongresa medicine spanja v Evropi. Uradni časopis ESRS je *Journal of Sleep Research* (JSR; IF = 3,5), ki objavlja vedno večje število raziskovalnih člankov s področja medicine spanja.

Dan pred uradnim začetkom kongresa je potekalo celodnevno srečanje Evropskega združenja tehnikov, ki delajo v laboratorijih za motnje spanja, in sta se ga udeležili tudi dve nefrofiziološki asistentki in dipl. inženir računalništva iz laboratorija za motnje spanja na Inštitutu za klinično nefrofiziologijo UKC v Ljubljani. Poudarek srečanja je bil na osvajanju novih tehnik poligrafskega snemanja in analize polisomnografskih posnetkov.

Kongres se je začel s predavanji mladih raziskovalcev, ki so bili udeleženci evropskega projekta »Marie Curie«, ki je pod okriljem ESRS potekal od leta 2007 do 2010 in v tem času s področja medicine spanja izobrazil 160 mladih po vsej Evropi (v Sloveniji je izobraževanje uspešno zaključil specializant nevrologije in podiplomski študent doktorskega študija na MF v Ljubljani, Bojan Rojc). Predavanja, ki so zajemala doktorska dela mladih raziskovalcev, so bila odlična in so pokrivala bazične raziskave, npr. motnje spanja po CVI pri podganah (C. Zunzunegui, Zürich, Švica), študije funkcijskega MRI in korelacije s kognitivnimi testi (G. Albouy, Liege, Belgija), do kliničnih raziskav pomena dolžine spanja pri otrocih na BMI (E. Touchette, Pariz, Francija).

Vsak dan kongresa so potekale videodelavnice, na katerih so bili prikazani številni primeri bolnikov z različnimi parasomnijami (C. Schenck, Minneapolis, ZDA), motoričnimi napadi in epileptičnimi fenomeni med spanjem (G. Plazzi, Bologna, Italija) ter nepojasnjenimi respiratornimi dogodki ponoči (D. Pevernagie, Ghent, Nizozemska). Pomen dobrega kliničnega poznavanja motenj spanja je nazorno prikazal prof. Lino Nobili (Milano, Italija) s prikazom otroka, ki je pod diagnozo trdovratne epilepsije v različnih italijanskih centrih za epilepsijo prejel različna antiepileptična zdravila, ki mu napadov niso zmanjšala. Zato je bil premeščen v Center za kirurgijo epilepsij v Milano, kjer so mu vstavili intracerebralne elektrode in končno ugotovili, da sploh ne gre za epilepsijo, ampak za parasomnijo v spanju ter da zdravljena z antiepileptiki ne

potrebuje. Vse večji pomen ima tudi zgodnje odkrivanje parasomnij (npr. vedenjske motnje v REM-spanju), za katere vemo, da se lahko pojavijo že leta pred razvojem degenerativne bolezni osrednjega živčevja, npr. Parkinsonove bolezni, demence (J. Montplaisir, Montreal, Kanada; I. Arnulf, Pariz, Francija).

Velik del predavanj je pokrival področje motenj dihanja med spanjem, ki so vedno bolj prepoznane kot multifaktorska bolezen, vzroki in/ali posledice motenj dihanja med spanjem pa se kažejo kot srčno-žilni zapleti, debelost, nenadna smrt med spanjem ... Vedno več študij obravnava genetsko predispozicijo in išče biomarkerje za razvoj apneje v spanju (A. Pack, Philadelphia, ZDA). Nov pogled na mehanizem razvoja OSA smo tudi sami predstavili v predavanju (S. Podnar, L. Dolenc Grošelj, Ljubljana), ko smo v študiji bolnikov z nezdravljenimi motnjami dihanja med spanjem s kvantitativno EMG-preiskavo v mišicah jezika prikazali pomembne nevropatске spremembe. S prof. F. Strambijem sva vodila (L. Dolenc Grošelj) tudi zelo zanimivo sekcijo motenj dihanja, v kateri je bila predstavljena MRI-študija (V. Castranovo, Milano, Italija), ki je prikazala, da so spremembe v možganovini pri OSA-bolnikih ob zgodnjem zdravljenju s pozitivnim pritiskom (CPAP-terapija) še lahko reverzibilne.



Slovenski udeleženci evropskega kongresa za raziskave spanja (ESRS). Vsi iz laboratorija za motnje spanja, UKC Ljubljana. Z leve: Barbara Gnidovec Stražisar (specialistka pediatrije in specialistka otroške nevrologije), Nevenka Zlatnar (nevrofiziološka asistentka), Leja Dolenc Grošelj (specialistka nevrologije), Boštjan Kastelic (dipl. inženir računalništva), dr. Vita Štukovnik (klinična psihologinja), Irena Štefe (nevrofiziološka asistentka, vodja EEG-laboratorija). ESRS-kongresa se je udeležila tudi pulmologinja dr. Jasmina Gabrijelečič iz KOPA Golnik, laboratorija za motnje dihanja med spanjem.

Vedno več kliničnih področij medicine spanja se v zadnjih letih širi na področje genetskih in biokemičnih raziskav ter področja novih slikovnih tehnik (PET, MRI funkcijske preiskave). Ob tem se oblikujejo velike evropske raziskovalne skupine (*Paediatric Sleep Club, European Narcolepsy Network, European Insomnia Network*), v katerih tudi aktivno sodelujemo (B. Gnidovec Stražišar, L. Dolenc Grošelj). V sklopu Evropske zveze za raziskave spanja aktivno deluje tudi Združenje nacionalnih skupin za spanje (ANSS – *Association of National Sleep Societies*), katerega pomembna naloga je oblikovanje smernic za enotno evropsko akreditacijo centrov za motnje spanja (*Pevernagie D. European guidelines for the accreditation of Sleep Medicine Centres. J Sleep Res 2006; 15: 231–8*) in smernic za akreditacijo specialistov medicine spanja in tehnikov, ki v centrih za motnje spanja delujejo (*Pevernagie D, Stanley N, Berg S, et al. European guidelines for the certification of professionals in sleep medicine: report of the task force of the European Sleep Research Society. J Sleep Res 2009; 18: 136–41*).

Po evropskih smernicah v Sloveniji delujeta dva somnološka centra: Center za motnje spanja v UKC, ki pokriva obravnavo vseh motenj spanja in se deli na dva dela (Center za obravnavo motenj spanja pri odraslih na Inštitutu za klinično nevrofiziologijo – vodja L. Dolenc Grošelj, in Center za obravnavo motenj spanja pri otrocih in mladostnikih na Pediatrični kliniki – vodja B. Gnidovec Stražišar), ter Center za obravnavo motenj dihanja med spanjem (KOPA, Bonišnica Golnik – vodja J. Gabrijelčič). Oba centra ustrezata evropskim smernicam in bosta še v letošnjem letu prejela akreditacijo ANSS (in s tem ESRS). Kot predsednica slovenske skupine za spanje sem v Lizboni aktivno sodelovala še pri zadnjih pripravah na tretji članek, ki obravnava vse aktivnosti, ki jih morajo opravljati akreditirani centri za motnje spanja. Članek smo sooblikovali 29. predsedniki nacionalnih združenj za raziskave spanja v Evropi in v njem dosegli soglasje ne le glede strogih določil posameznih diagnostičnih preiskav, ampak tudi glede natančnih opredelitev časovnih normativov zanje. Članek, ki bo v naslednjem letu objavljen v JSR, bo tako osnova tudi za izračun stroškov preiskav in dela v evropsko akreditiranih centrih za motnje spanja.

Medicina spanja je pomembna veja medicine, ki z različnih vidikov (nevrološkega, internističnega, pulmološkega, pediatričnega ...)

odkriva in ustrezno zdravi bolnike z motnjami spanja. Motnje spanja so kronične bolezni, ki nezdravljene vodijo v srčno-žilne zaplete, imajo za posledico prekomerno dnevno zaspanost, ki je vzrok več kot 20 odstotkov prometnih nesreč (!), nenadno smrt med spanjem. V razvitih evropskih državah je velikost centrov za medicino spanja (npr. diagnostične preiskave za motnje spanja predstavljajo do 50 odstotkov vseh nevrofizioloških preiskav, pri nas manj kot 10 odstotkov) temu primerna, diagnostične preiskave pa so primerno plačane, saj so ugotovili, da je »*cost benefit*«
ustrezno prepoznanih bolnikov z motnjami spanja, ki so pravočasno zdravljeni, bistveno večji kot nezdravljenih bolnikov z dolgoročnimi posledicami in invalidnostjo.

V Sloveniji potekajo rutinske diagnostične preiskave za odkrivanje motenj spanja že od leta 1994 (na Inštitutu za klinično nevrofiziologijo – L. Dolenc Grošelj, in praktično sočasno tudi v KOPA Golnik – M. Fležar), prej pa so bolnike z motnjami v spanju pošiljali na diagnostične preiskave in zdravljenje v tujino. V slovenskem prostoru smo v šestnajstih letih delovanja na področju medicine spanja dosegli ogromno: prenesli in uvedli smo vse v svetu uveljavljene diagnostične metode na področju somnologije, jih z leti dopolnjevali in se držali evropskih (ICSD 2005; *International classification of sleep disorders*) in ameriških standardov (ASDA 2007; *American Sleep Disorder Association*) ter dosegli evropske smernice akreditacije dveh centrov za motnje spanja. Na žalost pa na nacionalnem nivoju medicina spanja še vedno ni dosegla pomena, ki ga ima v ostalih evropskih državah. Kljub podpori vodstva Inštituta za klinično nevrofiziologijo za razvoj somnologije v Sloveniji uradno storitve še vedno niso priznane in plačane, kot bi morale biti (kljub odobritvi na zdravstvenem svetu). Čeprav je stroka v Sloveniji na evropskem nivoju, smo žal še vedno pred vprašanjem, ali bo tudi zavarovalnica prepoznala pomen diagnostičnih preiskav v slovenskih, sedaj evropskih centrih za medicino spanja, ali pa jih bomo zaprli in slovenske paciente (tudi otroke) raje pošiljali na diagnostične preiskave v tujino – po možnosti v neakreditirane centre v sosednje države, kjer bo kakovost storitev na bistveno nižjem nivoju kot v slovenskih dveh centrih.

Udeležbo na kongresu so omogočili in finančno podprli: Inštitut za klinično nevrofiziologijo, Glaxo in Lundbeck.

62. kongres Inštituta psihiatričnih dejavnosti

Matej Kravos

Od 14. do 17. oktobra letos je v Bostonu (Združene države Amerike) potekal 62. kongres Inštituta psihiatričnih dejavnosti (Institute on Psychiatric Services) v okviru Ameriške psihiatrične zveze (American Psychiatric Association). Kongres je v Sloveniji manj znan. Usmerjen je v organizacijo psihiatričnih službe, socialno, skupnostno psihiatrijo, posvečen različnim terapevtskim pristopom, manj pa je bazičnih

znanj. Glede farmakoterapije so pomembni povzetki in smernice uporabni v vsakdanji praksi. Verjetno je zato tudi manj zanimiv za farmacevtska podjetja, ki pri nas praktično edina skrbijo, da smo lahko v stiku s sodobnimi smernicami.

Na področju shizofrenije so bile predstavljene trenutne omejitve in strategije zdravljenja v prihodnosti. Bistvenih sprememb in

novih zdravil, ki bi prišla na tržišče v prihodnosti, ne pričakujejo več. Razvoj miruje, odkar so prišla na tržišče zdravila za zdravljenje shizofrenije druge generacije. Pred registracijo je sicer še nekaj zdravil, ki se ne vežejo na receptorje D2, vendar so bila pričakovana najverjetneje prevelika. Vmesni rezultati ne potrjujejo pričakovanj. Med sedaj uporabljanimi zdravili v učinkovitosti praktično ni razlik. Raziskave in klinične prakse so pokazale, da so t. i. tipična antipsihotična zdravila učinkovita v bistveno nižjih odmerkih, kot so se uporabljala do nedavnega. Med antipsihotičnimi zdravili tudi ni pomembnejših razlik v učinkovitosti, razlike so le v prenosljivosti oziroma neželenih učinkih. Tudi kombinacije antipsihotičnih zdravil niso učinkovitejše od monoterapij. Kombiniranje je uspešno le izjemo. Prav tako dodatna terapija, ki okrepi delovanje osnovne terapije, ni v pomoč. Izjema so posamezni primeri, ki pa so redki (uporaba stabilizatorjev razpoloženja, antidementivov, betablokatorjev, omega 3 maščobnih kislin ipd.). Verjetno je najboljša antipsihotično zdravilo že na tržišču – to je klopazipin. Nadaljnji razvoj je usmerjen v zgodnje odkrivanje prodromalnih simptomov. Primerjave s preventivo in zdravljenjem srčnega infarkta kažejo, da je prva epizoda shizofrenije kot srčni infarkt. Terapevtski ukrepi za zdravljenje tako srčnega infarkta kot shizofrenije so znani. Toda, kardiologi imajo izdelan sistem preventive. Dejavniki tveganja za nastanek infarkta (ekvivalent so predsimpltom shizofrenije), zgodnji znaki popuščanja srca (prodromalni simptomi shizofrenije) in izbruh bolezni (prva epizoda) so tri faze razvoja bolezni. Nadaljnje raziskave na področju shizofrenije so tako usmerjene v prvi dve fazi: predsimpltomatsko obdobje in prodromalni simptomi. Verjetno bo le z zgodnjimi preventivnimi ukrepi mogoče preprečiti kasne posledice shizofrenije (kognitivni deficit, osebnostna neorganiziranost, izolacija iz družbe ...). Trenutno poteka petletni projekt RA1SE, v katerem primerjajo osebe z obstoječimi pristopi v zdravljenju in osebe, ki so podvržene celostni obravnavi (timski pristop z vsemi znanimi terapevtskimi tehnikami od socialnih, psihoterapevtskih do farmakoloških).

Posebnost so bile terapevtske posebnosti t. i. dvojnih diagnoz: duševna motnja in duševna manjrazvitost. Izpostavljen je bil predvsem specifičen pristop, terapevtske tehnike, ki zahtevajo upoštevanje znižanih kognitivnih zmognosti pacientov in prilagajanje odmerkov zdravil z možnimi zapleti.

NIAAA (ameriška zveza za zdravljenje odvisnosti od alkohola) je pripravila klinične smernice za odkrivanje, uvajanje in terapijo odvisnosti od alkohola. Pripravili so program, ki se nekoliko razlikuje od do sedaj uveljavljenega in skoraj 50 let starega programa, katerega osnova je bilo zdravljenje anonimnih alkoholikov. Program je voden in bistveno bolj permisiven kakor sedanji. Poudarek je na zmanjševanju uživanja alkohola s ciljem abstinence, ki pa ni nuja. V začetku naj bi odvisni od alkohola vsakodnevno beležili količino pitja vseh vrst pijač. Nadaljevanje pitja ali ponovitev je označena le še kot zaplet oziroma ponoven izbruh bolezni, enako kot je pri ponovni epizodi depresije ali shizofrenije. Celoten program je dosegljiv na njihovi spletni

strani www.niaaa.nih.gov. Program je delno že prilagojen novim diagnostičnim smernicam DSM 5 za leto 2013, kjer ne bo več t. i. tveganega ali škodljivega pitja alkohola. Tovrstno pitje je že ovrednoteno kot zgodnja faza odvisnosti. Terapija je usmerjena v kontrolo in zmanjševanje pitja alkohola, kar je za pacienta veliko bolj sprejemljivo kot abstenenca za vselej. Cilj seveda ostaja popolna abstenenca, a ne za vsako ceno. Priporočeno je tudi zdravljenje z zdravili, predvsem z naltreksonom, disulfiramom, topiramatom in baklofenom kot zdravili prvega izbora ob sočasnih izobraževalnih ukrepih. Posebna pozornost naj bi bila posvečena nespečnosti in bolečinam kot dejavnikoma tveganja za nadaljevanje pitja.

Posebna pozornost je bila namenjena shizoafektivni motnji. Dosedanja ameriška klasifikacija (DSM IV) in mednarodna klasifikacija (MKB 10) imata različne diagnostične kriterije, ob tem, da MKB shizoafektivno motnjo vključuje v sklop shizofrenij, ameriška pa ne. Z novo ameriško klasifikacijo (DSM V) naj bi tudi Američani popustili pritiskom Svetovne zdravstvene organizacije. Diagnostični kriteriji so preohlapni in puščajo zdravniku preveč nedorečene svobode. Objavljenih je bilo več retrogradnih študij, v katerih s ponovnimi diagnostičnimi ocenami niso potrdili shizoafektivnih motenj oseb, ki so bile vključene v študije. Večina vključenih bi naj imela shizofrenijo. Tudi sicer je diagnostično v obeh klasifikacijah shizoafektivna motnja bližje shizofreniji kot bipolarni motnji, čeprav bi morala biti »nekje vmes«. V terapevtskih pristopih priporočajo sorazmerno nizke odmerke antipsihotikov (haloperidol do 5 mg na dan, atipični pa na spodnji meji), kakor tudi za stabilizatorje razpoloženja (valproat do 750 mg, litij do 300 mg ipd.). Razlog je, da naj bi v preteklosti uporabljali previsoke odmerke, ki so ljudi bolj ovirali kakor zdravili. Razmišljanja, ki pri nas verjetno ne bi našla veliko somišljenikov.

Predstavili so petletni program podporne zaposlitve. Program je podoben nekaterim našim programom, ki jih izvajajo zavodi za zaposlovanje s težje zaposljivimi osebami. Osnova je timska obravnava, ocenjevanje posameznika in vključitev v delovni proces po fazi prilagajanja. Projekt podpira država. Učinki so najbolj vidni v prvem letu. Izdelane imajo motivacijske programe in obsežno izobraževalno gradivo na spletu: www.samhsa.gov/product/sma08-4365 in na www.dartmouth.edu/~185/. Ugotovili so tudi, da brezposelnost ne vpliva na poslabšanje bolezenskih slik oseb z duševnimi motnjami, ne vpliva na število samomorov in na število hospitalizacij. Podatek, ki bi ga bilo vredno preveriti tudi na naši populaciji.

Očitno je vse več potrditev, do so genetska občutljivost, stresna stanja in poškodba ali vnetni procesi temeljni vzroki za razvoj depresije. Psihološke travme v otroštvu občutno zvišajo verjetnost za pojav depresije v odrasli dobi. Že pri prvi epizodi depresije se pojavijo strukturne spremembe možganov z znižano aktivnostjo v dorzolateralnem delu prefrontalnega režnja, inzulni, dorzalnega dela sprednjega cinguluma in zgornjega temporalnega girusa ter zvišano aktivnostjo v amigdalih, lateralnem sprednjem in ventromedialnem delu prefrontalnega režnja.

Strukturne spremembe bele možganovine se pojavijo predvsem v frontalnem in parietalnem režnju. Potrjena je bila teorija, da so ravni vnetnih citokinov premo sorazmerno višje s stopnjo depresije. Na celični ravni je bistven vnetni odgovor glije na stres, ki vpliva na aktivacijo nevrotrofičnih faktorjev. Ključni zunanji dejavniki za preprečevanje depresije pa so: gibanje, spanec in izpostavljanje soncu.

Samo okrog 22 odstotkov bolnikov z bipolarno motnjo je brez simptomov. Ostali imajo pomembne rezidualne simptome ali mešane oblike bipolarnе motnje. Rezidualni simptomi so napovednik ponovnih epizod. Trajanje manične epizode je v korelaciji z znižano aktivnostjo lateralnega orbitofrontalnega dela možganske skorje. Bolniki z bipolarno motnjo imajo zmanjšan volumen sive možganovine v sprednjem cingulumu in amigdalih. Teorija o povezavi stresa in nastanka depresije, z neravnovesjem v hipotalamo-hipofizni osi in aktivaciji citokinov, naj bi veljala tudi za bipolarno motnjo. Pojav bipolarnе motnje pa lahko aktivira stresni odgovor s posledicami na drugih organih: srčne aritmije, ishemija, pojav dislipidemij, sladkorne bolezni, debelosti, ateroskleroze in zvišanega krvnega tlaka.

Ker o vseh predavanjih, delavnicah in simpozijih ni mogoče poročati, le še nekaj naključno izbranih naslovov za boljše predstavo: Zgodnje ukrepanje pri psihozah: dejstvo ali upanje?; Nujna stanja v psihiatriji; Vodenje, usposabljanje in psihoizobraževanje; Reforma zdravstvenega sistema v času Obamovega predsednikovanja; Vpliv duševnih motenj na oskrbo bolnikov z virusom HIV; Uporaba psihodinamskega razumevanja za izboljšanje nege pacienta; Izobraževanje v javni in skupnostni psihiatriji; Zloraba anabolikov in steroidov; Delo z jeznim bolnikom; Delo z brezdomci; Kaj narediti, ko klopazin nima učinka?; Etična vprašanja, ko bolnik zavrne zdravljenje.

Kako najceneje priti na kongres? Kotizacija je zasoljena, kakor povsod drugod. Najlažje je z objavo plakata na kongresu Ameriške psihiatrične zveze, ki je vsako leto v maju. Plakat je nato avtomatsko sprejet še na ta kongres. Pri kotizaciji dajo precejšnji popust, res pa je, da so znižano kotizacijo letos občutno zvišali na 200 dolarjev, ker je bila še lani le 95 dolarjev ...

Dobrodošli v prihodnosti

Poročilo s I. simpozija o kardiopulmonalnem oživljanju v Mariboru

Emina Hajdinjak

Maribor je prvič v zgodovini gostil ugledne predavatelje s področja kardiopulmonalnega oživljanja (KPO), ki so se odzvali povabilu dr. Raula J. Gazmurija (Rosalind Franklin University, North Chicago) in dr. Štefka Grmeca (OE NMP, ZD Maribor). Tako je od 9. do 11. septembra 2010 v organizaciji Centra za nujno medicinsko pomoč ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, ob pomoči Ministrstva za zdravje RS, Fakultete za zdravstvene vede in Medicinske fakultete Univerze v Mariboru potekal prvi *CPR Summit* s pomenljivim naslovom *Welcome to the future*, na katerem so se zvrstila številna predavanja širokega razpona: od registrov oživljanja do posledic in učinkov oživljanja na endotelij in mitohondrije.

Namen srečanja je bil poslušalcem predstaviti nova dognanja in rezultate s področja raziskovanja KPO ter dejavnike, ki vplivajo na izid KPO, poudariti pomen pravilnega izvajanja KPO in predstaviti možnosti ter prijemališča za dodatno medikamentozno podporo oživljanju v prihodnosti. Srečanje je presenetilo s številnimi novostmi, pisanimi idejami za prihodnost in z živahnostjo razprave, ki je bila pripravljena sprejeti vsakogar, ki si je upal vskočiti.

V prvem sklopu predavanj smo se seznanili s procesom nastajanja in potrjevanja novih smernic s področja oživljanja ter z vključevanjem novih korakov v le-te in izvedeli o registru KPO.



V naslednjem sklopu smo govorili o pomenu hipotermije v oskrbi pacienta po uspešnem KPO, predstavili načela uporabe in statistično pomembno boljše izhode primarnih srčnih zastojev. Z veseljem smo sprejeli naznanitev vključitve hipotermije kot poslednjega člena verige preživetja v prihajajočih smernicah. Prof. dr. Marko Noč, dr. med. (UKC Ljubljana), pa je pojasnil možnosti in učinke blage hipotermije ob sočasni PCI ter opozoril na pomembno izboljšanje preživetja z dobrim nevrološkim izhodom pri hlajenih komatoznih bolnikih po vzpostavitvi spontane cirkulacije. V nadaljevanju srečanja smo se preselili na celični nivo: predstavljen je bil žilni endotelij kot tarčni organ intervencij med srčnim zastojem in KPO, katerih osnove so citoprotekcija, redukcija vnetnih kaskad, fibrinoliza ter izboljšanje mikrovaskularnega toka krvi. Pregledno nam je orisal vpliv farmakoloških, celično usmerjenih terapij in periodičnih pospeškov na regulacijo endotelijskih funkcij.

Poškodbe in zapleti le-teh, kot vodilni vzrok smrti v industrializiranem svetu med 1. in 40. letom starosti, so bili tema predavanja, v katerem sta nam bila spol in starost predstavljena kot pomembna dejavnika prevalence poškodb in dovzetnosti za posledične septične zaplete. V predavanju o vlogi kisika v KPO nam je bila predstavljena aplikacija kisikovega paradoksa v primeru srčnega zastoja. Jasno je, da je potreben določen nivo oksigenacije za ponovno vzpostavitev spontane cirkulacije, vendar se zdi, da je po vzpostavitvi spontanega obtoka hiperoksija povezana s toksičnostjo. Zanimiva je ideja o zaščiti bioenergetske funkcije mitohondrijev med KPO, ki zajema ohranitev sposobnosti oksidativne fosforilacije in produkcije ATP-ja. Prikazan nam je bil pomen inhibicije natrij-vodikovega izmenjevalca (NHE-1) ter eritropoetin kot možno obetavno zdravilo v te namene.

Ekipe Centra za nujno medicinsko pomoč ZD dr. Adolfa Drolca Maribor je predstavila predbolnišnični monitoring ob oživljanju, uporabo kapnografije in ultrazvoka v našem vsakdanu ter upe in poglede na prihodnost, v kateri bi si želeli uporabljati pupilometrijo in meritve tkivne oksigenacije kot pokazatelja uspešnega KPO in dobrega nevrološkega izhoda po zunajbolnišničnem srčnem zastojem.

Dotaknili smo se epidemiologije znotraj- in zunajbolnišničnih srčnih zastojev na Švedskem, kjer je večina tovrstnih pacientov zajetih v nacionalnem mrežnem registru, posebej za zunajbolnišnične in znotrajbolnišnične. Ne glede na mesto zastoja ima večina tam preživelih sprejemljivo možgansko funkcijo. Govorili smo o pomembnosti dobro potekajoče verige preživetja, ob tem nam je bilo predstavljeno pomembno izboljšanje preživetja pri pacientih z zunajbolnišničnim srčnim zastojem v Oslu, kjer so to dosegli z vztrajnimi opozarjanji na verigo preživetja ter izboljšano kakovostjo oskrbe med in po srčnem zastojem. Pozvani smo bili k vključevanju in vzdrževanju regionalnih sistemov oživljanja, saj bi na ta način preživel več žrtev zunajbolnišničnih srčnih zastojev.

Predavanje o vzpostavitvi koronarnega pretoka kot ključu do uspešne oskrbe po oživljanju je bilo povzeto z dejstvom, da uspešne perkutane koronarne intervencije izboljšujejo preživetje bolnikov z ST-elevacijami po KPO, kakor tudi tistih brez elevacij.

V predavanju o težavnosti izvedbe kliničnih poskusov s področja oživljanja je bil osvetljen problem financiranja in pridobivanja privolitev posameznikov, saj so zaradi nujnosti in akutnosti situacije le-ta tako rekoč nemogoča, poudarjena pa je bila tudi odvisnost kliničnih poskusov od bazičnih znanosti in poskusov na živalih ter ne nazadnje nezanesljivost nacionalnih statistik o oživljanjih.

V nadaljevanju srečanja smo govorili o možnostih analize oblik krivulje ventrikularne fibrilacije na monitorju kot napovednika uspešnosti šoka ter o vzrokih za refibrilacijo med oživljanjem, preprečevanju in prognostični vrednosti. Amiodaron in nove tehnične rešitve (defibrilatorji, ki spremljajo osnovni srčni ritem tudi med zunanjo masažo srca) obljublajo boljše izhode zunajbolnišničnih srčnih zastojev ob vztrajni VF. Predstavljene so bile različne vrste mehanskih naprav za KPO, saj študije na živalih kažejo na njihovo prednost pred ročno masažo.

