

ISIS



HINKO (NE VINKO) SMREKAR
RECTE
HENDRIJK VAN SMERYGER.

SVET · JE · TAKŠEN · KO · N · ŠPITAV · † · SMRT · IMA · DOLGE · NOGE
POLHEN · REV · JE · IN · TEŽAV · † · BOG · VE · KAKO · HITRO · GRE
KAMOR · SE · ONA · ZALETI · † ·
SE · NI · MOGOČE · USTAVLJATI · †



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.

Kriza – izziv za spremembe

Konrad Kuštrin

Čas, v katerem živimo, je težak in boleč. Šepava gospodarska rast, visoka brezposelnost, posledično nizki prilivi v državno blagajno in pritisk na javni sektor. Za temi suhoparnimi dejstvi se skrivajo stiske premnogh sodržavljanov, nič krivih, da so potisnjeni na socialno dno, v boj za preživetje, mnogi v obup.

Za postavitev natančne diagnoze bolni domovini ni potrebno biti politični analitik, dovolj so osnovna medicinska znanja. Živeli smo v lažni oziroma navidezni zahodnoevropski demokraciji, polni navad prejšnjega režima. Za parolami nacionalnega interesa in državne srebrnine se je skrivala, bolj kot ne, divja privatizacija skupno ustvarjenega državnega premoženja. Kriza je kot veter razpihala meglo in družbo vidimo jasno kot še nikoli. Vidijo se posamezniki in institucije in očem najbolj dobrovernih in naivnih ljudi ni mogoče več skrivati vlog, ciljev in sredstev. Medtem ko smo bili zdravniki ob upravičenih zahtevah po spodobnem plačilu in uskladitvi delovnopravnih norm z evropskimi pogosto priče medijskim pritiskom v stilu »primite tatu«, se je nevarno razraščala državna in lokalna oblast, šolstvo postavilo sanjske standarde, pravica pa je za mnoge postala nedosegljiva. Menedžerji so si delili bajne plače in nagrade ter laskave nazive, politiki pa se predstavljali in prodajali za to, kar niso. Skoraj dvajset let po življenju v novi državi smo podpisali oziroma bili prisiljeni sodelovati pri »samoupravnem sporazumu o plačah« – novem plačnem sistemu.



Kje in kakšno je postalo slovensko zdravstvo, na katerega zdravniki kot poklicna skupina nismo imeli nikoli takšnega vpliva, kot so nam ga pripisovali? Ob dejstvu, da se bolnikom še vedno obljublja vse, takoj in zastoj, da imamo eno, vsemogočno in monopolno zavarovalnico, ki se včasih trudi prevzeti vlogo ministrstva, da je menedžment bolj ali manj povprečen, dobri pa imajo zvezane roke zaradi delovnopravne zakonodaje, da so kršitve zakonov, med drugim zakona o javnem naročanju, prej pravilo kot izjema in da so bile investicije v zdravstvu kar po vrsti zgled temu, kako se ne sme delati, so rezultati našega zdravstvenega sistema pravi mali čudež. Zasluge za to si lahko brez kančka slabe vesti pripisujemo zdravniki z marljivim, resnim in strokovnim delom, prav tako je potrebno pohvaliti večino naših sodelavcev. Čeprav tranzicijski duh in moralna erozija nista povsem obšla naših vrst, lahko večina nas pogleda svoje roke in reče: »Mani pulite.«

Ne glede na resnost krize in težke čase, ki se nam obetajo, moramo v prihodnost gledati z optimizmom, biti v pomoč in oporo kolegom, zlasti mladim, predvsem pa opraviti še veliko – ogromno dela. Izvolitev novega predsednika zdravniške zbornice je nedvomno obet za boljše čase. Skupno hišo moramo spremeniti v dom sodelovanja vseh zdravniških organizacij, da bomo lahko zgled delovanja civilne družbe. V zbornici, nedvomno potrebni in koristni, tako zdravnikom kot družbi, je potrebno izpeljati čiščenje grehov preteklosti, ne glede na boleče soočanje z resnico. V stroki, združeni v zdravniškem društvu, je nezaslišana moč znanja in izkušenj, tudi potrebne želje in volje po delu ne zmanjka. Če se je društvo odločilo za novo organiziranost v strokovnih svetih brez minimalnega vpliva politike in ima ob tem vso podporo koordinacije zdravniških organizacij, je to dobro. Le pritegniti je treba k sodelovanju vse tiste, ki so delovali v aktivnih RSK-jih, in druge, da se nihče ne bi počutil odrinjenega ali odveč. Zasebniki so nam lahko zgled v organiziranosti in racionalnosti. Veliko duha zasebnitva bo treba prenesti v javne zavode. Ne gre zanemariti kolegov, združenih v pobudo Praktikum in dens. Njen nastanek ima nedvomno tehtne vzroke v razvoju naše družbe, ki se zrcali v obremenitvah in nagrajevanju. Naši cilji so enaki in skupni, tudi poti ne morejo iti narazen.