Zadnje predavanje je pripadlo najstarejšemu izmed gostujočih profesorjev in predavateljev, prof. dr. Maxu Harryju Weilu, dr. med. (Weil Institute of Critical Care Medicine, Kalifornija), začetniku intenzivne medicine, ki je poslušalce presenetil in se v zadnjem hipu odločil, da ne bo imel svojega vnaprej pripravljene predavanja, temveč je predstavil lastne poglede, kritike, pohvale in povzetke vseh predhodnih predavanj, ki jih je tudi konstruktivno komentiral. Pozval je mladino, ki je – roko na srce – v dvorani ni manjkalo, naj nadaljujejo začeto pot in **ustvarjajo**. V izvlečku svojega objavljenega predavanja pa je zapisal: »Opazam, da najbolj dosledna iskanja uspešnih inovatorjev in strokovnjakov v medicini navdihujejo sanje in ne toliko upanje ali vera sama; navdušenje, s katerim sanjač pritegne sodelavce bistrih misli in urnih rok; združijo moči in usode, da spremenijo sanje v strokovni načrt. Vztrajni v moči, uporni in pozorni na malenkosti, s čimer se zavežejo k izpolnitvi načrta, zagotovijo prednosti, ki botrujejo družbeni dobrobiti in zanesljivo vodijo k uspehu vseh, ki so združili usode, da resnično najdejo te sanje.«

Na srečanju obravnavano področje medicine je v Sloveniji na visoki ravni, vendar ostaja še veliko možnosti, kako ga izboljšati, za kar je potrebno vztrajno stremljenje k najnovejšim dognanjem, koristnim za preživetje bolnikov, ki potrebujejo KPO.

Čudovito je bilo spoznati tako cenjene predavatelje in raziskovalce, ki so se z nami pogovarjali in razpravljali, kakor da smo že leta sodelavci, brez nepotrebne vzvišenosti in samovšečnosti, ter jih opazovati, s kakšnim žarom in strastjo so izmenjevali mnenja in izkušnje, kovali načrte za nove raziskave ter se navduševali nad prihodnostjo. Čeprav se je geslo »Welcome to the future« morda slišalo nekoliko prenačljeno, se je v nekaterih trenutkih srečanja zdelo, da smo v resnici že tam. Možnosti so brezmejne.

Mednarodna šola bolezni požiralnika

Helena Turk

Pod pokroviteljstvom Evropske zveze za pediatrijo je od 29. septembra do 2. oktobra 2010 Pediatrična klinika v Ljubljani gostila udeležence mednarodne šole bolezni požiralnika – PEDS (Pediatric Esophageal Disease School).

Ideja, da bi v okviru Kliničnega oddelka za gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko Pediatrične klinike v Ljubljani organizirali omenjeni dogodek, se je porodila pred približno letom dni. Takrat smo zaključevali z organizacijo prvega kongresa pediatrične gastroenterologije jugovzhodne Evrope – SEEPEG, ki smo ga septembra 2009 organizirali v Ljubljani. V želji ponuditi nekaj novega, zlasti pa vrhunsko znanje, možnost aktivnega sodelovanja in ker »je požiralnik veliko več kot le navadna cev«, smo se pod vodstvom doc. Roka Orla lotili organiziranja mednarodne šole bolezni požiralnika.

Po letu priprav smo z velikimi pričakovanji (pa tudi z nekaj negotovosti) pozdravili okoli 40 udeležencev mednarodne šole, od tega so približno polovico predstavljali kolegi iz vse Slovenije, drugo polovico pa predstavniki vseh držav bivše Jugoslavije in posamezni predstavniki Grčije, Belgije in Rusije. Udeleženci so bili pretežno s področja pediatrične gastroenterologije, nekaj je bilo tudi internistov gastroenterologov in torakalnih kirurgov. V štirih dneh smo udeležencem ponudili predavanja vrhunskih domačih in tujih strokovnjakov, sodelovanje v delavnicah in neposredni prikaz izvedenih endoskopskih posegov.

Predavanja smo uredili v štiri tematske sklope. Prva dva dneva smo posvetili gastroezofagealni refluksni bolezni (GERB). Glavno besedo sta imela dva najvidnejša strokovnjaka s področja gastroezofagealne refluksne bolezni, prof. Sibylle Koletzko (Nemčija) in prof. Mike Thomson (Velika Britanija), ki sta celostno predstavila področje. Prof. Koletzko je opozorila na nekatere pasti ob pretirano ozkoglednem pogledu na GER(B) – npr. gostejše protirefluksne formule ostajajo v želodcu dlje časa, zato omogočajo polivanje (GER) še dlje časa po obroku. Ponovili smo tudi načela t.i. položajnega zdravljenja: polaganje dojenčkov po hranjenju na levi bok pripomore k lažjemu »izpustu« zrak iz želodca, ob polaganju na desni bok pa se želodčna vsebina hitreje prazni. Prof. Thomson je predstavil zlasti endoskopski vidik GERB. Sklop so dopolnili še Rusinja prof. Leyla Namazova (povezava med GERB in respiratorno simptomatiko), dr. Damjana Ključevšek pa je prikazala veliko uporabnost rentgenske diagnostike bolezni požiralnika za prikaz anatomske nepravilnosti

požiralnika, peristaltike in za oceno delovanja gastroezofagealnega spoja (zlasti v rokah izkušenega rentgenologa). Svojo metodo modificirane protirefluksne operacije je prikazal torakalni kirurg mag. Marko Bitenc. Da so za sluznico požiralnika poleg želodčne kisline škodljivi tudi pankreatični encimi in žolčne kisline, je v predavanju o biliarnem refluksu razložil doc. Rok Orel.

Drugi sklop je obravnaval razvojne nepravilnosti požiralnika. Med njimi je najpogostejša atrezija požiralnika s traheoezofagealno fistulo (med zgodnjim embrionalnim razvojem se sapnik normalno loči od požiralnika), ki se v povprečju pojavi pri 1 od 3000 živorojenih otrok. Z zdravljenjem otrok z atrezijo požiralnika imajo na KO za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo kar precej izkušenj, kakor je razložila Mojca Grošelj Grenc. Prof. Miha Sok je predstavil načine operativne terapije prirojenih anomalij požiralnika. Možna je definitivna korekcija stanja z enim posegom (anastomoza konec s koncem), včasih pa je zaradi različnih dejavnikov (ekstremna nedonošenost, pljučna insuficienca, veliko pomanjkanje tkiva) potrebno stopenjsko kirurško zdravljenje. Pred odločitvijo glede kirurškega zdravljenja atrezije požiralnika pa je pomembno preiskati morebitne druge pridružene nepravilnosti (srčne, ledvične), ki so sočasno prisotne kar v polovici primerov. Kako dolgoročno voditi otroke po operaciji prirojenih nepravilnosti požiralnika, je razjasnil doc. Rok Orel. Zaradi prekinitve kontinuitete požiralnika je namreč pogosta posledica motnja peristaltike, ki se lahko kaže kot disfagija oz. slabše praznjenje požiralnika, zelo pogosto pa pri teh otrocih dokažemo tudi GERB.

Tretji sklop je obravnaval motilitetne motnje požiralnika. Besedo smo prepustili enemu najbolj aktivnih strokovnjakov z omenjenega področja, prof. Yvanu Vandenplasu (Belgija), ki je predstavil ahalezijo pri otrocih, ki je sicer izjemno redka, lahko pa se pojavlja v sklopu raznih sindromov (npr. »triple A syndrome«), v nadaljevanju pa je spregovoril o diagnostiki GERB in zlasti o previdnosti ter



Slovenski udeleženci mednarodne šole.

možnih pasteh pri uporabi pH-metrije in impedance. Aktualno je bilo predavanje o alergijah v povezavi z GERB, kjer smo izvedeli tudi to, da je že pripravljena mlečna formula, ki je hkrati protirefluksna (AR) in brez proteinov kravjega mleka (ekstenzivni hidrolizat kazeina), a je trenutno njena uporaba še predmet raziskav.

Četrty sklop smo posvetili eozinofilnemu ezofagitisu (EoE) – bolezn, ki je svojo prvo resno omembo doživela šele leta 1995 in bila sprva prepoznana kot bolezen otrok ter se šele kasneje pojavila tudi pri odraslih. Glavnina predavanj je pripadala prof. Chrisu Liacourasu (ZDA), ki je eden najuglednejših strokovnjakov s področja eozinofilnih bolezni prebavil. Eozinofilni ezofagitis je postal ena glavnih diferencialnih diagnoz pri najstnikih z disfagijo in dojenčkah ter majhnih otrocih s težavami pri hranjenju. Samo na podlagi simptomov je GERB in EoE nemogoče ločiti, je pa slednjega več pri atopikih in dečkih. Da se v patogenezo EoE vpletajo številni imunopatološki mehanizmi (Th2 celice, imunoglobulini razreda E), je razložila Anja Koren Jeverica. Doc. Rok Orel je nakazal številne možnosti prekrivanja med eozinofilnim ezofagitisom in gastroezofagealno refluksno boleznijo: kljub temu pa še vedno velja, da je za postavitev diagnoze EoE potrebno izključiti GERB. Prof. Anton Cerar je sklop dopolnil z opisom patohistoloških sprememb, skladnih z vnetjem požiralnika, ter opozoril na široko diferencialno diagnozo ob prisotnosti eozinofilcev v sluznici požiralnika (z izjemo povsem distalnega dela eozinofilci v požiralniku normalno niso prisotni): le-te je najti pri EoE, GERB, okužbah, Crohnovi bolezni, ob eozinofilnem gastroenteritisu, ob kemo- in radioterapiji idr.

Razdeljeni v manjše podskupine, so se udeleženci aktivno vključevali v delo v delavnicah. Dve delavnici sta obravnavali teoretične principe in praktični prikaz uporabe treh diagnostičnih metod: pH-metrije, impedance in bilimetrije. Udeleženci so imeli priložnost ogleda tako aparatov in merilnih sond kakor tudi rezultatov omenjenih meritev ter za njihovo samostojno interpretacijo.

Tretja delavnica je obravnavala patohistološko diagnostiko bolezni požiralnika. Šele na delavnici se je pokazala prava razsežnost potrebe po poznavanju patologije prebavil; mnogi udeleženci namreč

delajo v centrih, kjer patologi diagnoz (niti diferencialnih) ne podajo, ampak patohistološke spremembe le opišejo. Poudarek je bil tudi na nujnosti navedbe mesta odščipa, saj lahko ista histološka slika v različnih predelih požiralnika pomeni normalno stanje ali patologijo.

Udeleženci so si ogledali tudi v živo izvedene endoskopske posege, ki smo jih iz endoskopirnice prenašali v predavalnico; ob tem so bili endoskopisti ves čas v zvočnem kontaktu s predavalnico in tako del razprave, ki se je odvijala tam. Videli smo injiciranje toksina botulina v požiralnik bolnika z ahalazijo (doc. Rok Orel), prikaz Barrettovega požiralnika (Jernej Breclj) in spremembe požiralnika pri otroku z eozinofilnim ezofagitisom (Matjaž Homan). Vrhunec endoskopskega dela šole je bila izvedba prve endoskopske fundoplikacije pri otroku v Sloveniji, ki sta jo izvedla prof. Mike Thomson in dr. Adrian Lobontiu (Pariz, Francija).

V okviru PEDS je bila podana tudi pobuda za ustanovitev Podsekcije za pediatrično gastroenterologijo, ki bi delovala v okviru Sekcije za pediatrijo Slovenskega zdravniškega društva. Glavna cilja omenjene podsekcije naj bi bila poenotenje doktrin pri vodenju bolnikov in zavzemanje za pridobitev subspecializacije iz pediatrične gastroenterologije, ki bi se zaključila s pridobitvijo mednarodno veljavne licence za specialista pediatra gastroenterologa.

Vsak dan smo zaključili z večerjo ob živi glasbi (posebej so nas razveselili glasbeni vložki naših udeležencev), kongres pa se je zaključil z izletom v Postojnsko jamo. Povratne informacije udeležencev so zelo pozitivne, o čemer je pričala tudi visoka udeležba vse štiri dni šole in živahnost razprav ob koncu predavanj. Poleg strogo strokovnega dela šole se je obudilo tudi mnogo starih in sklenilo novih poznanstev, napeljale so se povezave za nadaljnja sodelovanja in skupne raziskave. Uspešen dogodek organizatorjem (Rok Orel, Tina Kamhi, Matjaž Homan, Jernej Breclj, Urška Tomec Kosec, Mojca Lah, Samo Jakše, Blaž Kure, Majda Kržič, Vito Vidmar in Helena Turk) pomeni spodbudo za nadaljnje organizacijsko delo, seveda ob pomoči sponzorjev, brez katerih ne bi bilo mogoče nič od naštetega.

Tretji mednarodni simpozij Inovacije in novi načini zdravljenja srčnega popuščanja

Gregor Poglajen

Srčno popuščanje je edina bolezen srca in ožilja, katere pogostost narašča tako v svetu kot tudi v Sloveniji in predstavlja veliko breme za celotni zdravstveni sistem. V zadnjih letih je prišlo do pomembnega napredka pri zdravljenju te bolezni – poleg novih zdravil je na voljo tudi vedno več novih metod

(zdravljenje s krvotvornimi matični celicami, resinhronizacijsko zdravljenje, začasna in trajna mehanska cirkulatorna podpora, presaditev srca), ki so prispevale k boljši kakovosti življenja, predvsem pa k boljšemu preživetju bolnikov z napredovalim srčnim popuščanjem.

Da bi sodobne oblike zdravljenja napredovalega srčnega popuščanja kar najbolj približali slovenski strokovni javnosti, je tudi letos v Grand hotelu Bernardin v Portorožu med 30. septembrom in 2. oktobrom potekal že tretji simpozij Inovacije in novi načini zdravljenja srčnega popuščanja. Simpozij sta tudi letos organizirala Program za napredovalo srčno popuščanje in transplantacije srca, KO za kardiologijo iz UKC Ljubljana in Texas Heart Institute iz Houstona, ZDA.

V treh dneh je na simpoziju svoje poglede na najbolj aktualne probleme na področju srčnega popuščanja predstavilo 53 domačih in tujih predavateljev. Slednji so prišli iz ZDA, Nemčije, Francije, Rusije, Poljske, Srbije in Hrvaške. Še posebej smo bili veseli ponovnega obiska prof. Sharon Hunt s Stanforda, prof. Jon Kobashigawa iz bolnišnice Cedars Sinai iz San Francisca in prof. James Taylor s Clevelandске klinike pa sta nas obiskala prvič.

Vse predavatelje in udeležence je na otvoritveni slovesnosti pozdravila tudi predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med.

Simpozij se je začel v četrtek, 30. septembra, opoldne z uvodnim predavanjem prof. O. H. Frazierja, enega izmed utemeljiteljev mehanske cirkulatorne podpore, nato pa se je nadaljeval s predstavitvijo slovenskih in hrvaških rezultatov transplantacije srca in mehanske cirkulatorne podpore. Četrtek popoldne se je nadaljevalo s posebnostmi v patofiziologiji napredovalega srčnega popuščanja, zaključilo pa se je s sklopom predavanj o srčnem popuščanju pri odraslih s kongenitalnimi srčnimi hibami.

V petek, 1. oktobra, se je delovni dan začel s sklopom predavanj, namenjenih novostim v zdravljenju akutnega srčnega popuščanja, sledil je sklop o novostih medikamentoznega zdravljenja napredovalega srčnega popuščanja. Po odmoru za kosilo so sledila predavanja o perkutanih in kirurških intervencijah pri bolnikih z napredovalim srčnim popuščanjem, popoldne pa se je zaključilo s sklopom o regeneraciji miokarda, v katerem so bili predstavljeni najnovejši rezultati zdravljenja napredovalega srčnega popuščanja s krvotvornimi matičnimi celicami.

V petek zvečer je bila sedaj že tradicionalna zabava, tokrat v klubu Paprika. Letos nas je zabavala skupina Victory, glede na številčno udeležbo in trajanje zabave do zgodnjih jutranjih ur pa se bo tradicije potrebno držati tudi v prihodnje.

Sobota, 2. oktobra, zadnji dan simpozija, je bila namenjena predavanjem o mehanski cirkulatorni podpori in transplantaciji srca. S slednjimi se je simpozij opoldne tudi uspešno zaključil.

Vse dni simpozija je (po koncu predavanj) tekel tudi živahen družabni program, kjer so številni udeleženci simpozija v sproščenem vzdušju izmenjali svoje izkušnje in mnenja ter navezali stike s svojimi slovenskimi kolegi in kolegi iz tujine. Organizatorji z velikim veseljem ugotavljamo, da sta tako udeležba kot tudi aktivno sodelovanje na tem simpoziju iz leta v leto večja, kar nam daje tudi motivacijo za delo v prihodnje.

Hvala vsem, ki so sodelovali v organizaciji simpozija, vsem sponzorjem, brez katerih izvedba tega srečanja ne bi bila mogoča, predvsem pa našim udeležencem, ki se našega srečanja udeležujete vsako leto v večjem številu. Se vidimo septembra 2011 v Portorožu.

Cvahtetovi dnevi 2010

Zdrava prehrana in javno zdravje

Cirila Hlastan Ribič, Marjan Bilban, Lijana Zaletel Kragelj

Uvod

Cvahtetovi dnevi javnega zdravja so srečanja, ki so namenjena izmenjavi izkušenj strokovnjakov na enem izmed aktualnih področij javnega zdravja. Prvo tovrstno srečanje je potekalo v letu 2005. Letošnje srečanje, ki je potekalo v Ljubljani 1. oktobra, ponovno na Zavodu za varstvo pri delu, je bilo namenjeno temam s področja zdravega prehranjevanja v povezavi z zdravjem prebivalstva. Srečanje je bilo posvečeno lani preminulemu prof. dr. Dražigostu Pokornu, priznanemu strokovnjaku s področja prehrane in dietetike v Sloveniji.

Srečanja se je udeležilo razveseljivo visoko število udeležencev. Strokovnjaki s področja prehrane in javnega zdravja smo predstavili 20 prispevkov, ki so vključevali izsledke našega raziskovalnega in dosežke našega strokovnega dela ter predloge za

izboljšanje stanja na področju aktualnih problematik prehrane in javnega zdravja v prihodnje. Predstavljene teme so ob koncu srečanja spodbudile konstruktivno izmenjavo mnenj sodelujočih ter tudi odprle marsikatero vprašanje in s tem možnosti za nadaljnje, še učinkovitejše strokovno delo na področju.

Predstavitev prispevkov

V uvodnem pozdravu srečanja so prof. dr. Marjan Bilban, doc. dr. Cirila Hlastan Ribič in Rok Poličnik na kratko povzeli delo in stanje v naši državi na področju zdravega prehranjevanja v povezavi z zdravjem prebivalstva ter glavne probleme, s katerimi se soočamo strokovnjaki, ki delujemo na tem področju. V prvem izmed predavanj v uvodnem delu je prof. dr. Marjan Bilban predstavil široko področje promocije zdravja v različnih življenjskih obdobjih s poudarkom na zdravem prehranjevanju.

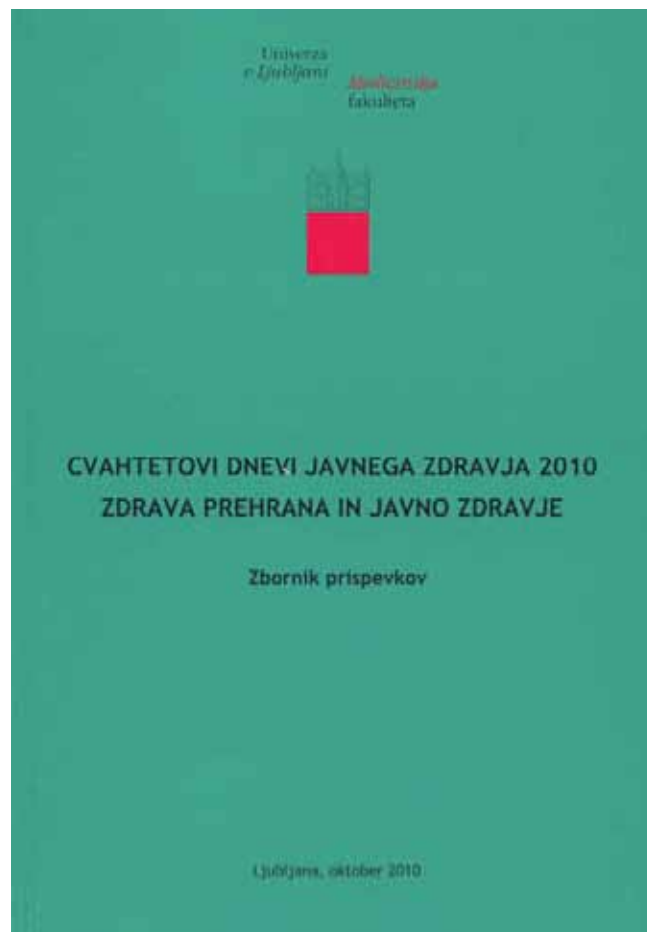
Promocija zdravja je eno najpomembnejših orodij, s pomočjo katerih lahko v vseh starostnih skupinah prebivalcev zagotavljamo, da bodo le-ti pridobili znanja in ustrezne vedenjske vzorce za ohranjanje svojega zdravja. Kot osnovo za ukrepanje na področju problematik javnega zdravja z vidika prehranjevanja je doc. dr. Cirila Hlastan Ribič v svoji predstavitvi zajela številne dokazane prehranske dejavnike za tveganje nastanka ključnih kroničnih nenalezljivih bolezni. Prispevek Zdrava prehrana kot temelj zdravja tako med drugim vključuje priporočila za prehransko obravnavo ob ugotovljenih boleznih, ki so povezane z nezdravim načinom prehranjevanja. V svoji predstavitvi je asist. Mojca Gabrijelčič Blenkuš predstavila aktualne javne politike na področju prehrane v mednarodnem okviru, Rok Poličnik pa je predstavil cilje in namen slovenske nacionalne prehranske politike ter dosedanje dosežke njenega uresničevanja.

Drugi del srečanja je predstavljal oris stanja na področju Slovenije glede prehranjevalnih navad. V prvih dveh prispevkih v tej skupini sta asist. Janet Klara Djomba in asist. mag. Matej Gregorič predstavila epidemiološke podatke dveh od aktualnejših nacionalnih raziskav, opravljenih na območju Slovenije (Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije in Prehranjevalne navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja). Avtorja sta z izsledki omenjenih raziskav ustrezno podprla podatke o pogostosti bolezni pri nas, ki so v tesni povezavi med drugim tudi z nezdravim načinom prehranjevanja. Tudi izsledki raziskave o prehranjevalnih navadah mladostnikov, ki jih je predstavila doc. dr. Nataša Fidler Mis, izsledki raziskave o uživanju sadja in zelenjave pri osnovnošolcih, ki sta jih predstavili Vida Fajdiga Turk in Lidija Vertnik, ter izsledki raziskave o prehranjevanju aktivno zaposlene populacije, ki jih je predstavila Lidija Vertnik, so pokazali na glavne probleme prehranjevanja, ki so razlog za slabo zdravje prebivalcev Slovenije.

V zadnjih dveh delih srečanja so avtorji podrobneje predstavili javnozdravstvene probleme na področju prehranjevanja in nekatere oblike ukrepanja za njihovo zmanjševanje. Kot prvo je doc. dr. Cirila Hlastan Ribič predstavila v zadnjem času zelo aktualno področje zmanjševanja uživanja soli. Prekomerno uživanje soli (natrija) je že več desetletij velik problem javnega zdravja v vseh državah, saj je neposredno povezano s pojavom povišanega krvnega tlaka in ostalih bolezni srca in žilja, pa tudi mnogih drugih bolezni. Hlastan Ribičeva je v prispevku predstavila aktivnosti, ki jih izvaja Slovenija kot članica evropske mreže za zmanjševanje soli v prehrani. Sledil je prispevek asist. dr. Barbare Artnik, ki je predstavila prehranske dejavnike tveganja pri nastanku bolezni zob in ustne votline. Prof. dr. Marjan Bilban je nato predstavil prispevek z vsebinami o pomenu tekočin v prehrani kot pomembnem delu priporočil zdravega prehranjevanja. Milan Krek je v nadaljevanju predstavil problem higiene vodomatov, ki so ga zaznali v koprskem zdravstvenem območju v začetku letošnjega leta, in potek ukrepov ter reakcije nanje. Pri tem je izpostavil možnosti, odgovornosti in ovire. Predstavljeni primer bi lahko služil kot model reševanja tovrstnih

javnozdravstvenih problemov v bodoče. Doc. dr. Rajko Vidrih je v svojem prispevku opisal lastnosti in vire transmaščobnih kislin ter njihov fiziološki pomen. Znanstvena dognanja zadnjih desetletij jasno kažejo na škodljivost uživanja transmaščobnih kislin, ki naj bi bila celo bistveno večja od neustreznega uživanja nasičenih maščobnih kislin.

V prispevku, ki je sledil, nam je Alenka Hafner predstavila obstoječo problematiko na področju motenj hranjenja. Pogostost teh se veča, med njimi pa se v zadnjem času pojavljajo tudi nove oblike. Motnje hranjenja so ena najbolj kompleksnih problematik s področja javnega zdravja, ki se nanaša še posebej na zdravje mladostnikov, saj ozadje za nastanek tovrstnih motenj izvira iz psihološko-socioloških težav posameznika in se zato uvrščajo med duševne motnje. V nadaljevanju je Irena Simčič predstavila sistem organizirane prehrane za otroke in mladostnike v Sloveniji. Dobro sistemsko urejena šolska prehrana je lahko najučinkovitejši in najracionalnejši način prehranjevanja, saj omogoča dostopnost obrokov vsem učencem in dijakom ter vpliva na njihov zdrav način življenja in zdrave prehranjevalne navade. V svoji predstavitvi je asist. Vedran Hadžić opisal možnosti in načine prehranjevanja za športnike z namenom zagotoviti optimalno funkcionalno sposobnost oziroma kot del



trenažno-tekmovalnega procesa za športnike. V predstavitvi priprave ocene izpostavljenosti dejavnikom tveganja v živilih je Urška Blaznik opisala glavne značilnosti pridobivanja in obravnave podatkov o dejavnikih tveganja v živilih in o porabi živil ter potrebne postopke priprave ocene izpostavljenosti, vključno s kumulativno izpostavljenostjo in uporabo bioloških markerjev. Na koncu je Marjana Peterman v svojem prispevku Oglasevanje hrane – da ali ne? povzela nekaj glavnih značilnosti sodobnega oglaševanja hrane v našem okolju ter hkrati poudarila negativne učinke, ki jih imajo tovrstni tržni pristopi na dojemanje in izbiro načina prehranjevanja pri ljudeh. Predvsem občutljiva skupina za neustrezna prehranska sporočila iz medijev so otroci. Avtorica je opisala tudi načine soočanja s to problematiko in ukrepe, ki se sprožajo s strani Svetovne zdravstvene organizacije in drugih mednarodnih inštitucij.

Zaključek

Kot že vsa leta doslej, se je tudi tokrat pokazalo, da izmenjevanje mnenj, znanja in izkušenj na strokovnih srečanjih določene področja omogoča povezovanje strokovnjakov in s tem dodatne možnosti za še bolj uspešna sodelovanja. Kljub mnogim dosedanjim prizadevanjem in vidnim rezultatom stroke, je neizkoriščenega prostora pri ukrepanju na področju izboljševanja prehranjevanja v vseh populacijah še vedno veliko in bi s spremembami v smeri vzpostavitve bolj zdravih prehranjevalnih navad in podpornih okolij lahko v veliki meri izboljšali stanje na področju javnega zdravja. Kot vsako leto, so prispevki objavljeni v zborniku srečanja v celotnem obsegu in s tem dostopni širšemu krogu ljudi, ki delujejo na področju zdrave prehrane, in ne samo tistim, ki so se srečanja udeležili.

Zdravljenje in prehrana starejšega bolnika z diabetesom

Darja Lovšin

V zadnjem stoletju se je življenjska doba podaljšala, kar pa ne pomeni tudi polnega, kakovostnega življenja po 65. letu, saj se obolenost prebivalstva za kroničnimi boleznimi povečuje. Zaradi dejstva, da so najpogostejše kronične nenalezljive bolezni (srčno-žilne, rak, KOPB in diabetes) tesno povezane s štirimi družbenimi dejavniki: revščino, izobrazbo, zaposlitvijo in družbeno neenakostjo, je popolnoma utemeljena bojazen, da bo zaostrovanje družbenih razmer botrovalo še večji obolenosti. Priča smo, kako kapitalistično družbeno okolje načinja temelje socialne države in ogroža zdravstveno varnost ljudi, pri čemer so še posebej izpostavljene nekatere skupine prebivalstva, predvsem starejši. Zato postaja preudaren in aktiven pristop k zdravemu staranju najpomembnejša delnica na borzi našega časa.

Včasih je upokožitev pomenila le nekaj let prejemanja pokojnine, veliko ljudi pa upokojitve sploh ni dočakalo. Danes daljše življenje pomeni, da bo večina upokojencev prejela mesečno pokojnino še dve desetletji, ali povedano z drugimi besedami, 65-letniki še zdaleč niso stari. Medicinski napredek in tehnološki razvoj omogočata doživetje daljše življenjske dobe kljub bolezni. Tako je denimo skupina starejših od 85 let v ZDA najhitreje rastoča demografska skupina, neverjeten vzpon pa je doživela tudi skupina stoletnikov. Tudi ko človek že ima diagnozo bolezni, je možno s primernim zdravljenjem, prehrano in gibanjem vitalnost ohraniti v pozna leta in odložiti ali preprečiti zaplete. To je bilo osnovno sporočilo simpozija **Zdravljenje in prehrana starejšega bolnika z diabetesom**, ki ga je 7. oktobra v Ljubljani organiziral

Zavod za izobraževanje o diabetesu v sodelovanju s Skupnostjo socialnih zavodov Slovenije. Srečanje je bilo namenjeno zdravstvenim delavcem in vodjem prehrane, ki se pri svojem delu srečujejo z diabetiki tako v osnovnem zdravstvu kot v domovih starejših občanov. V Sloveniji je po podatkih, predstavljenih na nacionalni konferenci o diabetesu (Ljubljana, 2008), diagnosticiranih 125.000 ljudi z diabetesom. Ocena je, da je od tega okrog 3000 stanovalcev, obolenih za diabetesom, v domovih starejših občanov.

Slovenske smernice in priporočila o prehrani in diabetesu

Pri diabetesu je prehranska terapija vrednotena kot postopek zdravljenja, ki neposredno vpliva na potek bolezni, težo bolezni, pojav zapletov in s tem tudi na stroške zdravljenja. V polpreteklem obdobju je prehransko politiko Slovenije na različnih področjih, tako tudi za skupine prebivalstva s posebnimi potrebami, kamor sodijo oskrbovanci v domovih za starejše, opredeljeval »Nacionalni program prehranske politike od 2005 do 2010«, ki ga je sprejelo Ministrstvo za zdravje RS. Cilji, ki jih vsebuje ta vzorno pripravljene in praktične dokumente, lahko ostanejo v veljavi vsaj še za naslednjo »petletko«, saj jih večina ni bila izpolnjena.

Leta 2008 so izšla »Priporočila za prehransko obravnavo bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane«, v katerih so tudi priporočila za diabetes. Sodeč po »Praktikumu jedilnikov zdravega prehranjevanja bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane«,

ki je izšel skupaj s priporočili kot njihova praktična izpeljava in vsebuje tudi jedilnike za bolnike s sladkorno boleznijo, je zdrava prehrana starostnikov z diabetesom (in zapleti) nekaj zelo zapletenega, kar pa seveda ni res. Zdravstvene spremembe, povezane z diabetesom, in dejavniki, ki spremljajo staranje, resda narekujejo spremenjen način prehrane, ki pa se, kot je bilo poudarjeno na simpoziju, bistveno ne razlikuje od siceršnje prehrane, ki jo priporočamo starejšim.

V nacionalnem programu za diabetes, pripravljenem konec lanskega leta, so nekatere skupine prebivalstva (nosečnice, mladostniki) posebej obravnavane, vendar pa med njimi ni starejših ljudi, čeprav je to skupina z največjim deležem diabetesa (20-odstotna obolevnost) in največjo ogroženostjo zaradi kasnih zapletov. To je bil tudi neposreden povod za organizacijo simpozija. Zdravljenje in prehrana starejšega bolnika z diabetesom imata svojo specifikko, ki jo je treba prepoznati in jo v strokovnih postopkih upoštevati.

Višji HbA1c in poenostavljeno odmerjanje insulina

Sladkorna bolezen je zaradi drugačne patofiziologije v starejšem obdobju unikatna, je na simpoziju opozoril diabetolog Damjan Justinek, dr. med., zato zahteva zelo individualen pristop. Mejne vrednosti krvnega sladkorja niso povsem enake; starejša oseba je bolj podvržena hipoglikemiji, zato je nekoliko višja vrednost glikiranega hemoglobina še normalna. HbA1c v višini 8 odstotkov je še sprejemljiva vrednost, če ni kliničnih znakov hiperglikemije. S starostjo se presnovni procesi upočasnijo, pogosto se zniža tudi poraba insulina, pričakovano po 85. letu. Izbira napačne hrane, neaktivnost, počasen in nizek metabolizem prispevajo svoje k porastu telesne teže in zapletom zaradi sladkorne bolezni.

Novosti v zdravljenju sladkornih bolnikov v starejših letih skorajda ni. Medicinska načela zdravljenja so enaka, posebno ob prekomerni teži se svetuje metformin (ITM > 25), ob dejstvu, da ima znižanje telesne teže tudi pri teh bolnikih svoj učinek. Resnično novost predstavljajo morda samo zdravila, ki izkoriščajo inkretinski efekt, za katerega so odgovorni hormoni iz črevesne stene, GIP in GLP-1.

Navodila za popravke inzulinskega odmerka in s tem krvnega sladkorja pri starejših poenostavimo. Bolnik korigira terapijo glede na to, koliko je krvni sladkor nad 10 mmol/l in doda običajnemu odmerku odgovarjajoče število enot. Zelo poenostavljeno, a od starejših dobro sprejeto. Pogosta je kombinirana terapija z insulinom le zvečer, preko dneva pa tablete.

Kako delajo v Sončnem domu

Aleksandra Zel, dipl. med. sestra, je predstavila zdravljenje in prehrano starejšega bolnika z diabetesom v Sončnem domu v Mariboru, kjer je med 161 stanovalci 29 obolelih za sladkorno

boleznijo. Sladkorno dieto pripravljajo za 20 stanovalcev, devet stanovalcev, ki imajo prav tako sladkorno bolezen, pa se kljub zdravnikovemu priporočilu ni odločilo za sladkorno dieto. Vodja kuhinje načrtuje prehrano z dietetikom, s katerim skupaj sestavljata jedilnike. Prav tako je že vrsto let praksa, da vključujejo v sestavo jedilnikov stanovalce. S kakšnimi zapleti se najpogosteje srečujejo pri stanovalcih s sladkorno boleznijo? Večina ima težave z visokim krvnim tlakom, nekaj od njih je že prebolelo ICV, prav tako se jih kar nekaj sooča z diabetično retinopatijo, diabetično nevropatijo in nefropatijo. Če upoštevamo dejstvo, da je sestava starostnikov v domovih za ostarele zelo raznovrstna, z najrazličnejšimi prehranskimi navadami in razvadami, kroničnimi obolenji, akutnimi boleznimi in spremembami, ki jih prinaša starost, lahko sklenemo, da je delo s tako raznovrstno populacijo vsej prej kot enostavno.

Izobraženim starejšim je lažje

Melita Cajhen, prof. zdr. vzg., s Kliničnega oddelka za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni (Poliklinika) je pozornost poslušalcev usmerila na medosebne potrebe starejšega človeka ter različne značajske tipe osebnosti (po Golayu). Raziskava strokovne literature je pokazala, da na uspešno in kakovostno zdravstveno vzgojo starejših bolnikov močno vpliva izbira primernih andragoško-didaktičnih pristopov. Področje zdravja je tisto, kjer lahko nastaja največ življenjskih prelomnic. Zdravje je pri starejših dejavnik, ki definira njihovo dožemanje lastnih zmožnosti in tudi njihovo nadaljnjo dejavnost. Ni pa zanemarljiv tudi podatek, da so bolj izobraženi starejši bolj suvereni pri komunikaciji z zdravstvenimi službami, bolj razumejo



Predavatelji na simpoziju. Z leve: mag. Nataša Trtnik, univ. dipl. ing. (UKC, Služba bolniške prehrane), Darja Lovšin, univ. dipl. pol. (Zavod Diabetes), Damjan Justinek, dr. med. (Bolnišnica Topolšica), Aleksandra Zel, dipl. med. ses. (DSO Sončna pot), in Bojan Koprivnikar, predsednik UO Skupnosti socialnih zavodov Slovenije. Foto: Rok Malek.

in vrednotijo sporočila v zvezi s svojim zdravjem in so običajno tudi bolj iznajdljivi pri dostopnosti do zdravstvenih storitev. Lažje se izogibajo depresijam, imajo boljšo samopodobo, so bolj neodvisni in samozavestni, kar prispeva k boljšemu duševnemu in fizičnemu zdravju.

Kakšna naj bo prehrana starejšega bolnika z diabetesom, je na primeru Univerzitetnega kliničnega centra obrazložila mag. Nataša Trtnik, univ. dipl. ing., iz tamkajšnje službe bolniške prehrane in s primerom tedenskega jedilnika med udeleženci spodbudila živahno razpravo, ki se je dotikala tako sestave obrokov kot dnevnega jedilnika glede na kalorične deleže

od zajtrka do večerje. Najbolj zavzete razprave pa je bilo deležno naše osnovno živilo – kruh in njegov vpliv na krvni sladkor.

Ob simpoziju je izšel zbornik predavanj, ki ga lahko naročite na www.diabetes.si.

Izjava o konfliktu interesov

Podpisana Darja Lovšin, avtorica članka »Zdravljenje in prehrana starejšega bolnika z diabetesom« izjavljam, da sem napisala članek na lastno pobudo in ne vsebuje nikakršnih reklamnih sporočil, zato konflikt interesov ne obstaja.

Različni vidiki doseganja kakovosti v zobozdravstvu

Marko Vavpotič

Stomatološka sekcija SZD je 15. in 16. oktobra v Mariboru, v sodelovanju z večjim podjetjem s področja trgovine z zobozdravstvenim materialom in izobraževanja v Sloveniji, organizirala seminar za zobozdravnike, zobotehnike in stomatološke sestre. Pohvaliti velja potezo organizatorja, da je v bližnjih hotelih uspel iztržiti ugodne cene nočitev za udeležence seminarja. Nekatera predavanja so bila namenjena vsem udeležencem, druga predstavnikom posameznega zobozdravstvenega poklica. Moderatorji so poskrbeli, da predavatelji niso bistveno preseglji časa, predvidenega za predavanje. V času seminarja je potekala razstava zobozdravstvenega materiala in opreme proizvajalcev, katerih izdelke trgovsko podjetje v Sloveniji trži.

Gospod Brkič je v svojem predavanju o dentalni keramiki poudaril, da je vsako stomatoprotetično delo neponovljiv eksperiment; keramika, raziskanosti navkljub, je za uporabnike še vedno skrivnost. V preteklosti so estetiko krnili temne kovine in oksidi, danes pa razočarajo tudi cirkonijeva ogrodja, saj je končni izdelek preveč bel. Predavateljeve raziskave in izkušnje kažejo, da najboljši končni rezultat omogoča ustrezno barvno niansiranje cirkonijevih ogrodij oziroma ustrezen nanos opakrov na kovinsko ogrodje. Na trgu so tudi materiali za izdelavo prozornih cirkonijevih ogrodij, ki pa za temne krne niso ustrezen material izbora. Barvo zob je mogoče spremeniti tudi z izdelavo lusk. Debelina odbrušene sklenine je odvisna od zelene končne barve zoba.

Odlomljen dehidriran fragment zoba bistveno zmanjša moč adhezije na zob, drugačna je tudi njegova

barva. Zato je pomembno, da je fragment ves čas shranjen v vlažnem okolju oziroma se ga pred repozicijo rehidrira za 24 ur. Fragment prilepimo z adhezivom, lahko dodamo tudi tekoči kompozit.

Dobro načrtovanje stomatoprotetične rehabilitacije je temelj njenega uspeha. Vsak izpuščen korak pri načrtovanju ali delu ter nepoznavanje anatomije zobnega organa in gnatoloških načel stomatoprotetično rehabilitacijo močno podraži. Običajno se izkaže, da je načinov stomatoprotetične rehabilitacije več, je pa vprašanje, kateri je za pacienta optimalen. Zobozdravnik se pogosto znajde v dilemi, ali parodontalno prizadete zobe ohraniti ali ne in ali jih nadomestiti z implantati – nekateri zobozdravniki rešitev (pre)hitro izberejo! Mehanoreceptorji v parodonticiji zoba namreč sodelujejo pri kontroli in regulaciji nevro-mišične aktivnosti stomatognatega sistema; implantati so osteointegrirani. Za izdelavo kakovostnih stomatoprotetičnih nadomestkov je ključno tudi sodelovanje zobotehnikov, katerih znanje s področja gnatologije in parodontologije je žal večkrat pomanjkljivo. Pri lateropulzijskih gibih je idealno zagotoviti vodenje po podočniku, izjemoma po prvem premolarju, skupinskemu vodenju se skušamo izogniti.

Za ohranitev lastnih zob je najpomembnejša preventiva, ki se začne z dobro ustno higieno. Plak v ustih nastaja ves čas in ga za daljši čas ni moč odstraniti. Posamezniki so za nastanek in razvoj kariesa različno sprejemljivi. Kromatogene bakterije verjetno kompetitivno zavirajo razvoj *Streptococcus mutans*, kar znižuje incidenco kariesa pri posamezniku. V začetne

kariozne lezije, tako imenovane bele madeže, v sklenini ni smiselno posegati, saj ob ustreznem nanosu zaščitnih sredstev (preparati z visoko vsebnostjo fluorja, klorheksidina, triklozana, kalcija ali fosforja) lahko pride do remineralizacije. Pri diagnostiki karioznih lezij na aproksimalnih ploskvah zob so se za uspešnejše od Diagnodenta® izkazali rentgenski posnetki (*bite-wing*). Prednatalna uporaba fluorovih preparatov ni smiselna, saj bi bila potrebna doza za terapevtski oziroma preventivni učinek na otrokovih zobeh lahko za mater toksična. Poskušati z remineralizacijo pri pacientih, ki ne skrbijo za ustno higieno in niso motivirani, ni smiselno!

Konzervativnejše kot je zdravljenje, dalj časa se zob ohrani v ustni votlini. Takšen pristop naj bi omogočal tudi material ever-Stick®. Gre za silanizirana steklena vlakna, obdana z bis-GMA in PMMA. Material je dobavljiv v različnih oblikah, glede na namen uporabe. Je mehak in pakiran v folijo. S škarjami odrežemo potrebno dolžino, preostanek zapremo nazaj v folijo in shranimo v hladilniku. Po odprtju naj bi bil uporaben šest mesecev. Po aplikaciji materiala z instrumentom na zob ga svetlobno polimeriziramo, da se strdi in služi kot ogrodje za nanos

kompozita. Omogočal naj bi poceni in konzervativen način oskrbe kratkih vrzeli (en zob), saj ne zahteva brušenja sosednjih zob. Študije navajajo, da je petletno preživetje takšnih restavracij 97-odstotno. Slišati je obetavno, mnenje si bo ustvaril vsak uporabnik sam.

Povzamemo lahko, da sta kakovost in uspeh zdravljenja pri vseh posegih, poleg znanja in izkušenj zobozdravnika in sodelavcev v timu, vedno odvisna tudi od motiviranosti in sodelovanja pacienta. Kakovost seminarjev pa bi lahko merili po številu predavateljev, ki jim »uspe« sprazniti predavalnico in koliko.

Izjava o konfliktu interesov

Avtor članka z naslovom »Različni vidiki doseganja kakovosti v zobozdravstvu« izjavljam, da sem članek, predviden za objavo v reviji Isis, napisal na lastno pobudo in da s proizvajalci proizvodov, omenjenimi v članku, nimam nobenih poslovnih odnosov.

Azijsko-pacifiška konferenca o zaščiti potnikov pred potovanji

Alenka Trop Skaza, Zoran Simonović

V Nari na Japonskem je bila od 20. do 23. oktobra 2010 osma azijsko-pacifiška konferenca potovalne medicine (8th Asia-Pacific Travel Health Conference). Azijsko-pacifiško regijo sestavlja 48 držav, v katerih živi več kot polovica svetovnega prebivalstva. Geografsko regija zajema obsežno področje Kitajske na severu, Nove Zelandije na jugu, Indije na zahodu in Francoske Polinezije na vzhodu. Poleg zgodovinske dediščine Nare, najstarejše japonske prestolnice, ki ponuja čudovite vedute japonske arhitekture in vrtov, je bila konferenca dinamično srečanje več kot 300 udeležencev iz Evrope, Azije in Severne Amerike. Na konferenci je bila predstavljena zdravstvena problematika in tveganja na potovanjih v azijsko-pacifiško regijo, ki postaja vse bolj priljubljen cilj slovenskih turistov in popotnikov. Konference smo se z aktivno udeležbo udeležili štirje predstavniki območnih zavodov za zdravstveno varstvo, kjer potnikom svetujemo splošne in specifične preventivne ukrepe za varno potovanje in bivanje.

Na uvodnem srečanju s strokovnjaki svetovne potovalne medicine je bil prof. Robert Steffen kot vedno v svojem elementu in je duhovito komentiral protokol prihoda na govorniški prostor, pred katerim so se morali vsi predavatelji sezuti in si natakniti copate. Poudaril je, da je prva in najpomembnejša preventivna strategija informiranost potnikov o razmerah na ciljnih destinaciji. Turizem v svetovnem merilu predstavlja najhitreje

razvijajočo se panogo. Po podatkih svetovnega turističnega združenja vsako leto po svetu potuje preko 1,5 milijarde ljudi, ki dnevno potrošijo do 5 milijard dolarjev. Študije kažejo, da so med potniki najpomembnejši vzrok smrtnosti prometne nesreče, utopitve ali poškodbe. Umrljivost zaradi nalezljivih bolezni je zanemarljiva, niso pa zanemarljive zdravstvene težave in posledice različnih nalezljivih bolezni, ki so jim potniki v tujini izpostavljeni.

Najpogostejša zdravstvena težava, ki doleti potnike, je potovalna driska, ki se pojavi že med potovanjem ali takoj po vrnitvi domov. Drisko ima od 20 do 50 odstotkov potnikov, ki potujejo zlasti v države Latinske Amerike, Afrike in Azije. Kar 40 odstotkov potnikov na teh destinacijah je prisiljeno spremeniti potek načrtovanega potovanja. Bolezenski znaki so različni, odvisni od povzročitelja, ki je vzrok za okužbo. Najpogostejša povzročiteljica potovalne driske, zlasti v Afriki in Centralni Ameriki, je enterotoksigena *E. coli* (ETEC). »Bodite previdni pri uživanju hrane in vode,« je običajno splošno opozorilo potnikom. Raziskave pa kažejo, da le od 2 do 5 odstotkov potnikov na potovanju strogo upošteva to priporočilo.

Hepatitis A je najpogostejša okužba potnikov, ki potujejo na endemska območja, in jo lahko preprečimo s cepljenjem. Tveganje za okužbo je večje pri mlajših in tistih, ki gredo za daljši čas na ruralna področja. Fulminantni hepatitis se pojavi

pri približno 2 odstotkih potnikov, smrtnost pa je največja pri osebah, starejših od 40 let. Cepivo, ki je na razpolago, je visoko imunogeno, učinkovito in varno ter nudi dolgotrajno zaščito. Cepljenje proti hepatitisu A je zmanjšalo incidenco te bolezni za 35 do 60 odstotkov na različnih območjih, zlasti v Centralni, Južni Ameriki, Afriki in Indiji.

Hepatitis E, ki se v glavnem prenaša z okuženo vodo, je endemičen v Indiji, kjer predstavlja 70 odstotkov sporadičnih primerov pri odraslih in je poglavitni hepatitis v izbruhih tudi na Kitajskem, v Mehiki, Južni Ameriki, Nepal, Braziliji in Mongoliji. Seroprevalenca na endemičnih področjih se giblje med 15 in 60 odstotki. Cepivo proti hepatitisu E za široko uporabo ni na voljo, so pa v Nepal za cepljenje vojakov uporabili rekombinantno cepivo, ki naj bi bilo po prvih podatkih visoko imunogeno z dobrim varnostnim profilom.

Kolera je od začetka 21. stoletja v porastu. Bolezen se endemsko pojavlja v državah južne in jugovzhodne Azije in Afrike. Ob zdravljenju je smrtnost manjša od 1 odstotka, v nasprotnem primeru je smrtnost več kot 50-odstotna. Tveganje za potnike, ki potujejo na okužena območja, je sicer nizko (2 do 3 na 1.000.000 potnikov), smo se pa v Sloveniji nedavno srečali s primerom importirane kolere pri potniku s Tajske. Peroralno cepivo proti koleri, ki je registrirano tudi v EU, nudi približno 85-odstotno zaščito. Zaradi rekombinantne podenote toksina B, ki je strukturno in funkcionalno podoben termolabilnemu toksinu ETEC (LT-ETEC), delno zaščiti pred okužbo z ETEC, kar so potrdile raziskave pri potnikih, ki so potovali na endemska žarišča s kolero. Dobra polovica cepljenih potnikov je bila kratkotrajno zaščitena pred okužbo z LT-ETEC. Cepivo bo v kratkem dostopno tudi v Sloveniji.

Japonski encefalitis se endemično pojavlja v jugovzhodni in južni Aziji in je najpogostejši virusni encefalitis na tem področju. Hiperendemsko področje predstavljajo območja severne Indije in južnega Nepala ter nekateri predeli osrednje in južne Indije. Osebni zaščitni ukrepi (repelenti, ustrezna oblačila, zaščitne mreže proti komarjem) lahko zmanjšajo tveganje za okužbo, najučinkovitejša zaščita pa je cepljenje, ki ga priporočamo vsem, ki gredo živeti na endemična območja, in osebam, ki pogosto potujejo na ta območja oziroma bivajo tam dlje kot en mesec. Novo inaktivirano cepivo, ki je pripravljeno na vero celični kulturi z aluminijevim hidroksidom kot adjuvantom, ima od 2009 dovoljenje za uporabo v ZDA, Kanadi, Avstraliji in EU. V kliničnih raziskavah se je cepivo izkazalo za zelo imunogeno z malo neželenimi učinki v primerjavi z živim atenuiranim cepivom. Na konferenci so raziskovalci predstavili tudi novo zelo obetajoče inaktivirano cepivo, ki ima po poročanju visoko imunogenost že po enem odmerku cepiva.

V svetu je malarija še vedno velik javnozdravstveni problem; letno za malarijo zbolijo 250 milijonov ljudi, milijon jih vsako leto umre, največ bolnikov pa je iz azijsko-pacifiške regije (91 odstotkov). Poleg štirih že dolgo znanih povzročiteljev malarije (*Plasmodium falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae*), se zlasti v jugovzhodni Aziji širi malarija, ki jo povzroča multirezistentni

P. knowlesi. *P. vivax* ostaja v svetovnem merilu najbolj razširjen povzročitelj malarije, ki je vse bolj odporen na chloroquine. Odpornost na primaquine je dodatna težava pri zdravljenju terciarne malarije. *P. falciparum* je razvil odpornost na chloroquine, sulphadoxine-pyrimethamine, mefloquine in v zadnjem času na artemisin. Na področjih, kjer so plazmodiji odporni na chloroquine, v kemoprofilaksi malarije svetujemo doxycycline, mefloquine in atovaquone-proguanil. Stranski učinki jemanja doxycyclina so dokaj neprijetni, poleg kožnih pigmentacij doxycyclin povzroča glivične okužbe nožnice in želodčne težave, mefloquine pa nevropsihiatrične težave različnih intenzivnosti, zato postaja v kemoprofilaksi malarije atovaquone-proguanil prvi izbor. Žal pa se mnogo potnikov za kemoprofilakso, ki res ni 100-odstotna zaščita pred okužbo, ne odloči. Razlogov je več in so različni: od tega, da potniki tveganje podcenjujejo, do tega, da se za profilakso ne odločijo zaradi neželenih učinkov in/ali cene svetovanega antimalarika. Antimalarična zaščita ostaja problem zlasti pri popotnikih, ki dalj časa ostajajo na endemičnih območjih in se zanašajo na samodijagnostiko malarije ter s tem povezanega začetnega zdravljenja z antimalariki, ki jih imajo za te namene s seboj. Hitri testi za diagnostiko malarije, ki jih ponujajo različni proizvajalci, pa imajo nizko občutljivost in specifičnost.

Na konferenci je bila predstavljena problematika zaščite potnikov pred meningokoknimi okužbami, ki jih povzročajo različne serogrupe *Neisseria meningitidis*. Serogrupi B in C *N. meningitidis* v Evropi povzročata večino kliničnih primerov, v Afriki in Aziji pa serogrupi A in C. Serogrupa W135 se je preko romarjev, ki potujejo v Meko na hadž, razširila tudi v Evropo. Zaščito pred meningokoknim meningitisom svetujemo potnikom, ki odhajajo na endemska žarišča in bodo bivali v skupnih prostorih oziroma bili v tesnem stiku z lokalnim prebivalstvom. V letu 2009 je o epidemijah meningokoknega meningitisa poročalo 14 afriških držav, kjer je zbolelo skoraj 80.000 oseb, preko 4000 jih je zaradi bolezni umrlo.

Steklina je bolezen, ki jo uspešno preprečimo s cepljenjem, a dejstvo je, da po ocenah vsako leto zaradi stekline še vedno umre 55.000 ljudi, največ v Indiji. Potniki so premalo ozaveščeni o steklini, možnosti predekspozicijskega cepljenja ter prve pomoči v primeru oskrbe ugrizne rane. Veliko tveganje za potnike glede stekline trenutno predstavlja Bali, kjer se steklina hitro širi med potepuški psi, hkrati pa zdravstvenim oblastem zmanjkuje ustreznih cepiv za poekspozicijsko zaščito.

Na konferenci smo se pogovarjali še o številnih drugih zdravstvenih problemih, vključno s problematiko spolno prenosljivih bolezni in okužbe s HIV.

Slovenski udeleženci smo predstavili razmere pri potnikih, ki potujejo na območje jugovzhodne Azije, kamor potuje približno 37 odstotkov potnikov, ki obišejo ambulante za potnike na območnih zavodih za zdravstveno varstvo. Pri potnikih je opazen razkorak med svetovano in sprejeto zaščito. Skoraj vsi potniki, ki potujejo v jugovzhodno Azijo, se odločijo za cepljenje proti hepatitisu A, dve tretjini za cepljenje proti hepatitisu B, slaba

tretjina za cepljenje proti tifusu in le 9 odstotkov za predekspozicijsko cepljenje proti steklini. Za antimalarike se odloči polovica potnikov, a le 60 odstotkov jih antimalarike jemlje v skladu s svetovano shemo.

Strokovnjaki iz sicer zelo različnih držav smo menili, da potniki premalo poznajo tveganja, ki so jim izpostavljeni na potovanju. Problematika, ki jo obravnava potovalna medicina, je zahtevna in je poleg znanja treba poznati aktualne epidemiološke razmere v različnih predelih sveta. Epidemiološka situacija se spreminja, pojavljajo se izbruhi posameznih nalezljivih bolezni, pred potovanji je treba preverjati zaščito potnikov tudi pred boleznimi, kot so ošpice, otroška paraliza, tetanus, in tudi v Evropi se pojavljajo nalezljive bolezni, ki se včasih niso, kar potrjuje nedavni primer pojava avtohtone denge v Franciji.

Svet postaja vse manjši, zdravstvena tveganja pa ne. Potovalna medicina se v tujini vse bolj razvija v samostojno vejo medicine, ki ne zajema le problematike nalezljivih bolezni, ampak tudi ostale okoljske in socialne dejavnike, ki predstavljajo tveganje za zdravje potnikov. Izobraževanje in izmenjava strokovnih mnenj, spremljanje doktrine in novosti s področja potovalne medicine, informiranje ljudi in ne nazadnje tudi turističnih agencij, da je treba potnike pred potovanjem pravočasno napotiti na posvet k usposobljenim strokovnjakom, je strategija za zmanjševanje zdravstvenih tveganj in z njimi povezanih posledic, saj si vsi želimo, da se s potovanjem vrnemo živi in zdravi.



Slovenski udeleženci konference (od leve): Boris Kopilović, dr. med., dr. Alenka Trop Skaza, dr. med., asist. Zoran Simonović, dr. med., Ondina Jordan Markočič, dr. med.