Ob dejstvu, da politika v preteklosti mnogim nalogam ni bila kos, ne glede na velik trud in željo posameznikov iz različnih političnih garnitur, je na nas zdravnikih, združenih v Domus Medica, da posvetimo z lučjo v temo in pokažemo pot, ne glede na strmino.

Ali smo temu kos? Nedvomno!



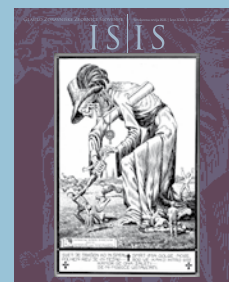


Hinko Smrekar: *Svet je takšen ko 'n špítav...*, ok. 1914/1915 (fotoarhiv Inštituta za zgodovino medicine MF UL).

Motiv smrti je Smrekar pogosto uporabil v svojih karikaturah kot prisposobo za svet, v katerem živimo. Karikatura na naslovnici je še danes aktualna zaradi vojn, množičnih naravnih in številnih drugih nesreč, bolezni, lakote, pomanjkanja. Smrt tudi ne razdvaja in nikomur ne prizanaša; niti bogatim niti ženskam ali moškim, celo otrokom ne. Slepo sledi pergamentu s seznamom žrtev in se nikdar ne ustavi.

Naslovnico pripravila Senta Jaunig

Avtor logotipa: Primož Kalan, oblikovanje naslovnice: Andrej Schulz



Kazalo

■ UVODNIK

Kriza – izziv za spremembe 3

Konrad Kuštrin

■ ZBORNICA

Nadomestne volitve v volilni enoti
ZZ3 regije Zasebni zdravniki Slovenije 9

Seminarji in delavnice za člane
Zdravniške zbornice Slovenije 9

Razpored seminarjev in prijave 13

■ AKTUALNO

Dobrodelni koncert za hišo hospica 14

Manca Košir, Andrej Možina

Poplave v Spodnjem Dupleku 15

Vojislav Ivetić

■ IZ EVROPE

Zdravniki dežele Salzburg
demonstrirajo proti t. i. *Null-Lohnrunde* 17

Štajerska zdravniška zbornica:
Postopek proti funkcionarjem ustavljen 17

Na voljo takoj: App za varnost pacientov 17

Kako se je več pacientov razdelilo po bolnišnicah 18

■ FORUM

Polemične nadaljevanke (prispevki za
šolo medijskega sporočanja v medicini) 19

Alojz Ihan

Pismo uredniku 22

Andrej Robida

Katera stanja v medicini zahtevajo
hitro oziroma nujno ukrepanje?? 22

Jurij Us

Smo se iz anhovskega primera kaj naučili? 23

Irena Manfreda

O prostem trgu zobozdravstvenih storitev 24

Domen Vidmar

Koliko je v Sloveniji vredno človekovo življenje? 25

Iztok Tomazin

■ INTERVJU

Dr. David Mishaly, izraelski otroški
kardiovaskularni kirurg, ki uspešno operira
in uči naše srčne kirurge v UKC Ljubljana 29

Štefan Grosek

Genetska afera 33

Alojz Ihan

■ IZ ZGODOVINE MEDICINE

Karikatura, medicina in Hinko Smrekar 35

Senta Jaunig

Razvoj dentalne medicine v svetu in
na Stomatološki kliniki v Ljubljani 39

Zvonka Zupanič Slavec

■ OBLETNICA

Jubilej Metode Rejc Novak, dr. dent. med. 49

Anamarija Čigon, Maja Ovsenik, Franc Farčnik

■ ZANIMIVO

Opolnomočenje bolnika s sladkorno boleznijo 51

Karin Kanc Hanžel

Texas Medical Center – slovenska učna oaza čez lužo 53

Žiga Snoj

Slovenske knjige v »drvarnici« in nekaj
drugih medvojnih otroških spominov 55

Jurij Kurillo

■ MEDICINA

Svetovni dan ledvic in deset
resnic o kronični ledvični bolezni 58

Jelka Lindič

Prve izkušnje pri uvajanju
neinvasivnega predrojstnega testiranja
najpogostejših aneuploidij v Sloveniji 63