Zdravstvo in inovativnost

Po mnenju ameriških in japonskih znanstvenikov sodobnemu zdravstvu primanjkuje predvsem inovativnosti in ustvarjalnosti. Pri tem Američani prisegajo predvsem na domiselno inoviranje, Japonci pa so zelo naklonjeni inovativnemu posnemanju. S pomenom in vlogo inovativnosti v zdravstvu se trenutno ukvarjajo številni ugledni strokovnjaki, s prof. dr. Michaelom Porterjem na čelu. Pričujoči ameriški ekonomist, predavatelj na Harvardski univerzi, raziskovalec in znanstvenik, ki velja za največjo svetovno avtoriteto na področju poslovnih strategij in (mednarodne) konkurenčnosti, se v zadnjem času intenzivno posveča inovacijam v zdravstvu – proučuje predvsem vpliv konkurence na dodano vrednost ter ROI (Return On Investment) oziroma donosnost investicij v zdravstvu.

Koliko stotinov zdravstvo zasluži z vsakim vloženim evrom. Če je prislužen znesek prenizek, je treba nekaj spremeniti. Pri tem si je dr. Porter s sodelavci zastavil vrsto pomembnih vprašanj, med katerimi prednjačijo naslednja: Zakaj se celotna oskrba bolnika (vključno z nego) obračunava kot zdravljenje (v okviru iste postavke)? Zakaj je količina storitev pogosto pomembnejša od kakovosti (plačuje se število storitev in ne kakovost le-teh) in tako ni dovolj spodbude za vrhunskost? Zakaj se v zdravstvu zana marja pomen multifunkcijskih oz. multidimenzionalnih meril učinkov delovanja zdravstvenih delavcev, ki omogočajo povezovanje produktivnosti in inovativnosti ter ju spodbujajo. Preverjanje vrednosti za pacienta: potreba po novih modelih povračil stroškov oz. izpada

dohodkov. Preverjanje in izboljševanje oz. povečevanje učinkovitosti informacijske tehnologije v zdravstvu.

Prof. Porter je zdravstvenemu sektorju že leta 2007 posvetil knjigo z naslovom »Redefining Health Care« (Redefiniranje zdravstva oz. zdravstvenega varstva), ki si je pridobila laskavi naslov izjemne knjige leta z zdravstveno tematiko. Zanj je prejel tudi prestižno nagrado James A. Hamilton Award. S svojimi pronicljivimi idejami in izsledki raziskav o inovativnosti v zdravstvu bo strokovno javnost seznanil na Svetovnem forumu inovacij, ki se bo junija prihodnje leto odvijal v New Yorku.

Vir: Innovation Forum, Drucker Institute

Nina Mazi

Urška Lunder: Odprto srce

Izkušnje in spoznanja ob umiranju in smrti

»Vsi se rojevajo med jokom in nihče ne umira med smehom.«

Nemška modrost

Najnovejše delo asist. Urške Lunder, dr. med., ki je kot vodja paliativnih aktivnosti v Kliničnem oddelku za pljučne in alergijske bolezni v Bolnišnici KOPA Golnik ključna strokovnjakinja za paliativno medicino v slovenskem prostoru, je zbudilo ogromno pozornosti med strokovno in laično javnostjo. Kot bi ga komaj čakali in nujno potrebovali že desetletja, pa se nihče ni odločil, da ga ustvari in ponudi trgu na sodoben, prijeten in prijazen način, ki bo ljudi prepričal, da umiranje in smrt nista nikakršna bavbava in tabuja, marveč neizogibna elementa slehernega življenja, obstoja in bivanja. Knjiga *Odprto srce*, ki prinaša vrsto zanimivih izkušenj, informacij in spoznanj o umiranju in smrti, se ponaša s številnimi lastnostmi, ki jo lahko uvrstijo med uspešnice, ne le v domovini, marveč tudi v tujini. Odlikuje se z imenitno vsebino, ki je kljub kompleksnosti, resnobe in zahtevnosti vse prej kot neprijetna, turobna in moreča. Zasnova in oblika dela je mojstrsko usklajena z vsebino – pripomore k nujno potrebni verodostojnosti in zagotavlja pravo mero resnosti. Način pisanja je dovolj lahкотen in spreten, stil dorečen, jezik pa izbran in razumljiv, zato bralec (strokovnjak, laik) knjige ne odloži prej, kot je potrebno. Hkrati pa po branju nima občutka brezizhodnosti, strahu in bolečine, ki se ob misli na tuzemsko slovo običajno pojavlja pri sodobnem prebivalstvu, ki smrt pogosto šteje za krivično in nepotrebno, temu primerno pa jo tudi marginalizira in tabuizira. »*Odprto srce*« priča, da Urška Lunder ni le zdravnica in strokovnjakinja, marveč tudi in predvsem človek, ki ljubi življenje in se je zanj pripravljen potruditi. Sleherna zapisana vrstica razkriva pomembno dejstvo, da ima svoje delo rada in da svoje poslanstvo opravlja s srcem in dušo, iz katere vejejo optimizem, sočutje in človeška toplina – danes dokaj redke vrline. S svojim izvajanjem avtorica zbuja spoštovanje, zaupanje in naklonjenost, zato bralca mimogrede prepriča, da bi se mu ne moglo zgoditi nič hudega, če bi ob njegovi smrtni postelji bedela strokovnjakinja njenega kova. V njenih vrsticah umiranje in smrt ne sodita med danosti, ki bi se ju morali bati, marveč kot nekaj najbolj naravnega in običajnega v človekovem življenju.

Podatki statističnih letopisov pričajo, da v Sloveniji vsako leto umare okoli 19.000 življenj. Skoraj 60 odstotkov ljudi pri nas umre v zdravstvenih ustanovah, v nasprotju z državami z uveljavljeno paliativno medicino in urejeno paliativno oskrbo, kjer ljudje po lastni izbiri oz. na svojo željo pogosteje umirajo doma. Paliativno oskrbo je Urška Lunder, ki se je kot zdravnica izobraževala, izpopolnjevala in usposabljala doma in v tujini, začela uveljavljati v Hospicu pred dobrimi desetimi leti. Svoje strokovno delovanje na tem področju je nato nadaljevala v Zavodu za razvoj paliativne oskrbe, ki ga je s sodelavci in somišljeniki

ustanovila leta 2000, danes pa je domicil njene strokovne prakse bolnišnica na Golniku, kjer je tudi redno zaposlena.

Ko človek prebere zadnje vrstice knjige *Odprto srce*, se zave, da je avtorici uspelo umiranje in smrt ne le detabuizirati, marveč tudi požlahtniti ter prežeti z upanjem, dobrohotnostjo in ljubeznijo, ki jih težki bolniki, umirajoči in njihovi najbližji tudi najbolj pogrešajo in potrebujejo. Obenem je s peresom, ki sta ga vodila iskrena naklonjenost in brezmejno sočutje na eni ter poglobljena izkušnja in preverjena ekspertiza na drugi strani, uspela pokazati, da smrt ne pomeni brezkompromisnega konca človekovega dostojanstva – spoštovanje človeka se s smrtjo ne konča. Prisotno je na obeh straneh praga večnosti. Traja onkraj groba.

Prvenec Urške Lunder o paliativni medicini je sicer posvečen smrti in umiranju, zaznamovan z usihanjem in minevanjem, hkrati pa izzveni kot hvalnica življenju. V prvem tovrstnem delu o paliativni oskrbi na naših tleh je avtorici uspelo na pronicljiv način ublažiti posledice pomanjkanja idealov in vrednot (etične naravnosti in moralnega potenciala) in zgladiti nasprotja med njimi, pa tudi zapolniti vrzel oziroma premostiti prepada med življenjem in smrtjo. Obenem pa tudi osvetliti temeljne vidike paliativne medicine kot oskrbe bolnika z napredovalo neozdravljivo kronično boleznijo in njegovih bližnjih. Pristojnosti in naloge paliativne medicine daleč presegajo strokovno obravnavo terminalnega stanja; vključujejo spremljanje in vodenje umirajočega, pripravo (bolnika in njegovih domačih oziroma najbližjih) na slovo od zemeljskega bivanja, pomoč pri »pomiritvi« z življenjem, njegovim minevanjem oziroma bližajočim se koncem. Paliativna oskrba, ki si, podobno kot ostale medicinske specialnosti, prizadeva za odličnost in kakovost, je namenjena predvsem lažšanju bolnikovih telesnih, psihosocialnih in duhovnih težav in stisk ter izboljšanju kakovosti življenja. V obravnavo bolnika, ki je strogo individualna, so vključeni tudi svojci oziroma najbližji, saj aktivno vplivajo in sodelujejo pri odločanju in negi bolnika oz. umirajočega.

Pesnik Boris A. Novak je poetično zapisal, da avtorica bralcu pokaže in ga s pomočjo vrste osebnih izkušenj in doživetij tudi prepriča, da smrt ni nasprotje življenja, marveč tista razsežnost, ki daje človekovemu življenju enkratno, neponovljivo, čudežno vrednost. Je priložnost za revizijo in spravo z življenjem. Tovrstna obravnava umiranja in smrti kot generatorjev dodane vrednosti življenja in bivanja – človekove eksistence, je unikum, ki ga je Urška Lunder s svojim delom vnesla v paliativno medicino. Skozi celotno *Odprto srce* se kot rdeča nit vlečeta naklonjenost in spoštovanje – nepogrešljiva elementa, s pomočjo katerih paliativna medicina oziroma medicina nasploh umirajočim zagotavlja oziroma vrača človeško dostojanstvo, ki jim po naravi (*sui generis*) pripada.

Med vrsto dragocenih spoznanj in sporočil pa je po moji oceni razmisleka vredno in ganljivo predvsem tisto o smrti kot darilu. Avtorica je prepričana, da je človekovo končnost oz. minljivost – smrtnost mogoče obravnavati kot dar, enakovreden iztekajočemu se življenju. O tem priča tudi stara slovenska modrost, ki pravi: »Kakršno življenje, takšna smrt ...«

Pomemben je tudi poduk, da je naš čas omejen (»Dolgost življenja našega je kratka ...«), pa tudi energije nimamo na voljo v neomejenih količinah. Močno sporočilno noto pa prinaša tudi stavek, ki človeku pade v oči, čim odpre knjigo in se loti branja uvoda: »V mnogih pogledih je znanost preteklega stoletja naredila življenje udobnejše, umiranje pa težje!« V dogodbah in zgodbah, opisanih v knjigi, se nenehno potrjuje dejstvo, da (kljub izjemnemu napredku znanosti in tehnike) vsemogočnost medicine še naprej ostaja čista iluzija.

Ob besedah, ki odločno in brezkompromisno posežejo *in medias res*, se človeku porodi večno vprašanje: Je smrt sopotnica življenja, njegovo nadaljevanje, nadgradnja, antipod, nasprotje, negacija in antiteza, ali morda le prst usode, ki vsakemu, še tako sposobnemu, zavzetemu in predanemu zdravniku pokaže, da je njegova moč omejena, domet njegovega znanja, izkušenj in kompetenc pa neznamenit v primerjavi z modrostjo in ekspertizo Narave. Čeprav se v knjigi Odprto srce kasneje večkrat pojavijo obrisi odgovorov na to bistveno, za mnoge predvsem retorično vprašanje, si mora nanj vsakdo odgovoriti sam, na način, ki je v določenem trenutku zanj najprimernejši in najbolj združljiv z realnostjo. Pri čemer je, kakor pravi danes že pokojni prof. Randy Pausch v svoji knjigi zadnje predavanje, vsekakor bolje biti iskren in pošten, kakor sodoben in moderen.

Prvenec Urške Lunder o smrti in umiranju, ki temelji na pristnosti in iskrenosti, je razdeljen na štiri obsežnejša poglavja, ki prinašajo vrsto zgodb iz resničnega življenja, v katerih se čustva, občutki, modrost in razmišljanje bolnikov oz. umirajočih in njihovih najbližjih prepletajo in dopolnjujejo z avtoričinimi izkušnjami in spoznanji. V delu Odprto srce bo sleherni zdravnik oz. zdravstveni delavec, psiholog, socialni delavec, terapevt in študent našel dragocena spoznanja, ideje, modrost, znanje in izkušnje, ki mu bodo pomagale pri delu s hudo bolnimi (bolniki v terminalni fazi), njihovimi domačimi in najbližjimi. V njej je zbrano bogastvo znanja in praktičnih izkušenj, ki jih pri svojem zahtevnem poslanstvu potrebuje sleherni zdravnik. Knjiga, ki jo je mogoče imeti tudi kot priročnik paliativne medicine za vsakdanjo rabo, prinaša osnovo, s pomočjo katere bodo zdravnik in njegovi sodelavci, ki spremljajo bolnika, poskrbeli za strokovnost in človečnost ter za zaupanje, sproščenost in življenjsko radost; za okolje, v katerem bo namesto malodušja in obžalovanja zamujenih priložnosti prevladoval ponos nad vsem, kar so storili in doživeli, ter hvaležnost za življenje samo in za ljudi, ki so jih srečevali na svoji življenjski poti. Čeprav je avtorica kljub svoji bogati ekspertizi (ali pa ravno zaradi nje) prepričana, da večšine niso odločilne, kadar imamo opraviti z umirajočimi (standard potrebnega znanja za delo na tem področju pri nas še ni določen). Najpomembnejše so pristnost, iskrenost in

človečnost; medicinsko, psihološko, sociološko in ostalo znanje pa je seveda predpogoj za nujno potrebno strokovnost in profesionalnost. Pomembno je, da zdravnik oz. njegovi sodelavci, pa tudi bolnik ostanejo zvesti sami sebi in se ne ozirajo preveč na mnenje okolice. Ključna je zbranost – sposobnost in pripravljenost prisluhniti svojemu notranjemu glasu in bolniku ter dobrohotno posvetiti svoj čas in pozornost bližnjemu, ki »odhaja«. Mu olajšati stisko, izpolniti zadnjo željo in mu omogočiti, da bo odhajal in odšel kar najbolj humano, brez bolečin in trpljenja, sam ali v krogu svojih najbližjih in najdražjih. Zavedati se moramo, da smo ob človeku v času slovesa od tuzemskega bivanja – v »posvečenem času odhoda« oziroma prehoda »praga večnosti«, ki je zanj izredno pomemben, hkrati pa bogati tudi zdravnika oz. zdravstvenega delavca in vse, ki so ob njem v teh »usodnih« trenutkih.

Odprto srce Urške Lunder o paliativni oskrbi strokovni in laični javnosti prinaša jasno, nedvoumno sporočilo, da morajo takrat, ko je kdo izmed njihovih bližnjih oziroma najdražjih nezdravljivo bolan, spremeniti svoje prioritete, se mu posvetiti in mu nameniti svoj čas. Hkrati pa bo knjiga, ki jo je mogoče šteti kot priročnik za življenje in umiranje (spoštovanje, uživanje in povečevanje življenja, razumevanje umiranja in spoštljivo sprejemanje smrti) strokovnjakom in laikom služila tudi kot nepogrešljiv vodnik na poti lastnega razvoja, rasti in preobrazbe, kar je stalnica v svetu nenehnih sprememb in preobratov. Urška Lunder svoje delovanje in bivanje povezuje z nenehnim učenjem, obenem pa je hvaležna življenju. Kanček svoje vse odrešujoče hvaležnosti je pripravljena pokloniti vsakomur, ki bo radovedno, navdušeno in spoštljivo vzel v roke njeno Odprto srce. Čeprav v njej vse zgodbe nimajo srečnega konca, so vredne pozornosti.

Nina Mazi



30 let helikopterskih prevozov otrok v inkubatorjih

Nevsakdanje srečanje na letališču Brnik 8. maja 2010

Pavle Kornhauser



Ob 30. obletnici prevozov otrok v inkubatorjih s policijskim helikopterjem so se zbrali bivši bolniki enote za intenzivno terapijo ljubljanske »otroške kirurgije«, ki so bili kot novorojenčki in dojenčki s helikopterjem pripeljani iz regionalnih porodnišnic in bolnišnic v UKC.

Ko smo načrtovali in zgradili novo ljubljansko osrednjo bolnišnico in vanjo leta 1974 umestili nov pediatrični oddelek kirurških strok, smo obenem uresničili tudi prvo enoto za intenzivno terapijo otrok v Sloveniji, sprva za 12, kmalu za 15 hudo bolnih otrok, eno najbolj sodobno opremljenih v Evropi. Zavedali smo se, da jo načrtujemo ne le za ljubljansko pokrajino, temveč za potrebe vse države. Kako varno pripeljati življenjsko ogrožene novorojenčke, med temi zlasti nedonošenčke, v naš center v KC? Z nabavo transportnega inkubatorja z ustreznimi medicinskimi napravami za umetno ventilacijo in z monitorji, s strokovnim spremstvom pediatra in medicinske sestre ter dogovorom z ljubljansko reševalno postajo, ki je več reševalnih vozil prilagodila v ta namen, smo že leto po odprtju kliničnega oddelka uspešno izvedli prve prevoze teh hudo bolnih otrok v Ljubljano. Na osnovi vojaške jezikovne terminologije smo jih imenovali »transport k sebi«, kar pomeni »prevoz ranjenca iz manjše organizirane enote, npr. iz brigade v divizijo«.

Kmalu se je pokazalo, da so prevozi z reševalnim vozilom iz več kot 100 kilometrov oddaljenih bolnišnic, zlasti v poletnih mesecih, ko so ceste bolj obremenjene (avtocest takrat še ni bilo!), časovno tvegani. Obrnili smo se na ministrstvo (takrat sekretariat) za notranje zadeve in dobili soglasje za uporabo helikopterja, ki ga je bilo treba, prav tako kot reševalno vozilo, prilagoditi za varno uporabo medicinskih naprav. Med prvimi

v Evropi, že leta 1978, smo uvedli »helikoptersko reševanje«, t. i. »terciarni prevoz« iz regionalnih bolnišnic v UKC. Naši pediatri in medicinske sestre so prostovoljno prevzeli to nalogo, tudi brez honorarja, celo brez »življenjskega zavarovanja«. Na srečo nesreč ni bilo. Sodelovanje s piloti takrat »ljudske milice«, danes policije, je bilo odlično. Obenem je bilo treba zagotoviti helidrome ob bolnišnicah (le bolnišnica Jesenice je imela zagotovljeno pristajališče na strehi!), tudi v Ljubljani je bil in je še (!!!) helidrom zunaj kroga UKC, zato je potrebno dodatno prelaganje transportnega inkubatorja v reševalno vozilo.

Naj na tem mestu poudarim, da sem kot vršilec dolžnosti medicinskega direktorja UKC in pozneje kot svetovalec predlagal, da bi zgradili helidrom na strehi urgentnega bloka, ki bi ga dvignili za eno nadstropje. Komisija, ki sem jo vodil, je poskrbela, da so bili narejeni idejni načrti, zagotovljena statika, posamezni leti helikopterja so pokazali, da so šipe na stavbi urgence dovolj močne, pridobili smo soglasje takrat zvezne uprave za letalstvo, celo vojske – generalštab v Beogradu je bil pripravljen sodelovati pri finančnem kritju. Žal uprava UKC ni podprla načrtovanja helidroma in je »zadeva« padla v pozabo. Še trideset let pozneje pristajajo reševalni helikopterji na kakšnem travniku, ne pa neposredno na strehi UKC, nad urgentnim oziroma operacijskim blokom, kar je edino ustrezno.

Letalska policijska enota je v teh letih izvedla več kot 700 letov z novorojenčki in dojenčki v inkubatorjih. Mednarodne statistike potrjujejo, da bi brez ustreznega prevoza in potem zdravljenja v enoti za intenzivno terapijo komaj 20 odstotkov hudo bolnih otrok preživelo prve dni po rojstvu. Požrtvovalnost in znanje reševalne ekipe »otroške kirurgije« sta imela v teh 30 letih pomembno vlogo pri tem, da so se vsi prevozi hudo





bolnih otrok končali brez zapletov. Zato je bila dobrodošla odločitev Letalske policijske enote, da povabi »preživle« otroke na prisrčno proslavo. Živžav na helikopterskem letališču, več kot sto naših bivših bolnikov s svojimi starši (nekateri bivši novorojenčki so prišli z lastnimi otroki!), ogled transportnega helikopterja in »rojstnodnevna torta velikanka« so ozaljšali prireditve. Uvodoma nam je Letalska policijska enota pripravila krajši strokovni program, v katerem je spregovoril predsednik Združenja pediaterov Slovenije in obenem sedanjí predstojnik Kliničnega oddelka za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo UKC, prim. Ivan Vidmar, podpisani kot prvi predstojnik tega kliničnega oddelka in pobudnik za helikopterski prevoz življenjsko ogroženih otrok v KC, ministrica za notranje zadeve Katarina Kresal in Robert Sušanj kot vodja Letalske policijske enote. V prijetnem klepetu s starši naših bivših bolnikov, ki so se spominjali, kakšno hudo stisko so doživljali, ko so zvedeli, da njihov otrok potrebuje zdravljenje v UKC in nujni helikopterski prevoz, in seveda z našimi bivšimi bolniki, ki so se polnega zdravja in prešerne volje udeležili srečanja, kot ga pri nas še ni bilo in nam ni znano, da bi ga kdajkoli in kjerkoli že pripravili, je hitro minil dan, ki bo še dolgo ostal v prijetnem spominu vseh udeležencev.

Izvleček iz govora ministrice za notranje zadeve RS Katarine Kresal ob 30. obletnici prevoza otrok v inkubatorjih s policijskim helikopterjem, 8. maj 2010

Reševanje človeških življenj je poglavitna dejavnost policije in to policija počne tako na tleh kot v vodi in v zraku. In ravno zrak, naše nebo, je tisti kraj, kjer Letalska policijska enota opravi največ svojega dela – in to dela že več kot 40 let.

Seveda pa ne nadzoruje samo prometa in ne pomaga samo pri nesrečah, velik del svoje dejavnosti usmerja tudi v humanitarno pomoč. Poleg tega, da išče pogrešane, pomaga v gorah, zelo velikokrat prevaža tudi novorojenčke. Praktično vsak teden enega. V več kot 30 letih, kar to dela, se jih je nabralo že skoraj 700. Zanimivo je, kako lahko naprava, kot je helikopter, ki po eni strani za otroke morda deluje celo zastrašujoče in zelo hrupno, kar smo videli danes, po drugi strani v trenutku postane štorčljka, ki nosi življenja. Policijska štorčljka je v teh 30 letih prinesla zelo veliko življenj. Danes se nam to kaže v vsej svoji lepoti in lepo je videti toliko življenja v policijski enoti.

Transport kritično bolnih dojenčkov in otrok v Sloveniji

Gorazd Kalan

Prevoz kritično bolnih otrok, zlasti novorojenčkov in dojenčkov, je zaradi zahtevnosti v Sloveniji centralno organiziran. Transportno dejavnost kritično bolnih otrok, do največ dveh let starosti, opravlja Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo UKC Ljubljana. Za takšen prevoz je potrebna posebna ekipa, ki je v Sloveniji sestavljena iz zdravnika pediatra intenzivista in diplomirane medicinske sestre, ki je specializirana za delo s kritično bolnimi otroki. Ekipa ima znanje in opremo za reševanje otrokovega življenja. Za transport uporabljamo posebno opremo, katere osnova je transportni inkubator, njegov del so tudi respirator – naprava za izvajanje mehanskega umetnega dihanja, monitor za nadzor življenjskih funkcij in infuzijske črpalke za natančno odmerjanje potrebnih zdravil. Naj omenim, da je ekipa na voljo 24 ur na dan vse dni v letu. V popoldanskem in nočnem času je reševalna ekipa v pripravljenosti doma.

Transport kritično bolnih otrok je na sekundarni ravni, kar pomeni, da bolnika prepeljemo iz ene v drugo bolnišnico. Največ takšnih prevozov opravimo iz porodnišnic po Sloveniji v Univerzitetni klinični center Ljubljana. Transporte opravljamo s pomočjo reševalnih vozil Reševalne postaje UKC Ljubljana ali pa s helikopterjem Letalske policijske enote. Vrsta transporta je odvisna od dnevnega časa in od vremenskih razmer. Transport s helikopterjem je mogoč le v dnevnem času in ob ugodnih vremenskih razmerah. Naj poudarim, da je sodelovanje tako z reševalno postajo, kot z letalsko enoto zgledno. V primerih, da kritično bolnemu otroku ne moremo zagotoviti zdravljenja v Sloveniji (npr. operacije na srcu, transplantacije organov), naša ekipa opravi tudi prevoz na zdravljenje v tujino v zato izbrano ustanovo. V takšnih primerih je prevoz opravljen z letalom.

V zadnjih letih opravimo od 160 do 220 prevozov na leto. Od tega več kot polovico bolnikov predstavljajo novorojenčki. Približno četrtino prevozov opravimo s pomočjo helikopterja.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Skupaj	161	169	184	180	223	184
Novorojenčki	94	108	127	106	143	123
Ostali	67	61	57	74	80	61
Helikopter	37	28	30	59	58	43
Letalo	5	7	2	5	0	0

Razpredelnica 1. Pregled opravljenih transportov v obdobju od 2004 do 2009.

Pripominjam, da se je število prevozov novorojenčkov zelo zmanjšalo z uvedbo »transportov in utero«, ko Ginekološka klinika v Ljubljani hospitalizira rizične nosečnice. Transportirane nedonošenčke pod 1000 g prevzame v zdravljenje enota za intenzivno terapijo klinične porodnišnice.

Transportno dejavnost opravlja majhna skupina strokovnjakov (12 zdravnikov pediatrov intenzivistov in 10 diplomiranih medicinskih sester). Kljub zahtevnosti beležimo izjemno dobre rezultate ter s strokovnim in hitrim transportom pomembno prispevamo k zdravljenju kritično bolnih otrok. V več kot 30-letnem obdobju ocenjujemo, da smo dosegli izjemen strokovni in tehnični napredek na tem področju. Tudi v bodoče si želimo v enaki meri nadaljevati naše uspešno delo, hkrati pa si želimo tudi institucionalne ureditve te za celotno državo zelo pomembne dejavnosti.

50 let Otroškega oddelka Splošne bolnišnice Novo mesto

Tatjana Pavlin

Na Otočcu smo 22. oktobra 2010 delovno proslavili 50. obletnico ustanovitve Otroškega oddelka Splošne bolnišnice Novo mesto. Strokovno srečanje je potekalo ločeno za medicinske sestre in pediatre. Obravnavali smo teme s področja otroške alergologije. Predavatelji so predstavili novosti s tega področja in praktične primere obravnave bolnikov z različnimi alergološkimi problemi. Ob prikazu bolnice z alergijo na antibiotike ob zdravljenju boreliozе se je razvila zelo živahna razprava. Po končanem strokovnem delu smo srečanje nadaljevali bolj slavnostno ob skupnem druženju pediatrov in medicinskih sester.

Prim. Alojz Boh nam je predstavil začetke pediatrije v Novem mestu in opisal ustanovitev Otroškega oddelka v Splošni bolnišnici Novo mesto leta 1960. Bil je njegov prvi in dolgoletni predstojnik vse do svoje upokojitve leta 1993.

Otroški oddelek je kot samostojna enota novomeške bolnišnice zaživel 1. januarja leta 1960, pediatrična oskrba bolnih otrok novomeškega področja pa se je začela že 10 let prej. Leta 1950 je namreč Zdravstveni dom Novo mesto dobil otroški dispanzer, ki ga je vodila specialistka pediatrije Suzana Furlan. Hospitalizacije potrebni dojenčki, mali in predšolski otroci so se zdravili

na Pediatrični kliniki v Ljubljani, šolski pa na internem oddelku novomeške bolnišnice. Tedanji predstojnik tega oddelka dr. Feliks Kosec je povabil k sodelovanju pediatrično Furlanovo, ki je potem opravljala konziliarno službo vse do ustanovitve samostojnega otroškega oddelka. Ta je začel delovati v skromnih razmerah. V nekaj sobah, pridobljenih od internega oddelka, ni bilo prostora za bolne dojenčke, ki so še naprej morali v Ljubljano. V naslednjih štirih letih je oddelek počasi rasel. Odprli so mlečno kuhinjo in uredili nekaj dodatnih sob, tako da so bili ustvarjeni pogoji za sprejem bolnih dojenčkov. Predstojniku sta se pridružila še dva zdravnika specializanta pediatrije, Marjeta Turk in Milan Strojan, mesto glavne sestre pa je prevzela višja medicinska sestra Pavla Gabrijel Grah. Za razvoj oddelka je bilo pomembno leto 1965, ko se je oddelek iz stare Bolnice usmiljenih bratov preselil v novozgrajeno stavbo skupaj s kirurškim oddelkom. Tedaj je imel oddelek 65 bolniških postelj za bolnike do 14. leta starosti. Pridružila sta se še dva specializanta pediatrije, Milena Goršič in Franc Gabron. Oddelek je bil ves čas učna baza za gojenke Srednje medicinske šole v Novem mestu. Naši zdravniki so na tej šoli poučevali pediatrijo. Pediatrična oskrba otrok na operativnih oddelkih bolnišnice in neonatološka služba na ginekološko-porodniškem oddelku sta bili prav tako v rokah oddelčnih zdravnikov. Kakovost bivanja naših bolnikov se je močno izboljšala z uvedbo delovnega mesta vzgojiteljice leta 1984. K temu je pripomogla tudi praksa vsakodnevnih obiskov pri bolnih otrocih od leta 1983 dalje. Po letu 1980 se je začelo postopno zmanjševanje števila

postelj na vseh otroških oddelkih po Sloveniji. Naš oddelek se je skrčil s 65 na sedanjih 22 postelj, ob tem pa se je hkrati močno skrajšala ležalna doba.

Prof. Ciril Kržišnik je poudaril dobro sodelovanje otroškega oddelka Splošne bolnišnice Novo mesto s strokovnjaki na Pediatrični kliniki v Ljubljani. Vsi upokojeni in še aktivni delavci našega oddelka pa smo prejeli tudi čestitke našega strokovnega direktorja Josipa Smodeja in poslovne direktorice Mire Retelj. Zelo smo bili veseli dobre udeležbe naše obletnice tako s strani pediatrov kot tudi s strani medicinskih sester in ostalih sodelavcev otroškega oddelka.

Ob tej priložnosti se najlepše zahvaljujem vsem upokojenim zdravnikom in medicinskim sestram, ki so kdajkoli delali na našem otroškem oddelku, za vestno in požrtvovalno delo z malimi bolniki. Zahvaljujem se tudi vsem ostalim zaposlenim v naši bolnišnici, s katerimi redno sodelujemo v dobro bolnikov. Poudarila bi tudi dobro sodelovanje s strokovnjaki Pediatrične klinike v Ljubljani in tudi v Mariboru. Hvala vsem zunanjim prostovoljcem, donatorjem, društvom, podjetjem in posameznikom, ki se večkrat spomnijo na naš oddelek, in ne nazadnje hvala tudi bolnikom in njihovim staršem za izkazano zaupanje ter tudi pohvale za naše dobro opravljeno delo.



Spredaj z leve sedijo upokojeni pediatri: Milena Goršič, Alojz Boh, Milan Strojan, Franc Gabron. Zdaj z leve stojijo pediatrijke: Mateja Predalič, Lidija Žalec, Petra Kavčič, Aleksandra Aleksandrova Oberstar, Tatjana Pavlin.

Center za vodenje otrok pred in po transplantaciji jeter Pediatrične klinike UKC Ljubljana obeležil 15-letnico delovanja

Marjeta Sedmak, Matjaž Homan

Center za vodenje otrok pred in po transplantaciji jeter Pediatrične klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana je 6. oktobra 2010 proslavil 15-letnico delovanja. Vršilka dolžnosti predstojnika Kliničnega oddelka za gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko prim. Marjeta Sedmak, dr. med., svetnica, in vodja Centra za vodenje otrok pred in po transplantaciji jeter, asist. dr. Matjaž Homan, dr. med., sta ob obletnici pripravila strokovno proslavo na Pediatrični kliniki v Ljubljani.

Na strokovni program sta bila povabljeni prof. dr. Michele Colledan, kirurg iz transplantacijskega centra v Bergamu v severni Italiji, ki je predaval o uspehih tehnike »split liver transplantation«, ki z delitvijo dajalčevih jeter na dva dela omogoča rešitev življenja sočasno dvema prejemnikoma – odraslemu in otroku; prof. Lorenzo d'Antiga, predstojnik pediatričnega oddelka v Bergamu, pa je predaval o pogledih pediatra na transplantacijo jeter pri otroku. Tretje predavanje je imela prim. Sedmakova o izkušnjah s transplantacijo jeter pri otrocih v Sloveniji. Razvila se je živahna razprava, v kateri so sodelovali tudi vabljeni gostje, kot so bili prof. dr. Borut Štabuc, predstojnik Kliničnega oddelka za gastroenterologijo interne klinike v Ljubljani, dr. Valentin Sojar in prim. Dragan Stanisljevič – vodilna kirurga slovenske ekipe za transplantacijo jeter, prof. dr. Saša Markovič, prim. Danica Avsec Letonja, predstojnica Slovenija-Transplanta, in številni drugi.



Levo prof. dr. Michele Colledan in desno prof. dr. Lorenzo d'Antiga

Center za vodenje otrok pred in po transplantaciji jeter je edini v Sloveniji. V njem so vodeni otroci pred in po transplantaciji jeter, pa tudi številni otroci s hepatopatijo oz. jetrno cirozo, ki še ni v fazi dekompenzacije. Zato center predstavlja več kot terciarno dejavnost Pediatrične klinike.

Transplantacijska dejavnost Kliničnega oddelka za gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko Pediatrične klinike UKC Ljubljana sega v leto 1989. Takrat je bila na transplantacijo jeter poslana prva deklica z dekompenzirano jetrno cirozo. Leta 1995 je bil organiziran center na nacionalnem nivoju. Od takrat je bilo transplantiranih že 32 otrok, najmlajši otrok je bil star 3,5 meseca. Najpogostejši vzrok za transplantacijo jeter je prizadetost žolčevodov pri otroku. Glede na majhno število kandidatov za transplantacijo jeter v Sloveniji (le eden do trije letno), je organizacija transplantacijske dejavnosti za otroke v Sloveniji naslednja: otroci, ki so težji od 30 kilogramov, so transplantirani v Univerzitetnem kliničnem centru na Kliničnem oddelku za abdominalno kirurgijo, pod vodstvom dr. Sojerja s transplantacijsko ekipo, otroci, lažji od 30 kilogramov, pa so vsi napoteni na transplantacijo v tujino.

Otroci se po transplantaciji iz tujine običajno vrnejo že po dveh tednih, za nadaljnje zdravljenje in navodila pa poskrbijo zdravniki na Pediatrični kliniki v Ljubljani. Možnosti zdravljenja in preživetja otrok, ki se rodijo v Sloveniji, so zaradi dobre organiziranosti in mednarodnega sodelovanja omenjenega centra popolnoma enake, kot so možnosti zdravljenja in preživetja otrok v najboljših centrih v svetu. Leta 1999 je bilo na Pediatrični kliniki v Ljubljani ustanovljeno tudi »Slovensko društvo transplantiranih bolnikov po transplantaciji jeter«, ki se je kasneje pridružilo društvu »Transplant«, ki vključuje bolne otroke, pa tudi njihove starše. Združevanje in izmenjava mnenj ljudi z enakimi problemi se je izkazala kot zelo dobra, saj ne gre le za prijetno druženje, pač pa s sodelovanjem različnih strokovnjakov in predstavnikov zavarovalnice poskušamo reševati tudi probleme, ki niso le medicinsko-strokovne narave.

Po uspešno opravljeni transplantaciji bolniki dobijo imunosupresivno zdravljenje, ki preprečuje, da bi bolnikovo telo organ zavrnilo. Prognoza otrok, ki potrebujejo presaditev jeter, je v svetu izredno dobra, z izvrstno organiziranostjo pa se odličnim rezultatom pridružujemo tudi v Sloveniji.

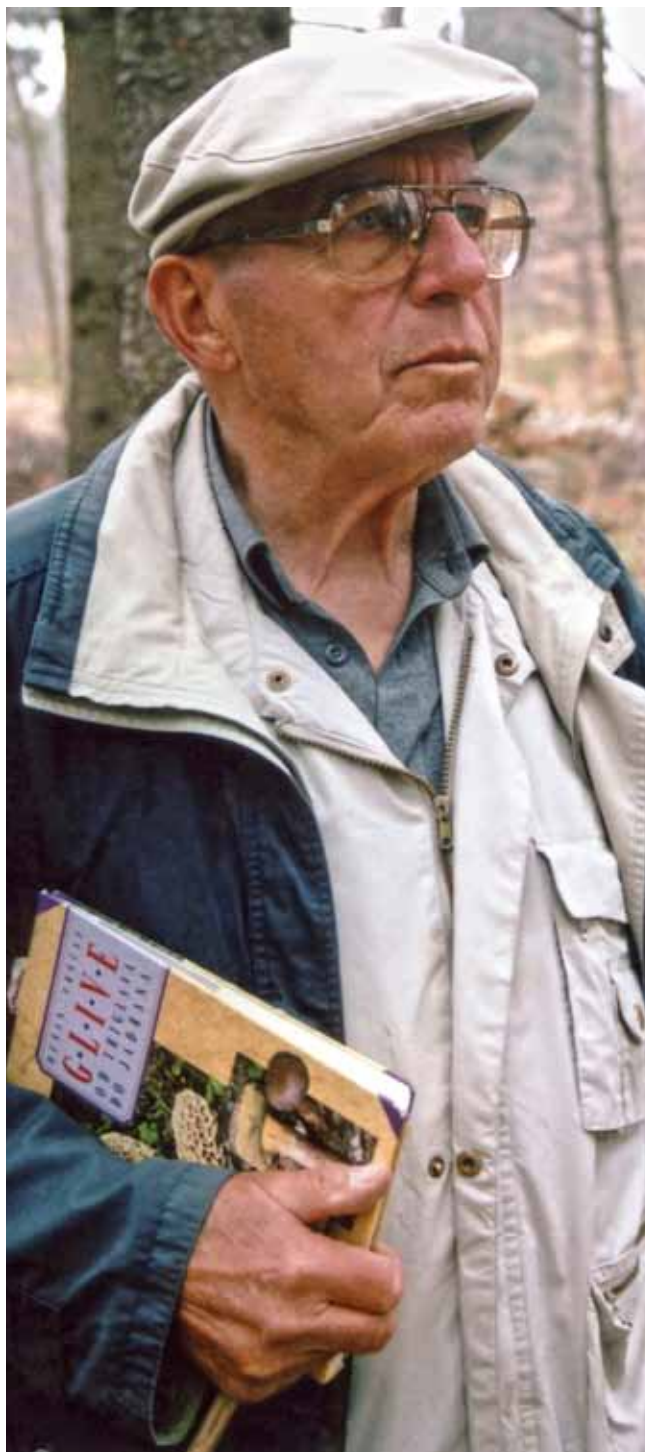
Dušan Vrščaj, dr. med. (1921–2010)

Irena Piltaver Vajdec

Zapustil nas je izjemen človek, zdravnik, priznani mikolog Dušan Vrščaj, dr. med., specialist interne medicine. Svoj zdravniški poklic je dopolnil s preučevanjem gliv. Kot priznani raziskovalec in poznavalec gob je napisal številne članke in knjigo o gobah: *Glive od Triglava do Jadrana*. Je avtor 1493 slovenskih imen za gobe. Imel je izvrstne organizacijske sposobnosti in opravljal je številne funkcije. Za svoje uspešno delo in strokovno delovanje je dobil številna odlikovanja in priznanja. Med drugim je prejel Častni znak svobode Republike Slovenije, s katerim ga je odlikoval prvi predsednik Slovenije Milan Kučan. Ima tudi mesto v Enciklopediji Slovenije.

Rodil se je v Sevnici kot prvi od štirih otrok. Obiskoval je realno državno gimnazijo v Ljubljani in se po končani gimnaziji vpisal na medicinsko fakulteto. Po uspešno končanem študiju medicine v generaciji prvih diplomantov Medicinske fakultete Ljubljana je opravil specializacijo iz interne medicine. Tudi v času okupacije med NOB je bil zelo prepoznavna osebnost. Soborci so ga opisali takole: »Bil je hraber in uporen, samoiniciativen ter dober organizator z veliko znanja.« Značajske lastnosti in strokovnost so bili tisti, ki jih je njegov čas iskal na vso moč. Služboval je kot načelnik internega oddelka vojaške bolnišnice v Ljubljani. Bil je velik ljubitelj in občudovalec narave. Pri svojem delu se je pogosto srečeval z zastrupitvami z gobami. Spoznal je, da je treba razširiti znanje o gobah med ljudi. Z veliko vnemo je po vsej Sloveniji ustanavljal gobarska društva in vodil predavanja in določevanje gob. Iz tujine je vabil številne priznane mikologe, ki so prenesli znanje tudi na mlajše slovenske determinatorje gob. Po njegovi zaslugi so se tudi s širjenjem znanja o gobah zmanjšale zastrupitve z zeleno mušnico. Za slovenska imena gob je zbiral izvirna slovenska ljudska imena, ni uporabljal samo prevodov iz latinščine. V Gorjancih je bila leta 1982 na novo odkrita goba *Ramaria intimoresea* Schild & Vrščaj, slovensko gorjanska griva. Radodarno je razdajal sebe v dobrobit stroke in svoje znanje širokogrudno prenašal na mlajše. Bil je čudovit mentor in učitelj, natančen, strokoven, dosleden do sebe in do drugih. Rekel je, da se poznavanje gob začne s črko M – mušnica. Kot internist je zelo dobro poznal zastrupitve z zeleno mušnico (zastrupitev z zeleno mušnico podrobno opisuje v svoji knjigi *Gobe od Triglava do Jadrana*). V uvodu svoje knjige nas spomni na slovenski ljudski rek »je šel po gobe«, če je koga vzelo. Smrtne zastrupitve z gobami so bile v preteklosti v Sloveniji zelo pogoste.

Do konca svojega življenja je deloval z veliko zavzetostjo, odločnostjo, vztrajnostjo in optimizmom. Prijatelji so mu rekli tudi večni mladenič. Svoj čas je zapustil sredi narave, ki jo je tako oboževal.



Irena Rožman: Peč se je podrla. Kultura rojstva na slovenskem podeželju v 20. stoletju

Irena Rožman: *Peč se je podrla. Kultura rojstva na slovenskem podeželju v 20. stoletju*. Knjižnica Glasnika Slovenskega etnološkega društva, Ljubljana, 2004, 171 str.

Tematski razdelki: Predgovor; Uvod; Rojstne šege in verovanja; Med idealnim in realnim: šolane babice in babiško mazaštvo; Kultura rojstva v župniji Velike Brusnice; Nega in umrljivost dojenčkov; Sklepe misli; Summary; Seznam virov; Seznam literature.

Seznam razdelkov – kot sem ga zapisal – je pravzaprav zavajajoč, je pa skoraj nujen zaradi varčevanja s prostorom. Vsak tematski razdelek je namreč razdeljen na poglavja in podpoglavja, ki obravnavajo več vidikov t. i. kulture rojstva. Tako je, denimo, v podpoglavju »Delitev dela med spoloma« vsebovan tudi zapis o načrtovanju rojstev, ki je tedaj sodilo v domeno ženske gospodinjske ekonomije. Svoje raziskovalne izsledke je avtorica dopolnila s citati iz intervjujev, ki jih je zapisala v narečju intervjuvane ženske, medtem ko so avtoričina vprašanja zapisana v knjižni slovenščini.

Po mojem mnenju je za medicinca knjiga nadvse povedna z dveh vidikov: prvič, kako so bile še do nedavnega na Slovenskem razširjene šege in verovanja ob rojstvih ter, drugič, kakšne so bile takratne razmere bivanja in razmišljanja. Sicer se mi pa zdi, da je v knjigi izraženega mnogo osebnega, ki prikrito štrli navzven zlasti v *Predgovoru* ter v *Uvodu*. In tako se sprašujem, ali se danes sploh lahko primerjamo s tistim časom, ko je bil otrok rojen skoraj samo zato, da bi umrl ... Ali lahko sploh dojamemo sliko na str. 135?

Nekoč mi je neka modra ženska povedala, da je najlažje (najbolje?) pisati recenzijo takšne knjige, katere avtor je že dolgo mrtev. To je

verjetno res in ne zdi se mi potrebno razlagati, zakaj. A pri tej knjigi me je doletelo prav nasprotno. Avtorica ne le da je živa (pravzaprav je v najboljših letih svojega življenja), temveč mi je knjigo osebno podarila. Sledilo je nekaj zanimivih (tudi kulinarčnih) nadrobnosti, ki so se nato prelile v približno tri ure dolg pogovor z avtorico. Med najinim pogovorom sem namreč počasi listal njeno knjigo, bolj ali manj diagonalno bral odlomke ter ji sproti že postavljaj svoja vprašanja.

Tako se mi je posvetilo, da se je človeštvo v svoji zgodovini vedno (vedno!) bojevalo za čim večje potomstvo. Se pravi, kar zadeva etiko ali moralo, je bilo rojstvo **pravilo**, splav pa **izjema**. Pravzaprav bolezen, a samo bolezen. Avtorica me je opozorila, da se je število potomcev seveda uravnavalo skladno z ekonomskimi razmerami družine. Vendar tako, da so »odvečnega« otroka oddali tja, kjer je bil potreben ali celo zaželen. Splav (abortus) kot poskus uravnavanja števila potomcev se je začel uveljavljati šele z začetkom industrializacije; v župniji, ki jo obravnava avtorica, šele po 2. svetovni vojni. Kakšna je bila takrat kontracepcija, je opisano na str. 87 in 88.

Zares, knjiga Irene Rožman je vredna branja. Ko sem jo prebral, sem začel tuhtati, kaj je tisto najhujše, kar lahko zadene človeka. No, skoval sem tale odgovor:

»Ne, to ni bolezen. Največja nesreča, ki lahko zadene človeka, je nevednost.«

Marjan Kordaš

Pošljite nam medicinsko fotografijo, ki bo polepšala naslovnico Izide

Spoštovani zdravniki in zobozdravniki, bralci revije Isis,

leto se je približalo koncu in s pričujočo številko se izteka tudi niz naslovnih, na katerih so bili predstavljeni prvi učitelji na popolni Medicinski fakulteti v Ljubljani.

Člani uredniškega odbora so se strinjali, da bi v prihodnje na naslovnih objavljali estetsko zanimive medicinske fotografije (npr. zanimiv detalj iz ordinacije ali operacijskega polja, barvno lep tomogram ali mikrofotografija ...).

Vabimo vas, da nam fotografije, skupaj s kratkim opisom, pošljete do 5. v mesecu na naslov isis@zzs-mcs.si, uredniški odbor pa bo na svojem vsakomesečnem sestanku izbral zmagovalno fotografijo, ki bo krasila naslednjo številko Izide. Prvo fotografijo, ki bo objavljena na januarski Izidi, bo uredniški odbor izbral že na svoji decembrski seji.

Vabljeni k sodelovanju!



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 _____

1. • MEDNARODNA ŠOLA AKUPUNKTURE – (šola traja 6 mesecev) podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Fakulteta za šport Ljubljana, Inštitut za šport, Gortanova 22, 1110 Ljubljana	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: cena teoretičnega izobraževanja v Mednarodni šoli za akupunkturo znaša 1.800 €. Možnost plačila v šestih mesečnih obrokih. Plačilo je 3 dni pred začetkom vsakega tedenskega predavanja oz. neposredno pred začetkom predavanj	k. točke: v postopku
vsebina: šola je namenjena zdravnikom, zobozdravnikom ter absolventom medicine in stomatologije	organizator: Katedra za medicino športa Fakultete za šport v Ljubljani	prijave, informacije: Fakulteta za šport Ljubljana, Inštitut za šport, Gortanova 22, 1110 Ljubljana, g. Miha Kurner, T: 01 520 77 51	

1. ob 9.00 • 19. SPOMINSKO SREČANJE AKADEMIKA JANEZA MILČINSKEGA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, velika predavalnica Medicinske fakultete	št. udeležencev: 300	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 8
vsebina: simpozij – novosti v prometni zakonodaji – je namenjen zdravnikom, izvedencem, pravnikom	organizator: Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete UL, Ministrstvo za notranje zadeve, Ministrstvo za promet, Ministrstvo za zdravje, Ministrstvo za pravosodje, pod pokroviteljstvom dekana Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani prof. dr. Dušana Šuputa, dr. med., prof. dr. Jože Balažič, dr. med.	prijave, informacije: Inštitut za sodno medicino, Korytkova 2, 1000 Ljubljana, T: 01 543 72 01, T: 01 543 72 00, F: 01 524 38 64, E: tajnistvo.ism@mf.uni-lj.si , prof. dr. Jože Balažič, dr. med., Danica Pajk	

2.–3. • XLI. MEMORIALNI SESTANEK PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA z mednarodnim simpozijem NOVOSTI V PATOLOGIJI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Korytkova 2, velika predavalnica, pritličje	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 14
vsebina: strokovni sestanek z mednarodno udeležbo	organizator: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut za patologijo, Inštitut za anatomijo, Inštitut za histologijo in embriologijo, Inštitut za sodno medicino	prijave, informacije: prijave: po elektronski pošti ali osebno pol ure pred začetkom sestanka na recepciji v avli Medicinske fakultete, Korytkova 2, informacije: prof. dr. Boštjan Luzar, dr. med., Inštitut za patologijo, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Korytkova 2, 1000 Ljubljana, T: + 386 1 543 71 30, F: + 386 1 543 71 01, E: bostjan.luzar@mf.uni-lj.si	

2.–3. • XIX. STROKOVNO SREČANJE SEKCIJE ZA ARTERIJSKO HIPERTENZIJO

kraj: PORTOROŽ, Hotel Bernardin	št. udeležencev: 200	kotizacija: 80 EUR, kotizacije za študente, sekundarije in upokojene zdravnike ni	k. točke: v postopku
vsebina: Sodobno obravnavanje AH in pridruženih bolezni – strokovno srečanje je namenjeno družinskim zdravnikom, specialistom interne medicine, kardiologije, nefrologije, specializantom	organizator: Sekcija za arterijsko hipertenzijo, asist. mag. Jana Brguljan Hitij, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: tina.mali@klj.si , informacije: Tina Mali, T: 01 522 55 18, F: 01 522 56 00	

2.–4. • ŠOLA INTENZIVNE MEDICINE

kraj: NOVO MESTO, Hotel Krka	št. udeležencev: 45	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: strokovno izobraževanje je namenjeno specializantom anesteziologije, interne medicine, pediatrije, infekcijskih bolezni	organizator: Slovensko združenje za intenzivno medicino, Roman Parežnik	prijave, informacije: prijave: ga. Simona Rojs, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, Roman Parežnik, Peter Radšel, T: 01 522 42 20, F: 01 522 24 56, E: simona.rojs@klj.si	

3. ob 8.00 • 1. STROKOVNO SREČANJE »SODELOVANJE OTORINOLARINGOLOGA Z ZDRAVNIKOM DRUŽINSKE MEDICINE«

kraj: MARIBOR, UKC Maribor, 16. nadstropje kirurške stolpnice	št. udeležencev: do 150	kotizacija: 80 EUR z vključenim DDV	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine, otorinolaringologom, specializantom, pediatrom, študentom medicine	organizator: UKC Maribor, Oddelek za ORL in MFK Maribor, Katedra za družinsko medicino, Katedra za ORL in MFK, Medicinska fakulteta Maribor, doc. dr. Bogdan Čizmarevič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://dogodki.eventmanager.si/orl_druzinska_medicina/ , informacije: Slavica Keršič, posl. sek., T: +386 2 321 28 04, F: +386 2 321 28 26	

3.–4. ob 9.00 • KOGNITIVNO–VEDENJSKA TERAPIJA OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE

kraj: LJUBLJANA**št. udeležencev:** 60**kotizacija:** 180 EUR (z vključenim DDV), člani Društva za VKT Slovenije s poravnano članarino za leto 2010 imajo pri kotizaciji 10-odstotni popust**k. točke:** ***

vsebina: delavnica je namenjena zdravnikom in psihologom. Delavnico bo izvedel g. David Westbrook, klinični psiholog konzultant, ustanovni član in direktor Oxford Cognitive Therapy Centra. David Westbrook je avtor številnih publikacij, poleg raziskovanja na področju OKM zelo aktivno deluje tudi na področju evalvacije psihoterapije in vedenjskih eksperimentov v KVT. Delavnica bo praktično naravnana in osredotočena na razvijanje in trening veščin za uporabo KVT pri obravnavi obsesivno-kompulzivnih motenj ter podprta s posameznimi študijami konkretnih primerov

organizator: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije, Vera Slodnjak, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

prijave in informacije: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije, Gotska ulica 18, 1000 Ljubljana, ali E: barbarazemljak@gmail.com, T: 01 583 75 00 (pon.–pet. od 13h do 14h)

3.–4. ob 14.30 • STRES V MEDICINI DELA 2 podroben program na spletni strani zbornice

kraj: STRUNJAN, Hotel Salinera**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 100 EUR**k. točke:** ***

vsebina: posvet, učna delavnica je namenjena vsem zdravnikom

organizator: Združenje za medicino dela, prometa in športa, Zora Vadnjal Gruden, Tihomir Ratkajec

prijave, informacije: prijave: Metka Jovanovič, Pod kostanji 40, Ljubljana, informacije: Metka Jovanovič, Zora Gruden Vadnjal, Tihomir Ratkajec, T: 01 429 58 11, 03 819 13 60, E: tihomir.ratkajec@mf.uni-lj.si, metka.korint@gmail.com

3.–4. • REDNO LETNO SREČANJE SEKCIJE ZA PREVENTIVNO MEDICINO

kraj: PORTOROŽ, Hotel Metropol**št. udeležencev:** 100–130**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** ***

vsebina: srečanje je namenjeno vsem zdravnikom in zdr. sodelavcem – obravnavane bodo aktualne teme javnega zdravja in cepljenje

organizator: Sekcija za preventivno medicino, prim. doc. dr. Alenka Kraigher, dr. med.

prijave, informacije: prijave: IVZ, Sekcija za preventivno medicino, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, informacije: T: 01 244 14 10, F: 01 244 14 71, Valerija Marenč

3.–4. ob 13.00. • SODOBNA, INTERAKTIVNA METODA UČINKOVITE IN USTREZNE KOMUNIKACIJE PEDIATRA, OTROKA IN STARŠEV

kraj: LJUBLJANA, Pediatrična klinika, predavalnica**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 130 EUR**k. točke:** v postopku

vsebina: učna delavnica je namenjena pediatrom, družinskim zdravnikom, medicinskim sestram, patronažnim sestram

organizator: Zavod za zdravstveno varstvo Celje, Nuša Konec Juričič, dr. med., Oddelek za patologijo Splošne bolnišnice Celje, prim. doc. dr. Alenka Repše Fokter, dr. med.

prijave, informacije: prijave: Nuša Konec Juričič, dr. med., Zavod za zdravstveno varstvo Celje, Ipavčeva 18, 3000 Celje

7. ob 14.00 • TRADICIONALNI REGIJSKI SESTANEK GINEKOLOGOV, MEDICINSKIH SESTER IN PATOLOGOV podroben program na spletni strani zbornice

kraj: CELJE, Hotel Evropa**št. udeležencev:** ni podatka**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** v postopku

vsebina: delavnica je namenjena ginekologom, citologom, patologom, medicinskim sestram iz ginekoloških dispanzerjev, skrinerjem v citoloških laboratorijih

organizator: Zavod za zdravstveno varstvo Celje, Nuša Konec Juričič, dr. med., Oddelek za patologijo Splošne bolnišnice Celje, prim. doc. dr. Alenka Repše Fokter, dr. med.

prijave, informacije: prijave: Nuša Konec Juričič, dr. med., Zavod za zdravstveno varstvo Celje, Ipavčeva 18, 3000 Celje