Anamarija Brezigar

Klinični register bolnikov z rakom pljuč 67

Tanja Čufer, Mitja Košnik

Komorbidnost: podcenjeni socialnomedicinski,
psiho-socialni in psihiatrični problem 68

Dušan Nolimal, Sean Ivan Nolimal

Uporaba novih peroralnih antikoagulacijskih zdravil v zdravljenju bolnikov z atrijsko fibrilacijo in veno tromboembolijo 75

Monika Štalc, Tjaša Vižintin Cuderman, Nina Vene, Alenka Mavri

Uporabna kardiologija 2013 – dobra vprašanja si zaslužijo dobre odgovore 78

Marko Gričar

Srečanje ekspertne skupine o klopnem meningoencefalitisu 80

Zoran Simonovič, Irena Grmek Košnik

19. tradicionalno srečanje slovenskih in hrvaških intenzivistov 82

Štefan Grosek

Prvo evropsko srečanje mladih urgentnih zdravnikov – kje smo v Sloveniji? 84

Sabina Zadel

Seja Sveta EBCOG in seja Odbora za izobraževanje 85

Živa Novak Antolič

■ STROKOVNE PUBLIKACIJE

Zvonka Dremelj, Andrej Kastelic, Tatja Kostnapfel Rihtar: Testiranje na prisotnost prepovedanih psihoaktivnih snovi 87

Jasna Čuk Rupnik

■ V SPOMIN

Prof. dr. Anton Dolenc, dr. med. 88

Tomaž Rott

■ S KNJIŽNE POLICE

Gregor Jenuš: Ko je Maribor postal slovenski. Iz zgodovine nemško-slovenskih odnosov v Mariboru od konca 19. stoletja in v prevratni dobi 90

Marjan Kordaš

■ STROKOVNA SREČANJA 92

■ MALI OGLASI 109

■ ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

Kultura bo ohranila slovenski narod 110

Ksenija Slavec

Jubilej Metode Rejc Novak, dr. dent. med. Anamarija Čigon, Maja Ovsenik, Franc Farčnik



Zdravniški orkester »Camerata medica« 113

Pavle Košorok

»Au«-foristična tinktura 115

Janez Tomažič

Gorgona in Perzej 116

Andrej Rant

Jalov cvet 116

Andrej Rant

Slovo 116

Andrej Rant

Pomladno jutro 116

Rafael Podobnik

Pridi nezavedno 116

Rafael Podobnik

Belize 117

Urška Gantar Rott, Tomaž Rott

35. Iatrosski 120

Jasna Čuk Rupnik

■ ZAVODNIK

Empatija in zaupanje 122

Matjaž Zwitter

Impressum

LETO XXII., ŠT. 3, 1. marec 2013
natisnjeno 9250 izvodov
datum tiska: dan pred izidom
UDK 61(497.12)(060.55)
UDK 06.055:61(497.12)
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK / PUBLISHED BY

Zdravniška zbornica Slovenije
The Medical Chamber of Slovenia
Dunajska cesta 162, p. p. 439,
1001 Ljubljana
W: <http://www.zdravnikazbornica.si>
T: 01/ 30 72 100, F: 01/ 30 72 109
E: gp.zzs@zzs-mcs.si
Transakcijski račun: 02014-0014268276

PREDESEDNIK / PRESIDENT

prim. Andrej Možina, dr. med.

UREDNIŠTVO / EDITORIAL OFFICE

Dunajska cesta 162, p. p. 439,
1001 Ljubljana
W: <http://www.zdravnikazbornica.si>
Isis online: ISSN 1581-1611
T: 01/ 30 72 152, F: 01/ 30 72 109
E: isis@zzs-mcs.si

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

prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.
E: alozj.ihana@mf.uni-lj.si
T: 01/543 74 93

TEHNIČNA UREDNICA, LEKTORICA / EDITOR, REVISION

Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.
E: marta.brecko@zzs-mcs.si