9.–10. ob 13.00 • TRETJA MEDNARODNA DELAVNICA IZ INVAZIVNE KARDIALNE ELEKTROFIZIOLOGIJE

kraj: LJUBLJANA, UKC, predavalnica 1**št. udeležencev:** 120**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** v postopku

vsebina: učna delavnica je namenjena zdravnikom specialistom, specializantom, študentom medicine, medicinskim sestram

organizator: Univerzitetni klinični center, KO za kardiologijo, doc. dr. Matjaž Šinkovec

prijave, informacije: prijave: E: irena.orel@kclj.si, informacije: Matjaž Šinkovec, Andrej Pernat, Irena Orel, T: 01 522 28 44, F: 01 511 28 28, E: irena.orel@kclj.si

10.–11. ob 9.00 • 27. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O UPORABI NOVIH INFORMACIJSKIH TEHNOLOGIJ V IZOBRAŽEVANJU DRUŽINSKIH ZDRAVNIKOV

kraj: ZREČE, Terme Zreče	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 14
vsebina: učna delavnica je namenjena mentorjem v družinski medicini	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru in Združenje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., asist. mag. Andrej Kravos, dr. med.	prijave, informacije: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10	

10.–11. ob 11.00 • 13. SEMINAR O BOLEČINI: UPORABA OPIOIDOV ZA ZDRAVLJENJE KRONIČNE BOLEČINE, KI NI POSLEDICA RAKA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, predavalnica UKC Maribor	št. udeležencev: 130	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 8
vsebina: 13. seminar Slovenskega združenja za zdravljenje bolečine SZZB je namenjen zdravnikom splošne medicine	organizator: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine SZZB, prim. mag. Slavica Lahajnar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: http://dogodki.eventmanager.si/13_seminar_o_bolecini/ ali enotno prijavnico za udeležbo na zdravniških srečanjih naslovite na: SZZB, UKC Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, dodatne informacije: Slavica Keršič, posl. sek., Odd. za znanstvenoraziskovalno delo, Enota za organizacijo strokovnih srečanj, T: 02 321 28 04, T: 02 321 28 26 in Martina Felser, UKC Maribor, T: 02 321 15 36, E: bolkr@ukc-mb.si , SZZB, UKC Maribor	

11. ob 8.30 • MIGRENA ONESPOSABLJA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Hotel Lev, Vošnjakova 1	št. udeležencev: do 250	kotizacija: 48 EUR z DDV, kotizacije ni za nevrologe, specializante nevrologije, organizatorja in vse, ki bodo pomagali pri izvedbi organizacije	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske in splošne medicine, nevrologom, algologom, farmacevtom, medicinskemu osebju in vsem, ki želijo izpopolniti svoje znanje na področju obravnave bolnikov z migreno ali izvedeti več o tem simptomu	organizator: Sekcija za glavobol – Združenje nevrologov pri Slovenskem zdravniškem društvu in Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih boleznih ob strokovnem sodelovanju zdravnikov UKC Ljubljana, UKC Maribor in drugih slovenskih in tujih strokovnjakov, doc. dr. Bojana Žvan	prijave, informacije: prijave: Društvo MŽB, Mala ulica 8, 1000 Ljubljana, informacije: Andreja Merčun, E: andreja@glavobol.com , T: 0590 11234, F: 01 430 23 14	

17. • VI. MARIBORSKO ORTOPEDSKO SREČANJE: ARTROZA IN ENDOPROTETIKA VELIKIH SKLEPOV

kraj: MARIBOR, UKC Maribor, 16. nadstropje kirurške stolpnice, Ljubljanska ulica 5	št. udeležencev: do 250	kotizacija: zdravniki 100 EUR z DDV, preostali 50 EUR z DDV, za upokojene zdravnike in študente MF kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine, ortopedom, travmatologom, specializantom kirurgije, fiziatrom, fizioterapevtom, medicinskim sestram in študentom 5. in 6. letnika MF	organizator: UKC Maribor, Oddelek za ortopedijo, dr. Matjaž Vogrin, dr. med., Zmago Krajnc, dr. med.	prijave, informacije: prijave: http://dogodki.eventmanager.si/VI_mariborsko_ortopedsko_srecanje/ , informacije: Enota za organizacijo strokovnih srečanj v UKC MB, Slavica Keršič, posl. sek., T: 02 321 28 04, F: 02 321 28 26	

18. ob 8.00 • 2. ČERNIČEV SIMPOZIJ

kraj: MARIBOR, Kongresni center Habakuk Maribor	št. udeležencev: do 150	kotizacija: 120 EUR + DDV	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen zdravnikom družinske medicine, kirurgom, internistom, študentom medicine	organizator: UKC Maribor, Kirurška klinika UKC MB v sodelovanju s Katedro za kirurgijo MF UNI MB, Katedro za družinsko medicino MF UNI MB, Katedro za interno medicino MF UNI MB, doc. dr. Vojko Flis, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: nevenka.mlakar@ukc-mb.si , E: slavica.kersic@ukc-mb.si , informacije: Nevenka Mlakar – tajnica kirurgije UKC Maribor, T: 02 321 12 33, Slavica Keršič, posl. sek. – Enota za organizacijo strokovnih srečanj v UKC Maribor, T: 02 321 28 04	

13.–15. • 1. KONGRES MEDICINE ŠPORTA IN ODBOJKE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BLEED, Festivalna kongresna dvorana	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200 EUR	k. točke: ***
vsebina: kongres je namenjen zdravnikom medicine športa, travmatologom, ortopedom, fizioterapevtom, maserjem, trenerjem, športnikom	organizator: Zdravstveni zavod za medicino športa Ljubljana, doc. dr. Edvin Dervišević, dr. med., in asist. Vedran Hadžić, dr. med	informacije in prijave: prijave: W: www.fvbmedicine2011.org ali E: fvb2011@gmail.com , informacije: Zdravstveni zavod z medicino športa Ljubljana, Gortanova 22, gdč. Maja, T: 041 723 124, E: fvb2011@gmail.com	

14.–15. ob 8.30 • 27. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O UPORABI NOVIH INFORMACIJSKIH TEHNOLOGIJ V IZOBRAŽEVANJU DRUŽINSKIH ZDRAVNIKOV

kraj: LJUBLJANA, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 14
vsebina: učna delavnica je namenjena mentorjem v družinski medicini	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru in Združenje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med.	prijave, informacije: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10	

28.–29. ob 9.00 • 17. SREČANJE SLOVENSkih IN HRVAŠKIH INTENZIVISTOV

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: do 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: simpozij z mednarodno udeležbo je namenjen internistom, anesteziologom, kirurgom, zdravnikom družinske medicine, specializantom, sekundarjem, študentom medicine	organizator: UKC Maribor, SZIM, prof. dr. Andreja Sinkovič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://dogodki.eventmanager.si/17_srecanje_intenzivistov/ , informacije: Slavica Keršič, posl. sek., T: +386 2 321 28 04, F: +386 2 321 28 26	

28.–29. • IV. SLOVENSKA ŠOLA EHOKARDIOGRAFIJE (TTE) (šola bo potekala v treh tečajih, maja in oktobra 2011) podroben program na spletni strani zbornice

kraj: ŠMARJEŠKE TOPLICE	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: 400 EUR (z vključenim DDV), na TR Združenja kardiologov Slovenije pri Novi Ljubljanski banki d.d. Ljubljana št.: 02222-0018629680 s pripisom: »Šola ehokardiografije« in navedbo priimka udeleženca	k. točke: ***
vsebina: šola ehokardiografije (TTE) je namenjena specializantom in specialistom interne medicine, kardiologom, anesteziologom in pediatrom	organizator: Združenje kardiologov Slovenije, Kardiološka akademija, Slovenska šola ehokardiografije, Delovna skupina za ehokardiografijo	prijave, informacije: prijave za prvi tečaj do 17. januarja 2011 na naslov Združenja kardiologov Slovenije, informacije: ga. Saša Radelj, tajništvo Združenja kardiologov Slovenije, Ul. stare pravde 6, 1000 Ljubljana, T: 01 434 21 00, F: 01 434 21 01, E: sasa.radelj@kclj.si , prim. Janez Tasič, dr. med., podpredsednik Združenja kardiologov Slovenije in vodja Šole ehokardiografije, T: 03 543 44 21, E: janez.tasic@zd-celje.si	

4. • 33. IATROSSKI - POSVETOVANJE ŠPORTNE MEDICINE, ZDRUŽENO S SMUČARSKIM TEKMOVANJEM ZDRAVNIKOV

kraj: KRANJSKA GORA	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: posvet in smučarsko tekmovanje	organizator: Zdravniško društvo latros	prijave, informacije: melitamakuc@gmail.com	

4. • ATRIJSKA FIBRILACIJA IN DRUGE ATRIJSKE ARITMIJE - »KLINIČNI IN ELEKTROFIZIOLOŠKI PRISTOP K DIAGNOZI IN TERAPIJI«

kraj: MARIBOR, Kongresni center Maribor	št. udeležencev: do 150	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen internistom, kardiologom, kardiokirurgom, anesteziologom, nevrologom, zdravnikom družinske medicine, študentom MF 5. in 6. letnika	organizator: UKC Maribor, Klinika za interno medicino, Oddelek za kardiologijo in angiologijo, asist. Vojko Kanič, dr. med., prim. Damijan Vokač, dr. med., asist. Viljemka Nedog, dr. med.	prijave, informacije: prijave: http://dogodki.eventmanager.si/ukcmb_atrijska_fibrilacija/ , informacije: Enota za organizacijo strokovnih srečanj v UKC Maribor, Slavica Keršič, posl. sek., T: 02 321 28 04, F: 02 321 28 26	

FEBRUAR 2011

11.–12. ob 9.00 • 27. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O UPORABI NOVIH INFORMACIJSKIH TEHNOLOGIJ V IZOBRAŽEVANJU DRUŽINSKIH ZDRAVNIKOV

kraj: STRUNJAN, Hotel Svoboda	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 14
vsebina: učna delavnica je namenjena mentorjem v družinski medicini	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru in Združenje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., asist. dr. Davorina Petek, dr. med.	prijave, informacije: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10	

17.–18. ob 8.00 • I. SLOVENSKI KONGRES NEVROREHABILITACIJE - SODOBNI PRISTOPI K DISFAGIJI PRI BOLNIKI Z MOŽGANSKO KAPJO

kraj: LAŠKO, kongresni center Thermana Laško	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 50 EUR, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: kongres je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, respiratornim fizioterapevtom, logopedom, delovnim terapevtom, dijetetikom in vsem, ki jih to področje zanima	organizator: Služba za nevrorehabilitacijo, Nevrološka klinika; Klinični oddelek za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo, Nevrološka klinika, Univerzitetni klinični center in Thermana Laško, dr. Vlasta Zupanc Isoski, univ. dipl. logopedinja	prijave, informacije: prijave: W: www.thermana.si , informacije: UKC, Nevrološka klinika, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, asist. mag. Aleš Pražnikar, dr. med., specialist fiziater, T: 01 522 31 89, F: 01 522 33 21, E: vlasta.zupanc@kclj.si	

MAREC 2011

10.–12. ob 8.00 • BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKA HIPERTENZIJA - XII. PODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, predavalnica 1	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200 EUR, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: podiplomska šola je namenjena zdravnikom v osnovnem zdravstvu, specializantom interne medicine, specialistom internistom	organizator: Slovensko zdravniško društvo, Slovensko nefrološko društvo, doc. dr. Damjan Kovač, dr. med.	prijave, informacije: prijave: ga. Danica Berlec, KO za nefrologijo, Hospitalni oddelek, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, informacije: Damjan Kovač, Jelka Lindič, Marko Malovrh, Jernej Pajek, T: 01 522 31 10, F: 01 522 24 08, E: damjan.kovac@kclj.si	

11.–12. ob 9.00 • 14. SCHROTTTOVI DNEVI

kraj: LJUBLJANA, Cankarjev dom, Linhartova dvorana	št. udeležencev: 250	kotizacija: 240 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno izobraževanje za zdravnike družinske/splošne medicine, specializante, lekarniške farmacevte, zdravnike specialiste MDPŠ in ostale, ki jih vsebine zanimajo	organizator: Katedra za družinsko medicino, Združenje zdravnikov družinske medicine in Zavod za razvoj družinske medicine	prijave, informacije: Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta Ljubljana, Poljanski nasip 58, Ljubljana, ga. Ana Artnak, T: 01 438 69 15 ali E: kdrmed@mf.uni-lj.si	

25.–26. ob 8.00 • 22. DNEVI REHABILITACIJSKE MEDICINE: Z DOKAZI PODPRTA REHABILITACIJA – II podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, URI - Soča, Linhartova 51, predavalnica v 4. nadstropju	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200 EUR za oba dneva, 100 EUR za en dan, 100 EUR za specializante, sekundarije, študente	k. točke: ***
vsebina: seminar je namenjen zdravnikom specialistom in specializantom družinske medicine, fizikalne in rehabilitacijske medicine, ortopedije, travmatologije, nevrologije in drugim zdravstvenim delavcem ter ostalim strokovnjakom s tega področja	organizator: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča v sodelovanju s Katedro za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, MF Ljubljana, prof. dr. Helena Burger, dr. med., in asist. dr. Nika Goljar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: ga. Ela Loparič, URI - Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, informacije: ga. Ela Loparič, T: 01 47 58 441, F: 01 43 76 589, E: helena.burger@ir-rs.si	

24.–26. • ULTRAZVOČNA ŠOLA: UPORABA DOPPLERJA V PERINATOLOGIJI

kraj: LJUBLJANA, predavalnica Pediatrične klinike	št. udeležencev: 150	kotizacija: ni podatka	k. točke: v postopku
vsebina: ultrazvočna šola	organizator: Združenje za perinatalno medicino, SZD, Klinični oddelek za perinatologijo, Ginekološka klinika, UKC, Center za fetalno kardiologijo, Pediatrična klinika, UKC	prijave, informacije: ni podatka	

1.–2. ob 16.00 • 22. ZBOR ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV SLOVENIJE

kraj: OTOČEC, konferenčna dvorana Šport hotela	št. udeležencev: do 250	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno zasebnim zdravnikom in zobozdravnikom	organizator: Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije in Zdravniška zbornica Slovenije, Primož Rus, dr. med., predsednik	prijave, informacije: prijave niso potrebne, rezervacijo za nočitev/večerjo pošljete neposredno na kraj dogodka, informacije: pisarna Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana, T: 01 433 85 35, F: 01 439 76 00 in Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana, T: 01 30 72 123	

1.–2. ob 9.00 • INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2011: PROBLEMI PROTIMIKROBNE ODPORNOSTI V SLOVENIJI IN PRISTOP K ZDRAVLJENJU podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška 2, predavalnica 1	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 130 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Sekcija za protimikrobno zdravljenje SZD, Katedra za infektivne bolezni in epidemiologijo, Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja, prof. dr. Bojana Beović, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Tajništvo Klinike za infektivne bolezni in vročinska stanja, Japljeva ulica 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, T: 522 42 20, 522 21 10, F: 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si	

14.–16. ob 9.00 • 2. MEDNARODNI KONGRES MEDICINSKIH IZVEDENCEV

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk, Pohorska ulica 59	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 450 EUR z vključenim DDV, znižana kotizacija za zgodnje prijave do 15. 2. 2011 znaša 405 EUR, enodnevna kotizacija znaša 270 EUR	k. točke: 15
vsebina: kongres je namenjen medicinskim izvedencem, osebnim zdravnikom, kardiologom, članom invalidskih komisij, zdravnikom ZZS, predstavnikom delodajalcev, predstavnikom delovnih in socialnih sodišč, varnostnim inženirjem	organizatorji: ZPIZ, ZZS, ZVD, Života Lovrenov, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Domus, d.o.o., Trg MDB 12, 1000 Ljubljana, informacije: Marko Stjepić in Života Lovrenov, dr. med., T: 01 520 50 80, 01 236 35 89, F: 01 520 50 82, E: info@kongres-izvedencev.si	

DELOVNA MESTA

V Zobozdravstveni ordinaciji Bežigradski dvor v Ljubljani

zaposlimo

zobozdravnika (m/ž)

za določen čas.

Nastop dela z januarjem 2011.

Pogoji:

- veljavna licenca,
- opravljen strokovni izpit,
- znanje slovenskega jezika.

Informacije: T: 041 667 254

THERMANA, d. d., Laško

pristrčno vabi v kreativno delovno okolje

dva zdravnika specialista fizikalne medicine in rehabilitacije (m/ž)

Delo v specialistični ambulanti ponuja nove strokovne izzive na področju fizikalne medicine in rehabilitacije. V našem sodobnem in stimulativnem

okolju smo odprti za nove ideje in z veseljem pričakujemo prijetno osebo, ki bo uspešna pri individualnem strokovnem delu z gosti in je pripravljena s pozitivno energijo in z znanjem prispevati h kakovostnemu tiskemu delu.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljena specializacija,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- slovensko državljanstvo,
- aktivno znanje slovenskega in enega tujega jezika ter pasivno znanje enega tujega jezika,
- poskusno delo 6 mesecev.

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

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov: THERMANA, d. d., Zdraviliška cesta 6, 3270 Laško.

Kandidate bomo o izbiri obvestili v 30 dneh po končanem zbiranju prijav.

BARSOS-MC

objavlja prosto delovno mesto

specialista medicine dela, prometa in športa (m/ž)

ali

specializanta medicine dela, prometa in športa (m/ž)

za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Rok prijave je do zasedbe razpisanega delovnega mesta.

Prijave na Barsos-MC, d. o. o., Gregorčičeva 11, 1000 Ljubljana.

Informacije: Cvetka Dragoš Jančar, dr. med., T: 01 242 07 30.

NAJEM

Oddajam novo zobozdravstveno ordinacijo na Litijski cesti. Možen je tudi dnevni najem.

Informacije: T: 00 386 41 937 430



Uredništvu revije Isis
Dunajska c. 162
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 _____



Kulturno-umetniško društvo
Kliničnega centra in Medicinske fakultete
dr. Lojz Kraigher

Inštitut za anatomijo
Inštitut za histologijo in embriologijo
Inštitut za patologijo

Inštitut za sodno medicino
Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani

vabijo na

4I. KONCERT ZDRAVNIKOV

ob XLI. MEMORIALNEM SESTANKU
PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA

in

ob 70-letnici Inštituta za patologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani

s podelitvijo

diplome profesorja Janeza Plečnika

in

priznanja profesorja Franceta Hribarja

petek, 3. decembra 2010, ob 19. uri

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

Spored

M. Držečnik: Votum Hippocratis
I. Florjanc: Hippocratis iusiurandum
Združeni zbori KUD-a KC in MF dr. Lojz Kraigher:
Mešani pevski zbor
dr. Bogdan Derč
Zbor študentov medicine Cor Domagoj Jugović, orgle

J. Mikula, priredil P. Kernjak:
Rož, Podjuna, Zila
Opomin k petju – besede iz Vrteca, uglasbil P. Hugolin Sattner
Janko Tominšek, harmonika
Mešani pevski zbor
dr. Bogdan Derč
Zborovodja: Venčeslav Zadravec

D. Šostakovič:
Klavirski trio števil. 2 v e-molu op. 67
Allegretto
Zdravniška komorna skupina
Pro medico:
Marko Zupan, violina
Tina Gregorc, violončelo
Pavle Kornhauser, klavir

Jet: Are you gonna be my girl (priredba)
Skupina Muzikoterapija:
Lucija Čemažar, 1. violina
Ana Grabor, 2. violina
Jernej Bernik, viola
Jan Štangelj, violončelo
Andrej Grabek, bobni

E. Toselli: Serenata
Z. Fibich: Poem
A. Templeton:
Improvisation
Modal blues
In rhythm
(za klarinet in godala, priredba Franc Avsenek)
Mitja Skočaj, klarinet
Ljubljanski zdravniški orkester
Camerata medica
Dirigent: Franc Avsenek

P. Collins (arr. Mike Baron): Sussudio
D. Ellington (arr. Sammy Nestico): Satin Doll
D. Ellington (arr. Mike Tomaro): Caravan
Big Band Medicinske fakultete
Dirigent: Mitja Dragolič

Spored oblikoval Andraž Cerar.
Koncertni del programa vodi Zvonka Zupanič Slavec.

Vstop prost.

5. tradicionalni koncert študentov Medicinske fakultete v Ljubljani

Tomaz Rott

10. novembra 2010 je bil v Veliki dvorani Slovenske filharmonije 5. koncert študentov Medicinske fakultete v Ljubljani, ki sta ga zelo uspešno organizirala Mateja Lasič in Andrej Babnik. Peti zaporedni letni koncert se upravičeno imenuje tradicionalni, saj se je v zadnjih letih uspešno uveljavil tako med mladimi kot tudi starejšimi obiskovalci koncertov, ki so tudi tokrat skoraj povsem napolnili veliko dvorano (kljub slabemu vremenu in zaradi gradenj neprijaznemu dostopu do stavbe Slovenske filharmonije).

Spored sicer ni bil stilsko homogen, program je bil nekoliko neizenačen, vsebinsko in izvedbeno, je pa zato pokazal različno glasbeno nagnjenost in izraznost naših študentov. Izvajalska raven je po pričakovanju nekoliko nihala, k čemur so nekaj pripevale tudi za profesionalno glasbeno ustanovo katastrofalne motnje ozvočenja. Upam, da izbira bojda neizkušenega tehnika ni bila posledica podcenjevanja študentov, med katerimi bodo mnogi postali redni in resni obiskovalce glasbenih prireditev, morda nekateri celo izvajalci glasbenih del. Poleg tega pa je bilo med poslušalci kar precej ljubiteljev in poznavalcev glasbe.

Vseeno je potrebno pohvaliti vse izvajalce, saj je vsaka izvedba terjala mnogo vložene truda, ne glede na večji ali manjši uspeh.

Uvodoma je nastopil pevski zbor Medicinske fakultete Cor pod vodstvom Mete Podbregar in pred pozdravom dekana prof. dr. Dušana Šuputa zapel pesmico, ki spominja na odlomek iz kakšnega »mjuzikla«, nato pa še tradicionalno afroameriško duhovno pesem *I'm gonna sing*. Pod prsti pianistke Monike Češnjevar je nežno, ponekod tudi dovolj odločno zazvenel z dovolj izrazitim dinamičnim razponom Chopinov *Nocturno v b-molu*. Violinistka Lucija Čemažar je ob klavirski spremljavi

Bojane Ivancič zaigrala 1. stavek iz Lalojeve *Španske simfonije*. Glede na nežen glas violine je bila morda klavirska spremljava preveč izrazita. Študenta Medicinske fakultete z Reke Tin Nadarevič in Neven Franjič (imeni bi tudi lahko zamenjal, kot sta se presedla med igranjem) sta dovolj ognjevito zaigrala Brahmsov *Madžarski ples št. 5*.

Violinistki Lucija Čemažar in Ana Grahor, violist Jernej Bernik, violončelist Jan Štangelj, Lucija Gregorc za klavirjem, Andrej Grahek za bobni so zaigrali dve priredbi v južnoameriškem stilu.

Po odmoru je Duška Stopar predstavila dve priredbi skladb za citre, ki se sicer relativno redko pojavljajo na koncertnem odru. Andrej Babnik je znova navdušil z zrelo interpretacijo Chopinovega *Impromptuja v Fis-duru*. Reški kitaristki Barbara in Bernarda Ravnič sta ob klavirski spremljavi Nevena Franjiča suvereno zaigrali Diabellijev *Andante*. Pianistka Mateja Lasič je odločno in dobesedno ognjevito zaigrala Debussyjev *Ognjemet*. Sledili sta dve vokalno-instrumentalni skladbi, ki sta ju izvedla brezimna t. i. Vipotnik-Dovčev pojav in t. i. Vipotnik-Malgaj-Berro-Kren-Dovčev pojav (kot je bilo zapisano v programu). Nisem sicer povsem na tekočem s takim modnim poimenovanjem meni sicer nepoznanih izvajalcev, verjetno pa v tem nisem edini. Upam, da ta modni dodatek ni nadomestilo za določen izvajalski primanjkljaj.

Koncert je z dvema skladbama in dodatkom zaključil že preverjeni in učinkoviti Big Band Medicinske fakultete pod temperamentnim vodenjem Mitje Dragoliča.

Povezovalca programa, Duša Boškovič Markež in Alexander Jerman, sta bila sicer delno hendikepirana zaradi slabega



Big Band Medicinske fakultete z dirigentom Mitjo Dragoličem.



Mateja Lasič in Andrej Babnik, glavna organizatorja prireditve in izvrstna pianista.



Zaključna predstavitev vseh nastopajočih z dekanom Medicinske fakultete.

(ne)ozvočenja, vendar pa menim, da sta prehitro opravljala svojo nalogo. Prehitro sta se vračala na oder in nehote prekinjala in krajšala aplavze predhodnim izvajalcem, glede na razpoložljivi čas pa bi lahko v prid večji razumljivosti govorila počasneje in bolj artikulirano. Prizadevna organizatorja koncerta, Mateja Lasič in Andrej Babnik sta poleg Big Banda glasbeno najbolj prepričala.

Študentski koncerti so se porodili iz pobude sedanje predsednice KUD-a dr. Lojz Kraigher, prof. dr. Zvonke Zupanič Slavec, ki je pred šestimi leti predlagala, da bi se glasbeniki iz študentskih medicinskih vrst srečali na prireditvi »Pokaži, kaj znaš«. Sprva je bila prireditev v mali filharmonični dvorani, ki pa je zaradi zanimanja študentov in njihovih prijateljev ter znancev in ljubiteljev glasbe hitro postala premajhna, kot postaja že skorajda premajhna tudi velika dvorana Slovenske filharmonije. Tako sem se pred časom na enem od študentskih koncertov pošalil, da bo glede na veliko zanimanje za koncert študentov medicine potrebno misliti kar na veliko koncertno dvorano Cankarjevega doma (dvorana v Stožicah pa gotovo ni primerna za resno glasbo, kljub nekaterim nasprotnim zatrjevanjem).

Študentski koncerti predstavljajo pregled glasbene poustvarjalnosti mladih medicincev, na katerih dozorevajo jagode za pravi jagodni izbor za decembrske zdravniške koncerte v okviru Plečnikovih memorialnih sestankov in podobne prireditve z nastopi medicincev – glasbenikov. Pa smo doslej res lahko vedno zaužili bogato dozorelo vino? Ali je bilo res omogočeno vsem najboljšim glasbeno uveljavljanje v širših medicinskih in nemedicinskih krogih?

Zdravniški koncerti so v svoji dolgoletni tradiciji res pridobili nekaj zlahne starinske patine, bojim pa se, da se jih loteva tudi že škodljiva rja, ki lahko sesuje navidezno veličino. Nekaterim se zdi samoumevno, da imajo praktično brez prekinitve zagotovljeno sodelovanje na teh prireditvah, kljub temu, da glasilke niso več tako gibčne, prsti postajajo okoreli, pešanje čutov

zmanjšuje nujno medsebojno poslušanje in sodelovanje, bodisi instrumentalistov brez dirigenta v komornih zasedbah bodisi pevcev (znani zborovodja nam je govoril, da bi pevke ali pevci pri določeni starosti morali zapustiti ansambel, ki ima nekoliko večje ambicije in ne le željo po »rekreacijskem« prepevanju in nastopanju). Na drugi strani pa čaka vrsta dobrih mladih in tudi manj mladih glasbenikov – medicincev na svojo priložnost. Nekateri (so) se temu zavestno odpovedo(-ali), drugi pa enostavno ne razumejo in se čudijo, da jim ni omogočeno sodelovanje in uveljavljanje kljub načelnim obljubam in predvsem kljub njihovi kakovosti, ki bi bila morda za kakšne posvečene preveč konkurenčna. Formalni in/ali dejanski oblikovalci programov za te tradicionalne prireditve včasih enostavno pozabljajo tudi na sodelovanje glasbenikov s tujih fakultet na osnovi že vnaprej dogovorjenih izmenjav, ki jih skuša uskladiti in izpeljati vodstvo našega kulturnega društva. Kje nastajajo kratki stiki pri usklajevanju in oblikovanju programov, ve verjetno samo Bog in nekaj posvečenih. Če je mnogo dobrih izvajalcev, bi se pač morali dogovoriti za nekakšen krogotok, ki bi vsem dovolj kakovostnim izvajalcem vsaj v nekaj letih omogočal zaželeni nastop. To bi verjetno tudi vzpodbujalo skrb za vzdrževanje in nadgrajevanje kakovosti nastopajočih. Samó dolgoletno delovanje in že kar privilegirano nastopanje ne zagotavljata kakovosti, še manj pa nekaj prepotrebne prevetritve in svežine, ki jo lahko prinesejo kakovostni mladi izvajalci.

In vendar, že uveljavljeni nočejo prepustiti svojega položaja kakovostnim in bolj perspektivnim mlajšim izvajalcem. Tudi tu verjetno velja izrek: »Old soldiers are dying hard« (kot imamo npr. patologi probleme z uveljavljanjem novih ustrežnejših in bolj pravilnih izrazov za določene bolezni) – zgolj tradicija ne sme postati neizpremenljiva šablona, ki lahko prinese celo duh po trohnobi. Treba je najti ravnotežje med tradicionalnimi vrednotami in svežino mladosti. Tudi v glasbi!

Moje roke

Andrej Rant

Moje roke so polne drobnega peska,
ki med prsti beži;
ljudje, dnevi, dogodki –
vse, vse izgubi se, vse izpuhti ...

Mesec v parku skriva temni kot;
kot da zvezdni svod ni nikoli
posijal na peščeno pot;
kot da ura najina je za vedno odšla,
kot da usahnil je vodomet,
kot da tihi šepet
ni nikoli vzbudil srca drget ...

Moje roke so polne drobnega peska,
ki med prsti beži
in ubegle trenutke lovi ...

Ciklamni

Andrej Rant

Ko ciklamni zacvetijo,
in gozd od njih dehti,
spomin iz mladih dni,
dragulj, se v srcu prebudi ...

V hrib sva zložno šla;
sredi nebeške pokrajine
čutila sva objem bližine;
in srečna sva bila oba ...

V gozdnem hladu obstala sva.
Helena je slamnik odložila,
legla v travo in nemo me motrila;
v lica je pordela vsa ...

Sonček ji je s prsti božal lice,
okoli naju so žgolele ptice
in čutil sem, da božja dlan
ponese naju na nebeško plan!

»Šopek ciklamnov prinesite!«
njen nežni glas me je pozval;
vročičen sem se v gozd pognal,
cvetov dehtečih šop nabral.

Posul s ciklamni sem ji vse telo,
in vrat in prsi, stas, Heleno vso!
Negibno je v obleki rož ležala,
me gledala – in se smehljala ...

Pesem »Ciklamni« je upesnjena črtica Ivana Cankarja »Tičnica«.

Harmonija zvoka in barv v razstavišču ljubljanske bolnišnice

Marko Slavec

Novembrsko prireditev za bolnike so zdravniki, člani Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher (KUD) s sodelavci pripravili v znaku tople jeseni, barvito in zvokovno blagoglasno. Nastopilo je okoli 40 instrumentalistov Godbe ljubljanskih veteranov, pod taktirko imenitnega akademskega klarinetista, zaslužnega profesorja ljubljanske univerze prof. Alojza Zupana. Med pihalci je vedro pihal v svoj klarinet tudi zdravnik, specialist otorinolaringologije, prim. Jernej Podboj. Mesto Ljubljana in vsi ljubljanski orkestri so z novim seniorskim orkestrom, ki deluje šest let, pridobili priložnost dodatnega druženja, muziciranja in nastopanja v tretjem življenjskem obdobju. Sestav godbe je zelo raznolik, tako po starosti kot tudi po poklicni in glasbeni izobrazbi. Orkestru so se pridružili tudi nekateri dirigenti ostalih ljubljanskih godb, pa tudi dvanajst upokojenih, uglednih akademskih glasbenikov, njihovo skrbno

druženje pa povezuje predsednik prof. Milan Pavliha. Glasbeniki so pripravili pester program, ki je posegal v svet izvirne glasbe za pihalne orkestre, do različnih priredb venčka slovenskih narodnih in drugo. Še posebej so navdušili z madžarskimi ritmi in delom Franza von Suppéja. Na kliniko in med številno poslušalstvo so glasbeniki prinesli izjemno razpoloženje.

Osrednjo galerijo so z mehkobo krajinske slike in lepoto divjih živali zapolnila oljna dela pregledne razstave slikarja Bogdana Breznika, ki že več kot 25 let slika v okviru KUD-a UKC Ljubljana. Predstavila ga je umetnostna kritičarka Polona Škodič. Slikar se je umestil med vidnejše ljubiteljske slikarje in je prepoznaven tudi v širšem slovenskem prostoru. Poleg poklicne poti diplomiranega ekonomista in agronoma je dvanajst let namenil poučevanju likovnih in oblikovalskih vsebin. Dinamična je bila

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

tudi njegova razstavna dejavnost doma in na tujem. Ilustriral je zgodovinski roman *Uskoška princesa*, ki je izšel v treh delih, in celotno zbirko anekdot in prigod znanega dolenjskega publicista in pisatelja Slavka Dokla. Likovno je opremil tudi literarno delo *V objemu letnih časov* pisatelja Franceta Režuna. Vsa knjižna dela imajo zgodovinsko-etnografski pomen za Dolenjsko.

Bogdan Breznik je kulturno javnost kot tudi kritiške kroge nemalokrat presenetil s svojim slikarstvom, saj o značaju in uspešnosti njegovega dela največ pove njegova izmojstrena roka in velik občutek za podajanje likovne snovi. Da namreč vedeti, da ne slika samo z velikim veseljem in navdušenjem, temveč tudi s poglobljenim likovnim prizadevanjem. Vrsto let je slikarski talent brusil in nadgrajeval tudi s strokovnim pridobivanjem znanja. Njegovo osebno slikarsko rast in pripoved je gotovo pomenljivo zaznamovala slikovita rodna pokrajina s svojo bogato naravno, etnološko in kulturno dediščino. Med ostalimi tematikami pa se ni nič manj uspešno izkazal tudi v slikanju živalske figuralike, ki je ves čas priljubljena vsebina, predvsem živali v naravnem okolju.

Mala galerija UKC je namenjena predstavitev umetnikov, ki nimajo dovolj priložnosti, da bi se predstavljali. Slikarka Nevenka Gorjanc (rojena 1949) je mišični distrofik, ki je našla svojo izpoved v slikarstvu in slika z usti. Zaradi mišične distrofije, ki jo je prizadela že v rani mladosti, se ni mogla izšolati za slikarko. Zelela si je postati modna oblikovalka, a ji je bolezen onemogočila aktivno uporabljanje rok, zato se je morala odreči tem sanjam. Vendar se ni prepustila malodušju. Kreativni duh in volja po ustvarjanju jo vodita skozi neprijazno življenje. Kar ne gre z rokami in nogami, gre z usti! Slika v oljni tehniki, izpopolnjevala se je v realistični maniri in leta 1989 postala članica VDMFM – društva slikarjev s sedežem v Švici, ki slikajo z usti in nogami. Prek tega društva je prejemale rento od prodanih del, vendar je pred desetletjem zaradi birokratskih razlogov (ker

ni paraplegik, ampak distrofik!!) izgubila to članstvo, ki pa so ga na njeno neizmerno veselje letos spet obnovili.

»Slikarska poteza Nevenke Gorjanc je fina, precizna, kar podpira njeno osnovno likovno orientacijo v realistični slogovni izraz. Kot ljubiteljci živali ji je slikanje tovrstnih motivov najljubše. Med njimi številčno izstopajo podobe konj v vsej svoji samozavestni fizični vehemenci. Da je anatomsko zahtevno upodobiti konja, pove tudi marsikateri akademski slikar, a nje ne predstavljajo nikakršnih tovrstnih težav. Slika jih znova in znova, tudi v številnih celopostavnih kompozicijskih različicah, vsakič detajlno izdelanih. Tu je njena prepoznavnost, njen osebni likovni izraz, v natančni potezi, dosledni odslikavi. ... Ob pogledu na krzno živali občutimo strukturo in kakovost dlake, njeno čvrstost, ... pa tudi karakterne lastnosti naslikane živali.« (Povzeto po Nuši Podgornik.) Poleg živali so prisrčni tudi njeni portreti otrok, v zadnjem času jo navdihujejo motivi iz sveta čebel in cvetic – mikrokozmos, bi lahko rekli.

Razstavo v Mali galeriji je pripravila njena vodja Biserka Komac, predstavila pa jo je predsednica KUD-a, prof. Zvonka Zupanič Slavec, ki je prireditev tudi organizirala in vodila. V Galeriji Medicinske fakultete je na ogled fotografska razstava Ksenije Slavec in Jerneja Marklja Myanmar – Burma – prvo-bitna dežela Daljnega vzhoda. KUD je ob koncu povabil na zdravniški koncert, ki bo 3. decembra v Slovenski filharmoniji, in na božični koncert v UKCL, ki bo 21. decembra. Nastopil bo imenitni Dekliški pevski zbor Gimnazije Kranj, ki ima številna mednarodna priznanja (dirigent Primož Kerštanj). Na prireditvi 11. januarja pa bo nastopil dramski igralec Gregor Čušin ob razstavljavcu, priznanem fotografu Marku Aljančiču.

Naj lepota razstavljenih del v galeriji UKCL sprošča in navdušuje zdravništvo in študente, ko hodijo v predavalnice ob razstaviščih.



Slikar Bogdan Breznik je v 30 letih slikanja ustvaril imenitno paleto slik iz narave in živalskega sveta. Predstavlja ga prof. Zvonka Z. Slavec. V ozadju sedi imenitni klarinetist, prof. Slavko Goričar (foto: Tomaž Rott).



Mati in hči Gorjančevi, obe slikarki. Nevenka Gorjanc z umetnostjo premaguje distrofijo in slika z usti (foto: Tomaž Rott).

Načrti za prihodnost

Prim. mag. Alenka Sketelj se je 27. avgusta 2010 upokojila

Živa Novak Antolič

Draga Alenka,

čeprav si šele dober mesec upokojena, sem pred štirimi dnevi ugotovila, da si že popolnoma izven tako imenovanega delovnega procesa: že od daleč si namesto pozdrava vzkliknila: »Nimam časa!« Seveda je to razvidno tudi iz vabila na tole poslovilno zabavo, v katerem nas obveščaš, da te bomo odslej videli le malo, in še to od daleč, najverjetneje na barki sredi morja! In kakor pravi Mark Avrelij:

Mlad je, kdor se še zna čuditi in navdušiti. Kdor se kot znanja nenasiten otrok sprašuje: »In kaj potem?« Mlad je, kdor ustvarja dogodke in se veseli igre življenja.

Jasno, da te lepe besede niso zrasle na mojem zelniku, pa saj to veš: spoznali sva se pred toliko leti, da je skoraj nespodobno o tem govoriti pred mlajšimi – ali pa, nasprotno, vzpodbudno! Saj mladost ni obdobje življenja, temveč stanje duha; je izraz volje, moči domišljije in intenzivnosti občutkov. Pomeni zmago poguma nad malodušjem, zmago pustolovskega duha nad skušnjavo udobnosti. Ostala boš mlada, dokler boš pripravljena na izzive, dokler boš dovzetna za lepoto, dobroto in veličino; dojemljiva za sporočila narave, sočloveka in nerazumljivega. Vedno sem te občudovala, ker si ves čas negovala ljubezen do glasbe in gledališča in nisi dovolila – kljub veliko dnevom in nočem, preživetim tukaj – da ti služba požre osebno življenje in naklonjenost umetnosti. Mogoče me zato spominjaš na junakinjo iz zgodbe o rdečem klobuku. Zgodba se začne z deklico, staro tri leta. Gleda se v ogledalo in vidi kraljico. Nato zgodba opisuje žensko v raznih življenjskih obdobjih, ko se gleda v ogledalo, ob tem razmišlja in se »lišpa«.

3 leta: pogleda se v ogledalo in vidi kraljico.

8 let: pogleda se v ogledalo in vidi Pepelko.

15 let: pogleda se v ogledalo in reče mami: »Tako sem grda, da ne morem v šolo!«

20 let: pogleda se v ogledalo, vidi, da je presuha/predebela; premajhna/previsoka; da ima lase preveč skodrane/ravne. Ureja se dve uri in gre ven.

30 let: pogleda se v ogledalo, vidi, da je presuha/predebela; premajhna/previsoka; da ima lase preveč skodrane/ravne, a se odloči, da se nima časa urejati, in gre ven.

40 let: pogleda se v ogledalo, vidi, da je presuha/predebela; premajhna/previsoka; da ima lase preveč skodrane/ravne. »Ampak vsaj čista sem,« si reče in gre ven.

Ko je stara 50 let, se pogleda v ogledalo in vidi: »Sem,« in gre, kamor hoče.

Ko je stara 60 let, se pogleda v ogledalo in se spomni vseh ljudi, ki se ne morejo več gledati v ogledalo. Gre ven in osvaja svet.

Ko je stara 70 let, se pogleda v ogledalo in vidi modrost, smeh in moč, gre ven in uživa življenje.

Pri osemdesetih se ne trudi gledati v ogledalo. Samo rdeč klobuk si da na glavo in se gre ven zabavati.

Kot specializantka porodništva in ginekologije, ne da bi vedela za svoj lastni pričakovani dan poroda, si vseeno lepo rodila; tudi drugič. Dovolj neznačilno že za zdravnice, kaj šele za porodničarke. In vidiš, mlada generacija se je večinoma vrgla po tebi in znajo rojevati! Dobro si jih naučila. Za prim. Fethovo, dr. Turkovo in dr. Kržičevo sta nato z dr. Tomažičevo skrbeli za noseče sladkorne bolnice; tako zelo dobro, da Slovenijo na tem področju po dobrih rezultatih pozna ves strokovni svet. Vztrajno in potrpežljivo, z zavestjo, da je to prav, si delala na tem področju in dosegla odlično organiziranost v Sloveniji. Prav tako si kot ena pionirk ultrazvočnega pregledovanja nosečnic in z magisterijem iz ultrazvoka znala ure in ure presedeti ob aparatih, učiti sebe in druge. Občudovala sem te, ker take potrpežljivosti sama nisem imela. Bili sva povezani, kot le moreta biti povezani ženski: ena drugi sva bili poročna priča, dolgo stanovali le lučaj narazen in bolj ali manj ob istem času rodili sinova. Vendar se o tipičnih – kot pravijo – ženskih stvareh, o oblekah in ličenju, nisva veliko pogovarjali. Le sem pa tja sva ena drugi omenili, kako hecno je, da človek poje mikrogram čokolade, zredi pa se za dva kilograma.

Do leta 2003 sva si tudi delili sobo v četrtem nadstropju porodnišnice. Preden je k sreči prišla asist. mag. Lili Steblovnik, si me celo pooblašala, da te zamenjujem v ambulanti za nosečnice s sladkorno boleznijo. To je bila velika čast in tudi odgovornost, saj si tako materinsko zaščitniško skrbela za svoje nosečnice, da so se ti velikokrat pritožile nad mojim nezaščitniškim odnosom. Torej, kljub vsemu temu sem bila v strašni zagati, kaj naj za danes napišem in povem. V prvi vrsti me je bilo strah, da bom naredila kakšno slovnično napako; nanje si bila kar hudo pozorna. Mislila sem in mislila, odkar si zagrozila, da se boš upokojila, še bolj globoko mislila zadnji mesec in pol, ko si izbirala datum za poslovilno zabavo. Izbirala si tako pozorno zato, da ne bi manjkal kdo, ki ti je postal drag v poklicnem življenju. Ta dan je tu, moje razmišljanje o tebi pa ni nič bolj osredotočeno. Najbolj pametno od vsega, kar mi je prišlo na misel, je: kako je vse relativno. Kako hitro je minilo štiriinštirideset let, odkar se poznavam – in kako počasi napreduje druga porodna doba, če utripi pri plodu niso povsem v redu. Zagotovo te strašansko pogrešamo zjutraj, ko si nam ob strokovnih sestankih postregla – vsakemu svoje, seveda! Neverjetno se mi zdi, da si si zapomnila, kakšen čaj ali kakšno kavo kdo pije, koliko sladkorja ali nič, v kateri skodelici ali lončku. Res neverjetno! Veliko pa pove o tebi: vsakemu od nas si se posebej posvetila. Površnost res ni tvoja lastnost. Obenem si nam velikokrat postregla s kakšnim vicem in smo dobre volje začeli dan.

Včasih smo se zaradi neujemanja predvsem ob svetovnih ali lokalnih političnih vprašanjih – vemo za tvoja stališča in delo v Amnesty International – znali tudi skregati, ampak komaj kdaj smo si to zapomnili do takrat, ko smo se naslednjič videli. Kot prava obmorska deklica, ki si otroštvo preživela v Splitu in potem

živela v Kopru, si se znala tudi zelo razburiti. A tvoja izjemna sposobnost – sicer jo lahko sama čutiš drugače – je bila, da stvari nisi jemala osebno. Ne vem, če se da tega naučiti, poskusila bom; ti si mi tu svetel vzgled. Tvoja neverjetna mirnost, ki se odraža tudi v tvoji vedno enaki drobni pisavi, je po mojem tvoj zaščitni znak. Večkrat smo v pregretem vzdušju vsi pridobili s tvojo umirjenostjo. Nikakor pa to ne pomeni, da ti stvari ne gredo do srca. Samo tega ne vem, kako to v sebi predelaš. Najbrž si zgodaj spoznala, da morajo najpomembnejše stvari ostati najpomembnejše.

Kot zaželena tašča in nona si se čila in zdrava odločila posvetiti svoje sedanje življenjsko obdobje Eli in Kajčiju, Matjažu, Jaši in Janezu, seveda; pa Vlasti in na jesen obiranju oljk pri Vesni in Vanji. Pogumno si se lotila stvari, ki jih že dolgo nisi počela. Biseri na ogrlici naj ti povejo, da si v letih v porodnišnici nizala lepe dogodke v svoje strokovno življenje. Hoteli smo, da je spomin na nas zelo oseben, da se boš vedno, ko boš nadela ogrlico, spomnila na nas, bisere iz porodnišnice. Včasih malo obtolčene, umazane in povaljane, ampak v resnici dobrega srca. Moja naslednica, tvoja sedanja cimra Lili, nam je povedala, da poznaš neko vražo o biserih in grdih duhovih. Prav zavidam ji, da je uspela v nekaj dolgih mesecih od tebe izvedeti več kot jaz v kratkih desetletjih. Ja, naša mladina je res

sposobna. Torej, da bi hudobe že v kali zatrli, ti sočasno podarjamo zanesljivo zdravilo. (Za tiste, ki niso bili zraven: prim. mag. Sketelj je poleg biserne dobila tudi česnovno ogrlico.)

Istega leta sva šli v šolo, istega dne na isti fakulteti začeli študirati, istega dne šli v isto službo. Kar pa se upokojitve tiče, sem že zamudila. Premišljevala sem, kako to. Ko pa sem videla tvoje vabilo, se mi je posvetilo in mi kar malo odleglo. Seveda se ne morem upokojiti, saj nimam jadrnice!

Draga Alenka, zate sem prepričana, da boš polno uživala življenje tudi brez nas! Ob tem si zase želim, da bodo, ko se bom poslovila od porodnišnice in ginekološke klinike, o meni vsi mislili lepo in dobro, kakor sedaj o tebi – sestre iz tvojega perinatalnega dnevnega centra in ambulant ter sestre z oddelka E ti želijo to same povedati.

Če se boš slučajno kdaj ozirala nazaj sem, vedi, da zate veljajo besede Toneta Pavčka:

*Sreča ni v glavi in ne v daljavi,
ne pod palcem skrit zaklad.*

*Sreča je, ko se delo dobro opravi
in ko imaš nekoga rad.*

In še nekaj zanimivosti o Korziki

Tomaz Rott

Morda je nekaterim besedovanje o Korziki odveč, pa nič hudega, saj tudi v dnevnem časopisju dolgovezne in večkrat nerazumljive komentarje, kritiške ocene in podobna pisma bralcev ali celo kolumnistov izpustimo, preberemo pa le tisto, kar nas zanima, in isto lahko store nejevoljneži z mojim pisanjem.

Kako bi **z nekaj besedami in stavki označil Korziko**?

Za Sicilijo, Sardinijo in Ciprom četrti otok Sredozemlja, ki leži v Tirenskem morju, velik 8682 km², z 275.000 prebivalci, od katerih jih pol živi v Bastii in Ajacciu, »gora v morju« s 1000 km obale in preko 200 čudovitimi plažami, »nomadski« in divji prašiči (isto velja do neke mere tudi za koze), kostanj, megalit-ske antropomorfnе kulture, romanske cerkve, genovski stolpi, poštenost in prijaznost domačinov, dobra in pestra kulinarika (o



Nekdanje glavno korziško mesto Corte.

vsem tem je bilo že nekaj napisanega), pomembni možje Korzi-ke, polifono petje, bratovščine, vendeta, galapaške želve itd.

Halo?! **Galapaške želve?** Da, galapaške in druge želve velikan-ke med 3000 želvami s 170 vrstami v želvariju A Cupulatta, v bližini ceste približno na pol poti med krajema Corte in Ajaccio. Galapaške želve so sicer zaščitene in jih ni več mogoče dobiti s prvobitnega otočja. Na Korziko so prispele iz Züricha v okviru znanstvenoraziskovalnega sodelovanja. Te velikanke pa tukaj niso edine, saj so skoraj tako velike tudi sejšelske velikan-ke, nekaj vrst pa je nekoliko manjših. Med njimi je tudi nevarna krokodilja želva s koničasto glavo in trnastim oklepom. Še v gimnaziji so mi sošolci nadeli vzdevek Želva, vendar še zdaj ne vem, zakaj. Počasen nisem bil, celo nasprotno, tako trdobačen pa tudi ne, morda pa sem imel že tedaj dovolj čvrsto hrbtenico oz. trnast oklep. Sploh pa sem pri želvjakovem vznemirjanju želve videl, da je kljub velikosti in teži dokaj gibčna in hitra, da se je lahko izognila tečežu (upam, da nisem zamenjal spolov, kar v sodobnem življenjem, kjer je iniciativa lahko na obeh straneh, ne bi bilo nič nenavadnega). Po ogledu svojega bližnjega in daljnega sorodstva (vsaj po Darwinu) sva nadaljevala pot na bližnjo zahodno obalo severno od Ajaccia.

Korzika ima bogato in dolgo zgodovino z velikimi osebnostmi. **Najbolj pomemben mož Korzike** za Korzičane ni Napoleon, ampak **Pascal Paoli** (Filippo Pasquale di Paoli, 1725–1807), človek z burnim življenjem, saj je zaradi politike večkrat moral v izgnanstvo. Ta prosvetljenec, ki ga je podpiral tudi Jean Jacques Rousseau (1712–1778), je povezan s samostojnostjo Korzike, ta »zlata doba« je trajala 14 let, med leti 1755–1769 (mimogrede, leta 1769 je bil rojen Napoleon). Že pred samostojnostjo so leta 1735 na Korziki sestavili deklaracijo o neodvisnosti, leta 1755 pa je Paoli podpisal v prosvetljenem duhu napisano ustavo,

pri kateri mu je pomagal tudi Rousseau. Slednji je 10 let kasne-je objavil *Projet de Constitution pour la Corse*. Paoli je povezan tudi z ustanovitvijo prve univerze leta 1765, ki je v mestu Corte sicer delovala le štiri leta (znova je zaživela šele leta 1981).

Korziška ustava je bila tudi v pomoč Thomasu Jeffersonu (1743–1826) pri pisanju ameriške ustave (napisane 1787 in sprejete 1788). Žal so sodobno demokratično korziško ustavo, ki je med drugim tudi ženskam zagotavljala volilno pravico, ukinili z aneksijo Korzike Franciji.

Zastava Korzike, A Testa di Moru. Tako na poslopih kot na ladjah in avtomobilskih tablicah lahko vidimo na beli podlagi črno glavo mladega Mavra s trakom, zavezanim na hrbtšču gla-ve, ki je od leta 1762 uradni simbol korziške neodvisnosti. Izvor zastave ni povsem jasen. Uporabljali naj bi jo že aragonski kralji v 13. stoletju po zmagi nad Mavri. Prvotno je trak prekrival oči, sedaj pa je na čelu in ta premik naj bi simboliziral osvoboditev. Med razlagami je tudi romantična legenda: mlado dekle Diano iz Alérie so odpeljali mavrski pirati v Granado. Njen zaročenec Paoli jo je uspel rešiti. Mohamed Abdul Alah, kralj Granade, je poslal svojega generala Mansour ben Ismaila, da pripelje oba, živa ali mrtva, nazaj. Vendar je bil general poražen, Paoli pa se je maščeval za ugrabitev Diane in generala ubil, njegovo na palico nasajeno glavo pa razkazal vsemu otoku in tako naj bi nastala znamenita podoba.

V času samostojnosti je bilo **glavno mesto Korzike** sredi hribovja ležeče mestece **Corte**, ki poleg Ajaccia in Bastije sodi med tri pomembna mesta Korzike. Corte je danes eno od izho-dišč za planinarjenje. Midva sva se odločila za dolino Restonica, kjer je relativno lahek dostop do dveh ledeniških jezer: Lac de Mélo na 1711 in Lac de Capitellu na 1940 metrih nadmorske višine, okrog katerega so bile še zaplate snega. Da je na Korziki



Ledeniško jezero Lac de Capitellu, 1940 m visoko.



Slikovito gorovje Bavella.

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

res mraz, govori tudi podatek, da je zgornje jezero Capitello zamrznjeno od 6 do 7 mesecev. Nekoliko severneje je dolina Tavignano, ki pa zahteva precej več hoje. Še višje leži vsaj na najini poti najbolj pusta kamnita soteska Scala di Santa Regina, kamor sva prišla iz turističnega mesteca Porta preko 1464 m visokega prelaza Col de Verghio. In če nadaljujem s še bolj severno ležečo dolino Asco, lahko po njej pridemo do vznožja z 2710 m najvišje korziške gore Monte Cinto, s katere se je pred leti dričala po snegu hči Mateja. Z Urško žal nisva več za take »podvige«.

Bastia je predvsem pomemben trgovski center in pomembno pristanišče številnih trajektnih povezav z italijansko in francosko obalo. V mestu sva po celodnevem potovanju iz Ljubljane preživela prijeten večer, se zvečer na največjem 300 m dolgem trgu sv. Nikolaja na promenadi ob »Palači sladoleda« poleg drugih dobrot prvič seznanila z dobrim domačim sladoledom, ki ga izdeluje skoraj vsaka restavracija in naju je tako spremljal vsa pot po Korziki. In kaj je kasneje boljšega od spanca v prijetni svežini noči in uspavajočem šumenju valov. Zjutraj pa enkratni sončni vzhod!

Ajaccio je uradno glavno mesto Korzike, v katerem skoraj na vsakem koraku vidiš povezanost z Napoleonom: od rojstne hiše, krstilnika v katedrali, ob katerem je bil krščen, do muzeja, ki nosi ime njegovega strica, kardinala Fescha. Turisti, ki niti ne preberejo ali ne razumejo francoskih napisov, navdušeno slikajo kovinsko konstrukcijo nad kamnitim krstilnikom, ki je v Napoleonovem času sploh še ni bilo. Pa kaj zato? Pomembno je, da so doživeli napoleonski duh, ki preveva Ajaccio. Na ribjem trgu so drugačni »duhovi«, ob kar pestri izbiri rib, školjk, rakov, jastogov pa manjka Napoleonova riba z izrazitim čelom, ki je sicer zaželen fotograf-ska trofeja potapljačev v Rdečem morju, saj lahko zraste preko



Del slovesne opreme člana ene izmed bratovščin.



Vulkanska Scandola.

1,5 m. Pri tamkajšnjem šnorkljanju sva jo z Urško nekajkrat srečala. Nisva pa opazila, da bi imela kakšno svojo plavut skrito v »telovnik«.

Za Korziko je značilna precejšnja **poraščenost z gozdovi**, kar jo loči od drugih sredozemskih otokov. To dokazuje tudi rast preko 2000 rastlinskih vrst. Slikovitost bogato porasle dežele je med drugim mogoče doživeti na panoramski vožnji po ozkotirni železnici od Bastije do Ajaccia, ki ima skupno s progo do Calvija 232 km. Nedaleč od 1398 m visoke gore s. Petru nad krajem Petreto-Bicchisano, ki je približno 24 km zračne linije oddaljena od letališča v Ajacciu in je bila usodna za Slovence v Adriinem letalu, sva na poti proti kraju Levie z znamenitim približno 8500 let starim okostjem »čudodelke« iz Bonifacia opazovala obsežno pogorišče v predelu večje gore, ki jo je v celoti zajel velik požar leta 2009. Kot povsod v Sredozemlju, je tudi na Korziki rastje ogroženo zaradi možnih požarov. Na omenjeni poti sva lahko opazovala tudi slikovito pogorje Bavella.