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI / EDITORIAL BOARD AND JOURNALISTS

prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.
izr. prof. dr. Vojko Flis, dr. med.
prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.
prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med.
prof. dr. Boris Klun, dr. med., v. svet.
akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.
prof. dr. Crt Marinček, dr. med., v. svet.
asist. mag. Marko Pokorn, dr. med.
prim. doc. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.
prof. dr. Tomaž Rott, dr. med.
asist. Aleš Rozman, dr. med.
akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr. med., v. svet.
prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med., v. svet.
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, Marko Mastnak,
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. 439,
1001 Ljubljana
T: 01/ 30 72 152, F: 01/ 30 72 109
E: isis@zzs-mcs.si

TISK / PRINTED BY

Tiskarna Pove,
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
meseč. 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
zvezam. Če ni mogoče najti slovenske
ustreznice, morate tujo besedo ali
besedno zvezo, ko jo uvedete v besedilo,
razložiti.

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

Ker izbrane prispevke honoriramo,
pripisite polni naslov stalnega bivališča,
davčno številko, davčno izpustavo,
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 med-
narodno 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 sponsorjev 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 (naroč-
nike) je 49,20 EUR, če je prejemnik
glasila v tujini, se dodatno zaračunajo
stroški poštnine po veljavnem ceniku
Pošte Slovenije. Posamezna številka za
nečlane stane 4,47 EUR. 8,5-odstotni
davek na dodano vrednost je vračunan v
ceni. Poštnina je plačana pri pošti 1102
Ljubljana.

ISIS

Sodelovali

Prim. Anamarija Brezigar, dr. med.,
MEDICINSKA GENETIKA,
družba za zdravstvene dejavnosti,
d. o. o., Ljubljana • **Anamarija Čigon**,
dr. dent. med., Čigon Anamarija –
Stomatološka ordinacija, Ljubljana
• **Prof. dr. Tanja Čufer**, dr. med.,
Univerzitetna klinika za pljučne
bolezni in alergijo Golnik • **Prim.**
Jasna Čuk Rupnik, dr. med., ZD
Logatec • **Prof. dr. Franc Farčnik**,
dr. dent. med., Orthos, Ljubljana
• **Urška Gantar Rott**, dr. med.,
Ljubljana • **Asist. Marko Gričar**,
dr. med., Univerzitetni klinični
center Ljubljana, SPS Interna
klinika, KO za kardiologijo • **Doc.**
dr. Irena Grmek Košnik, dr. med.,
Zavod za zdravstveno varstvo
Kranj • **Doc. dr. Štefan Grosek**,
dr. med., Univerzitetni klinični
center Ljubljana, SPS Kirurška
klinika, KO za otroško kirurgijo in
intenzivno terapijo • **Prof. dr. Alojz**
Ihan, dr. med., Univerza v Ljubljani,
Medicinska fakulteta, Inštitut za
mikrobiologijo in imunologijo •
Asist. Vojislav Ivetič, dr. med.,
SAVA MED, Zdravstvene storitve
in svetovanje, d.o.o., Spodnji Duplec
• **Senta Jaunig**, univ. dipl. etnolog,
Medicinska fakulteta Univerze v
Ljubljani, Inštitut za zgodovino
medicine • **Dr. Karin Kanc Hanžel**,
dr. med., Jazindiabetes, d.o.o.,
Ljubljana • **Akad. prof. dr. Marjan**
Kordaš, dr. med., Ljubljana • **Manca**
Košir, Ljubljana • **Prof. dr. Mitja**
Košnik, dr. med., višji svetnik,
Univerzitetna klinika za pljučne
bolezni in alergijo Golnik • **Doc. dr.**
Pavle Košorok, dr. med., Iatros – dr.
Košorok, d.o.o., Ljubljana • **Jurij**
Kurillo, dr. med., Kranj • **Konrad**
Kuštrin, dr. med., Fides sindikat
zdravnikov in zobozdravnikov
Slovenije • **Doc. dr. Jelka Lindič**,
dr. med., svetica, Univerzitetni
klinični center Ljubljana, Interna
klinika, KO za nefrologijo • **Mag.**
Irena Manfreda, dr. med., Medicina
prometa, dela in športa, d.o.o.,