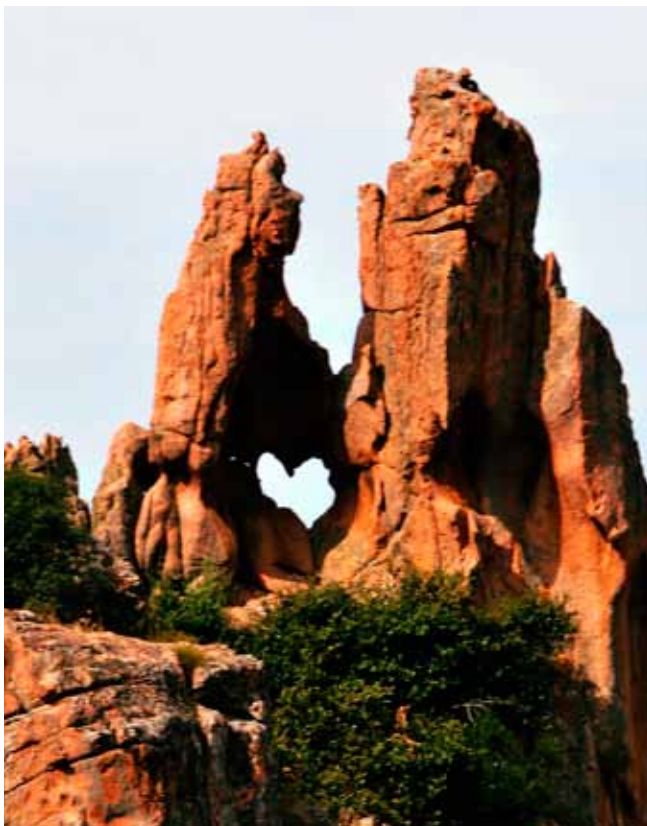
Vendetta še živi v spominu. Povezana je bila z ohranitvijo družinske časti, ki je bila največkrat oskrunjena včasih zaradi vsaj po današnjih merilih na videz banalne »razžalitve« žensk. Mnogi so se morali po maščevanju oz. ohranitvi časti skrivati pred oblastjo, govorili so o t. i. banditih časti, ki so jim prebivalci pomagali in jih ščitili, saj ni šlo za bandite v smislu navadnih kriminalcev. Zato ni čudno, da so imeli banditi časti celo svojega svetniškega

zaščitnika, sv. Pankracija, ki je bil sicer zavetnik pastirjev. Tragične zgodbe, povezane s krvnim maščevanjem in na osnovi resničnih dogodkov, so med drugimi napisali Balzac (*La Vendette*), Prosper Mérimée (*Colomba*), Alexandre Dumas (*La Vendetta*), Guy de Maupassant (*Un Bandit Corse*) itd.

Od srednjega veka pa vse do danes so različne spokorniške **bratovščine in cehi** (*E cunfraterne di Corsica*), ki jih najdemo tudi drugod na zahodnem Sredozemlju, pomembna značilnost Korzike in njeni člani skušajo narediti čim več dobrega. Kljub temu so na slovesnostih njihovi člani skriti pod malce shrbljivimi oblekami s koničastimi pokrivali, kot jih nosijo člani Ku-Klux-Klana v Ameriki. Obleke so različno oblikovane, različnih barv – črne, bele – lahko so, glede na funkcije posameznih članov in glede na pripadnost posamezni bratovščini, bogato okrašene. Njihov namen ni zbujati tesnobo in strah, ampak skriti identiteto dobronamernih članov. Bratovščine so povezane z različnimi religioznimi laičnimi organizacijami, kot so Tretji red, častilci Svetega zakramenta, Rožnega venca, organizacijo Srečna smrt, Duše v vicah, marijanski zbori, Presveto srce Jezusovo, in bratovščinami duhovnikov in trgovcev. Sodelujejo pri slovesnostih velikega tedna. Bratovščine skušajo približati idealno družbo in se podrejajo načelom enakosti, pomagajo karitativnim in humanitarnim organizacijam. Poleg tega so veliki naročniki umetniških del.

Med potovanjem sva prišla praktično na vse skrajne točke otoka. Najbolj severni del je otoček **Île de Giraglia**, lepo viden z mesta Erse in s plaž, ki ležijo pod njim. Najbolj zahodni del pripada naravnemu narodnemu parku **Scandola**, ki so ga oblikovali vulkanska dejavnost, veter in morje. Zato lahko najdemo prečno položene heksagonalne stebre kristalizirane lave. Prevladuje sicer rdeča barva, vmes pa so belkasti in črnkasti predeli. Skalnate mase oblikujejo fantazijski svet, kjer je mogoče, ob številnih špiljah, ki se skrivajo med skorajda navpično padajočimi skalnatimi stenami in so bila včasih dobro varovana in skrita pribežališča za gusarje, videti naravne skalnate mostove, različne figure, ki spominjajo na ljudi. Stena enega od majhnih otočkov naj bi kazala profil Paolija, drugje lahko vidimo poljubljanje zaljubljenecv ob neuslišanem nevoščljivcu. Celotno področje je mogoče obiskati le s turističnimi ladjicami, saj nista dovoljena pristop na kopno in kovanje, prepovedan je ribolov, razen prebivalcem bližnje vasice Girolate. Slikovita je tudi obala nekoliko južneje, ki jo predstavlja področje **Le Calanche**. Slikoviti prizori so vidni tako s kopnega kot z morja. Tu lahko doživimo pravi izziv za ladjice s skrivanjem v skorajda nevidnih špiljah. Občudujemo lahko kapitane, ki vodijo večnadstropne ladjice z več kot 100 potniki s pomočjo nezmatno večjih telekomand, kot jih otroci uporabljajo za vodenje avtomobilčkov. Slikovite predele je mogoče videti tudi s ceste, ki vodi iz Porta v Ajaccio. Tudi tu lahko opazuješ fantazijske podobe nenavadno oblikovanih skalnih gmot, ki jih, sicer nekoliko manj številne, lahko najdeš še na drugih koncih otoka.

Najbolj južni del je granitno **otočje Lizzari**, priljubljeno za kopalce in potapljače. Vendar pa je kljub slikovitosti obala granitnih skladov brez vsakega drevja neprijazna za tiste, ki radi ležijo v senci. Slabost sicer številnih čudovitih plaž na Korziki



Kamnito srce, Le Calanche.



Vabljive plaže s čistim morjem pod Caldarellom.

je pomanjkanje sence, saj je le ob eni nasad pinij. Zato prideta prav še tako preprost šotorček ali vsaj večji dežnik, da prehitro ne »zardimo«. Najbolj vzhodni del pa je obala severnega polotoka Cap Corse.

Calvi je znano letoviško mesto v lepem in varnem zalivu s slikovito okolico. Stari del mesta je trdnjavske oblikovana citadela. Ima lepo urejeno krožno turistično pot, na kateri sva se zgrajala nad komunalno neurejenostjo, ko sva videla »crknjeno« mačko, ki so jo veselo kljuvali mrhovinarski vrani. Vendar je na najino presenečenje in še večje presenečenje vranov bilo mački naenkrat dovolj čedalje silovitejšega kljuvanja in neobičajne »masaže« – nenadoma je »oživila« in se prebudila iz dopoldanskega spanca ter hote ali nehote splašila in prepodila vrane, ki so pri mački precenili »nezanesljive znake smrti«.

Jezik je bolj podoben italijanščini kot francoščini, kar je posledica večstoletnega vpliva Pisancev in kasneje vse do 18. stoletja Genovežanov. Paoli je hotel kot uradni jezik uvesti italijanščino. Nekateri menijo, da je korziški jezik (*U Corsu*) podoben romunskemu, morda prav zaradi dejstva, da se mnogo besed konča s črko u. Francoščino, ki jo govorijo, je včasih težko razumeti, saj se meša s korziško govorico. Uradni jezik je leta 1858 sicer postala francoščina, vendar v bolj odmaknjenih krajih mnogi govorijo le korziško.

Zanimiv je tradicionalni način *a cappella* **polifonega petja**. Nekateri ga opisujejo, kot da »prihaja iz globine zemlje, iz zore časa, iz začetka, ki se zdi nedostopen«. Predstavlja tudi solidarnost in odgovornost do sopevcev in poudarja timsko delo. Med najinim bivanjem so se nama koncerti kot nalašč izmikali, ali sva prišla v določen kraj dan prepozno ali pa bi morala na koncert počakati nekaj dni. Vseeno sva okusila vsaj nekaj njihove glasbe z zgoščenk, ki so jih ponujali za simbolično ceno ob nakupu bencina. Tradicionalne pesmi so pretežno otožne, zelo melodične, spevne, z vodilno temo glavnega glasu, ki ga spremljajo ostali pevci. Njihova molovska otožnost me je včasih spominjala na

portugalski fado, včasih pa na petje dalmatinskih klap. Vendar se je nekdanji občutek za skupnost, ki ga terja polifono petje, tudi na Korziki deloma že porazgubil. In zato pravijo: »*A e nozze e a i doli si cunosce i suoi*« ((Le) na porokah in pogrebih (še) spoznaš svoje (sorodnike)). Nič drugače kot pri nas!

Oblika polifonega petja, ki izraža močna čustva, je **Paghjella**. **Chjam'è Risponde** pa predstavlja pete in včasih napete pesniške dvoboje in me nehote spomnijo na dobre raperje.

Čeprav mnogi želijo samostojnost, ki pa glede ekonomskih razmer in odvisnosti od uvoza ni realna, in čeprav je ponekod čutilni odpor do Francije (če ne drugače, trenutno le s popravljanjem imen na krajevnih tablah), je zanimivo, da Korzika in Sardinija **geološko pripadata Franciji**, saj sta se pri oblikovanju Sredozemlja odrgali od sedanje Provanse.

Raznolika Korzika je vredna mnogih besed in občudovanja, vendar ne nameravam nadaljevati in utrujati s še mnogimi zanimivostmi iz njene zgodovine, kulture idr. Še vedno nekoliko skrivnostna dežela med drugim odseva tudi v delih Prosperja Meriméeja, ki je sredi devetnajstega stoletja med svojimi potovanji dobesedno odkrival Korziko. Mnogo stvari iz narave nosi sebi za Korziko precej značilne simbolike, kot so različne školjkaste tvorbe (spiralno oblikovana *A Granitula*, oko sv. Lucije, školjka, ki nadomešča rog, *U Culombu*). Med simbole Korzike sodijo tudi muflon *A Muvra*, korziški pes *U Cursinu*, vrsta praproti *A Fioletta*, črna vdova *U Malmignattu*, vrsta lilije *L'Albucciu* itd. Prav tako nosi simboliko vsakdanje življenje. Zavetnica otoka je devica Marija, *A Beatissima*, njej namenjena pesem je neuradna korziška himna. V zvezi z religioznim življenjem so (bili) pomembni eksorcisti, *I Signatori*. Med značilne simbole štejejo stoječi menhir, *A Stantara*, pastirsko koč, *U Pagliaghju* oz. *U Stazzu*, bivališča z naravno izvotljenimi kamninami oz. trogloditne hiše, *Orii*, genovske mostove in vas, ki izdaja identiteto posameznika, *U Paese*.

Številne podatke iz življenja na Korziki pa nudi tudi medmrežje.

Golf Vzhod–Zahod

Andrejka Omerzel Topalovič, Sabina Markoli

V nedeljo, 10. oktobra 2010, je potekala še ena tekma zdravnikov in zobozdravnikov v golfu, tokrat na Ptuju. Tekmovala je ekipa Vzhod s selektorico Sabino Markoli proti ekipi Zahod s selektorjem Janezom Kirbišem, način igre je bil *Texas scramble*. Na igrišču se je odvijalo vse skrajno zavzeto in izjemno resno, čeprav je tovrstni način igre v golfu bolj namenjen zabavi.

Številnejša in morda zaradi tega tudi boljša je bila ekipa Vzhod, ki je dosegla že tretjo zmago zapored in tako ponovno osvojila ekipni prehodni pokal Porsche Audi. Rezultati so bili zelo dobri, v bruto točkovanju sta zmagala Gorazd Košir in Branko Avsec (37 točk bruto).

V neto seštevku je bil vrstni red naslednji:

1. Branko Kokošinek	47 točk
Borut Kolšek	
2. Rok Vengust	47 točk
Bojan Krebs	
3. Gorazd Košir	46 točk
Branko Avsec	

Prehodni pokal za ekipno zmago je dvignila Sabina Markoli.

Za dobro voljo po turnirju je poskrbelo Vinarstvo Frešer, ki nas je razvajalo z dobro kapljico. K zelo dobri organizaciji turnirja so pripomogli: Prodent, Farmadent, Medis, Ecolab, Elektro Prelog in Terme Maribor.



Rok Vengust in Bojan Krebs – drugouvrščena v neto točkovanju.



Sabina Markoli – selektorica ekipe Vzhod, Janez Kirbiš – selektor ekipe Zahod in Marko Demšar – predsednik sekcije za golf.

Nadgradnja intranetnega portala Zdravniške zbornice Slovenije

V želji, da vam ponudimo najbolj kakovostne in aktualne informacije ter omogočimo čim bolj kakovostno izvedbo storitev, smo se na Zdravniški zbornici Slovenije v lanskem letu lotili projekta »Splet«, katerega cilj je vzpostavitev sodobnega intranetnega in internetnega portala.

Tako smo vzpostavili tudi povezavo s podatkovnimi bazami zbornice in vam tako preko spletnega portala omogočili dostop do večine informacij, ki jih o članstvu vodimo, kot so npr.: osebni podatki, izobrazba, licence, kreditne točke, zaposlitev, zasebnost, funkcije v zbornici, itn. Nekatere podatke lahko spreminjate tudi sami v rubriki »**Moji podatki**« (na desni strani).

Za vstop v intranetni portal potrebujete uporabniško ime in geslo, ki ste ga prejeli po pošti. V primeru, da ste ju založili, se obrnite na Milana Kokalja (01 30 72 172), ki vam bo kreiral novo geslo.

Ob vašem prvem vpisu vas prosimo, da se v intranet vpišete neposredno preko internetnega naslova <https://INTRA.zdravnikazbornica.si/prvic>, kasneje pa lahko do intranetnega portala dostopate s spletnega mesta Zdravniške zbornice Slovenije: <http://www.zdravnikazbornica.si>. Ob prvem vpisu vas prosimo, da geslo, ki ste ga prejeli, spremenite in si ga zapomnite, saj je to potrebno zaradi varnosti vaših podatkov.

Razmišljanja na poti

Eldar M. Gadžijev

Skupaj z dvema kolegom se vozim po slavonski ravnici iz Tuzle v Bosni, kjer smo bili na II. Kirurškem kongresu bosanske federacije. Vozi nas Demo, šofer kliničnega centra iz Tuzle, ki mi je na začetku poti v žep na vratih postavil celo vrečko majhnih burekov in rekel: »Ovo je za tebe profesore, slastni su.«

Razmišljam, da moram nekaj napisati za zavodnik Izide. Želim si, da bi lahko napisal kaj pozitivnega, vzpodbudnega, veselga, nekaj v duhu zadovoljstva, kot je v uvodniku novembrske številke »Izide« napisala kolegica Tonka Poplas Susič, predsednica odbora za zdravstvo na primarni ravni. Čutil sem, da je bilo to, kar smo doživljali v Tuzli, zagotovo pozitivno, čeprav je štirinajst dni pred začetkom kongresa umrl predsednik organizacijskega odbora kongresa, prof. Dešo Mešić, šef kirurgije v Tuzli in duša uspešnega razvoja tamkajšnjega univerzitetnega kliničnega centra. Kljub temu pa je, ob iskreni prizadetosti zaradi hude izgube prof. Mešića, kongres uspel. Smrt velikega človeka in kolega je verjetno marsikaterega kirurga iz republik nekdanje skupne države vzpodbudila, da je prišel na srečanje. Je pač tako, da nesrečen dogodek, ki nas pretrese, neredko vzbudi v nas plemenitejši nagib, kot bi ga vodil samo razum. Kongresa se je udeležilo prek 300 kolegic in kolegov, veliko je bilo tujih povabljenih predavateljev, med njimi tudi taki, ki so zelo ugledni in poznani v kirurškem svetu. Tudi mi trije Slovenci smo imeli vabljen predavanja, ki so bila zelo lepo sprejeta. Vesel sem bil številnih svojih učencev, ki sedaj delajo na različnih koncih nekdanje skupne države, ko so s spoštovanjem in prijaznim nasmehom prihajali k meni in me pozdravljali. Vesel sem bil tudi, ker sta bila na koncu moja mlajša kolega, ki sta odšla na kongres »tja v Bosno« precej skeptična, zadovoljna in celo navdušena, predvsem zaradi odprtosti in pozitivne naravnosti bosanskih kolegov. Ti so pokazali, kako uspejo kljub splošnim težavam in slabemu zaslužku z ljubeznijo in navdušenjem razvijati celo najzahtevneša področja kirurške stroke. Kolegi iz Tuzle so tudi dojemljivi za vzpodbude in hvaležni za pomoč, kot na primer ljubljanskim srčnim kirurgom, ki redno prihajajo tja opravljat srčne operacije in učiti mlade srčne kirurge. Še ena stvar me je tam navdušila. Glavna sestra UKC v Tuzli, gospa Safija Kalajlić, mi je s ponosom pokazala njihova hospica, enega za odrasle v pritličju pljučnega oddelka in hospic za otroke, ki je odlično, z veliko občutka in razumevanja urejen v samostojni stavbi, ki je nekoč služila za delavnice tuzelske bolnišnice.

Vozimo se in v zvezi s hospici v Tuzli razmišljam naprej. Razmišljam o smrti, o umiranju in tistem, kar me spremlja zadnja leta, o raku. Pa vendar je tudi razmišljanje o tem pozitivno! Prepoznavati umiranje kot naravno in enkratno doživljanje, ki čaka ljudi na njihovi poti, ki je hočeš nočeš del in zaključek življenja! Spomnim se na odlično knjigo o tem, ki jo je napisala kolegica Urška Lunder in o kateri nekaj lahko preberemo v tej številki naše revije. Sprejemati bolezen, se soočiti z njo, živeti in

se boriti za kakovostno življenje kljub bolezni je vendarle tisto, kar moramo posredovati tudi svojim bolnikom. Prispevek v tej številki Izide o dilemi glede tega, ali povedati bolniku, da ima raka, ali ne, ponovno odpira dolgotrajna razpravljanja v našem prostoru, kar je tudi precej značilno za naše okolje. Lahko bi se zelo enostavno opredelili do tega, da moramo povedati vso resnico in s tem tudi diagnozo rak, sklicujoč se na načine in izkušnje v tujini. Lahko pa smo pri tem občutljivejši in razumevajoči do posebnosti naših ljudi. Upoštevatil različnost je vrlina, ki zahteva, da sogovornika poslušamo, se vanj poglobimo in ga skušamo razumeti. Smo pa kot zdravniki dolžni širiti tudi znanje in sposobnost soočenja z boleznijo, sprejemanja bolezenskega stanja. Pojasniti moramo znati možne izhode bolezni, pa dobrobiti in tudi težave zdravljenja bolezni. Smo tisti, ki moramo vsaj poskušati naučiti ljudi sprejemati tudi smrtno bolezen in smrt samo. Nihče drug jih ne bo.

Avto hiti proti Sloveniji, smo že mimo Zagreba in razmišljam o današnjem svetu in o tem, kar se dogaja pri nas in tudi širše. Spomnim se oddaje na televiziji z naslovom »Zeitgeist« in se začnem zavedati nebogljenosti, majhnosti in nemoči ob spoznanju, da v svetu vlada korporatokracija, da se vse vrtili okoli dobička, denarja in moči. Dejstvo, da za boj proti »terorizmu«, ki je lani povzročil smrt manj kot sto Američanov, ta država daje več tisočkrat več denarja (6.600-krat več) kot za zdravljenje srčno-žilnih boleznih, ki še vedno pokončajo največ državljanov te širiteljice demokracije, mi je dalo misliti o tem, kako nam vsak dan lažejo, nas zavajajo, in pritrjujem tistim, ki trdijo, da so njihovi interesi nepošteni. Avtorji oddaje na koncu imenujejo prav voditelje korporacij in tudi vlade, ki so le njihove marionete, pa banke in tudi mednarodni monetarni sklad za prave teroriste našega časa! In tako opevana in menda nujna globalizacija je delo korporacijske aristokracije. Živimo v času, ko ima 1 odstotek vseh ljudi 40 odstotkov vsega bogastva in ko je več suženjstva, kot ga je bilo kadarkoli! Ko sem včasih gledal v nebo in razmišljal o vesolju, sem se pri tem počutil neskončno majhnega, nebogljenega in nepomembnega, pa vendar takrat nisem čutil tiste mučne prizadetosti, nemočnega besa in skoraj obupa, kot ob gledanju te oddaje in spoznanju, da je to, kar govorijo, res. No, pa vendar, kot pravijo, »upanje naj bi umrlo zadnje«! Torej proč s slabimi, žalostnimi in neproduktivnimi mislimi in razmišljam kaj drugega ...

Kolega v avtu želita postanek, da bi nekaj popili in ... Povem jima o svojem razmišljanju in o tem, da bi rad videl vsaj dogajanja pri nas lepša. Potem pa zvem, da se v našem UKC v Ljubljani baje pripravljajo neke stvari, ki so me enostavno potrle. Našo abdominalno kirurgijo čakajo baje neprijazni časi, baje! To pa me še kako zadeva, saj sem dolga leta spremljal zgodbo uspešnega razvoja te kirurgije, ki jo je začel prof. Vladimir Žakelj, ki sta jo uspešno nadaljevala profesorja Mitja Kovič in Vladislav Pegan in jo je

s certifikatom evropske ustanove olupšal še prof. Stane Repše. Bili smo prepoznani ne le v bivši stari državi, ampak tudi prek meja, vzgajali smo domače in tuje kolege ter končno omogočili tudi nastanek klinike v mariborski takratni bolnišnici. Danes pa naj bi se kuhalo zaradi interesov politike in ekonomije, starih »prijateljev našega zdravstva«, da bi abdominalni oddelek iz Šiške prestavili v klinični center zato, da bi »prišparali« nekaj denarja. Vemo, kdo je v tej državi kradel in še krade, vemo, kako je oblast nemočna, nesposobna, pa tudi nenavdušena, da bi »prijela bika za roge«. Potem pa se iščejo rešitve, za katere je treba pritisniti na nemočne, na javni sektor in skozi neke čudne rešitve, v ozadju katerih je hkrati interes vplivnih »sposobnežev«, ki bodo imeli zopet dobiček, izpeljati nekaj, kar bo v primerjavi s škodo prineslo sila malo prihranka. To, da bi kaj takega lahko zelo ogrozilo nadaljnji razvoj tako pomembne veje kirurgije in končno medicine v Sloveniji, pa ne briga nikogar. Še vedno je tako, da je treba dobiti nekaj ljudi iz zdravniških vrst, ki bodo poskušali prepričati zdravstvene delavce, da je to, kar se pripravlja, koristno in v skladu z reševanjem krize in da drugače ne gre.

To me je spomnilo na čas, ko je kasnejši minister za zdravje prihajal na moj oddelek za HPB-kirurgijo v III. nadstropju KC gledat, kam bo preselil svoj oddelek iz »bolnišnice na robu mesta«! Šušljalo se je veliko, povedal pa nam v obraz o namerah take selitve ni nihče nič. Takrat sem se kljub »samo govoricam« in ob tihi privolitvi predstojnika klinike odločil, da grem s tem problemom v medije. Zavedal sem se, da če nas zopet stisnejo na eno polovico nadstropja v stavbi KC, ne bomo mogli razvijati pomembnega področja kirurgije in tistega oddelka, kjer se je začelo poleg ostalega tudi s transplantacijami jeter. Šel sem do uredništva zelo brane revije, jim povedal zgodbo, ki so jo objavili, in obdržali smo oddelek. Za »bolnišnico na koncu mesta« so dobili druge prostore. Ampak predsednik Sveta KC, politični funkcionar in kasnejši tajnik vlade, mi je v jezi zaradi razkritja skritih namer naložil disciplinsko kazen zaradi obveščanja javnosti o stvareh, ki so interna stvar KC-ja. Sem pa še danes hvaležen novinarju, ki me je poslušal, še več, ki je odkril ozadje nameravane selitve, kar se je kasneje izkazalo za resnično. Zemljišče, gradnje, denar, moč ... Zopet se spomnim hospicev v Bosni in se zavem, da imamo tudi pri nas zelo lepo stavbo za to, pa država ne najde denarja, da bi jo opremila in omogočila delovanje. Država, ki je mnogo razvitejša od Bosne!

In kaj je pozitivnega v tem razmišljanju, v teh asociacijah ob današnjih dogajanjih?

To, da vendarle lahko upamo, da smo zmožni odločiti o pomembnih strokovno-organizacijskih posegih, da smo se sposobni upreti temu, da o usodi stroke in našega dela odločajo drugi, to, da znamo biti čvrsti in vztrajni, kot je naš »Fides«, ki je trd pogajalec in trn v peti državni oblasti. Nihče nas ne bo

utišal, kadar se borimo za našo stroko, za kakovost našega dela in s tem za bolnike ter tudi za nas same!

Bližamo se Ljubljani in zadovoljni smo, da smo srečno pripotovali. Kmalu bo slovenski kirurški kongres in tam se bomo lahko zopet dogovarjali in snovali strategijo slovenske kirurgije, si izmenjali izkušnje, se poslušali in se vzpodbujali. Na poti se vedno nekaj dogaja ...

Na koncu mi, drage kolegice in kolegi, dragi bralci naše revije, dovolite samo še to, da v svojem imenu in skupaj z uredniškim odborom in uredništvom zaželim vam in vašim dragim lepe in prijazne praznike pa srečno in uspešno novo leto 2011.



Avtoportret

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 49,20 EUR. A single issue costs 4,10 EUR. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 8500 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.

The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XXth dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

The President of the Medical Chamber

Prim. **Gordana Kalan Živčec**, M. D.

gordana.kalan-zivcece@zzs-mcs.si

The vice-presidents of the Medical Chamber

Prof. **Mitja Košnik**, M. D., Ph. D.

Sabina Markoli, D. M. D.

The President of the Assembly

Uršula Salobir Gajšek, M. D.

The vice-president of the Assembly

Diana Terlevič Dabič, D. M. D.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The president of the Educational council

Prof. **Matija Horvat**, M. D., Ph. D.

The president of the Professional medical committee

Prof. **Radovan Hojs**, M. D., Ph. D.

The president of the Primary health care committee

Assist. **Antonija Poplas Susič**, M. D., Ph. D.

The president of the Hospital health care committee

Prof. **Mitja Košnik**, M. D., Ph. D.

The president of the Dentistry health care committee

Sabina Markoli, D. M. D.

The president of the Legal-ethical committee

Prim. assist. **Danica Rotar Pavlič**, M. D., Ph. D.

The president of the Social-economic committee

Jana Wahl, M. D., M. Sc.

The president of the Private practice committee

Prim. assist. **Dean Klančič**, M. D.

Public Relations Department

Valentin Hajdinjak, B. Sc.

Legal and General Affairs Department

Vesna Habe Pranjič, L. L. B.

Finance and Accounting Department

Jožica Osolnik, Econ.

Health Economics, Planning and Analysis Department

Nika Sokolič, B. Sc. Econ.

Training and Professional Supervision Department

Mojca Vrečar, M. B. A.



Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.

Maintaining a register of members and issuing membership cards.

Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.

Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.

Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.

Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.

The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.

Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.

Determining doctors' fees and

The Medical Chamber Of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

participating in agreeing the prices of health care services.

Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.

Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional salaries.

Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.

Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.

Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.

Assisting members to find suitable locums during their absence.

Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.

Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.

Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.

Monitoring alternative methods of treatment.

Detering prohibited and unacceptable medical practices.

Providing a free permanent consulting service to members.

Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.