Zagorje ob Savi • **Doc. dr. Alenka**
Mavri, dr. med., Univerzitetni
klinični center Ljubljana, SPS
Interna klinika, KO za žilne
bolezni • **Mag. Dušan Nolimal**,
dr. med., Inštitut za varovanje
zdravja RS • **Sean Ivan Nolimal** •
Prof. dr. Živa Novak Antolič, dr.
med., Univerzitetni klinični center
Ljubljana, SPS Ginekološka klinika •
Izr. prof. dr. Maja Ovsenik, dr.
dent. med., Univerzitetni klinični
center, SPS Stomatološka klinika •
Prim. mag. Rafael Podobnik, dr.
dent. med., Nova Gorica • **Andrej**
Rant, dr. dent. med., Ljubljana •
Izr. prof. dr. Andrej Robida, dr.
med., Bled • **Prof. dr. Tomaž Rott**,
dr. med., Ljubljana • **Asist. Zoran**
Simonovič, dr. med., Zavod za
zdravstveno varstvo Maribor •
Ksenija Slavec, absolventka medicine
na MF v Ljubljani • **Žiga Snoj**, dr.
med., Univerzitetni klinični center
Ljubljana • **Dr. Monika Štalc**, dr.
med., Univerzitetni klinični center
Ljubljana, SPS Interna klinika,
KO za žilne bolezni • **Prim. dr.**
Iztok Tomazin, dr. med., Osnovno
zdravstvo Gorenjske, ZD Tržič •
Prof. dr. Janez Tomazič, dr. med.,
Univerzitetni klinični center
Ljubljana, Klinika za infekcijske
bolezni in vročinska stanja • **Prim.**
Jurij Us, dr. med., Medvode • **Asist.**
dr. Nina Vene, dr. med., Univerzitetni
klinični center Ljubljana, SPS Interna
klinika, KO za žilne bolezni • **Domen**
Vidmar, dr. dent. med., VIDMAR &
CO., zobozdravstvo, k.d., Ljubljana •
Asist. dr. Tjaša Vižintin Cuderman,
dr. med., Univerzitetni klinični center
Ljubljana, SPS Interna klinika, KO
za žilne bolezni • **Sabina Zadel**,
dr. med., Zdravstveni dom dr.
Adolfa Drolca Maribor • **Prof. dr.**
Zvonka Zupanič Slavec, dr. med.,
Medicinska fakulteta Univerze v
Ljubljani, Inštitut za zgodovino
medicine • **Prof. dr. Matjaž Zwitter**,
dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana

Nadomestne volitve v volilni enoti ZZ3 regije Zasebni zdravniki Slovenije

Obveščamo vas, da je bila na nadomestnih volitvah v volilni enoti ZZ3 (Zasebni zobozdravniki MB - PO - MS) regije Zasebni zdravniki Slovenije, ki so potekale 22. 1. 2013, za

ново poslanko skupščine Zdravniške zbornice Slovenije izvoljena Manja Pavlič, dr. dent. med.

Seminarji in delavnice za člane Zdravniške zbornice Slovenije

Marec

Oralno zdravje za zdravo življenje - strokovno srečanje ob svetovnem dnevu oralnega zdravja

Odbor za zobozdravstvo Zdravniške zbornice Slovenije organizira strokovno srečanje ob svetovnem dnevu oralnega zdravja »Oralno zdravje za zdravo življenje«, na katerem bodo predstavljene aktualne strokovne teme s področja oralnega zdravja.

FDI – Svetovno združenje zobozdravnikov je letos za svetovni dan oralnega zdravja določilo 20. marec. Ob tem dnevu bodo tako na globalni, regionalni in nacionalni ravni potekale raznovrstne aktivnosti, ki promovirajo oralno zdravje, ozaveščajo ljudi o pomenu preventivnih dejavnosti, saj dobro oralno zdravje pripomore k zmanjševanju kroničnih obolenj ter izboljševanju splošnega zdravja in dobrega počutja ljudi. V ta namen želimo k sodelovanju povabiti čim več zobozdravstvenih delavcev, izobraževalnih institucij in predstavnikov medijev, da bi sporočilo svetovnega dneva oralnega zdravja doseglo čim večje število ljudi.

Bolezni zob in obzobnih tkiv spadajo med najbolj razširjene kronične bolezni. Obolevnost svetovnega prebivalstva za nekaterimi oblikami bolezni zob in obzobnih tkiv (karies, parodontalne bolezni ali karcinomi ustne votline) je **90 %**. Posledice le-teh pomembno vplivajo na splošno zdravje, družbeno ter ekonomsko stanje posameznika in družbe. Hkrati se možnosti kakovostnega zdravljenja oralnih bolezni z razvojem stroke in tehnologije večajo in

zobozdravniški timi s kakovostno oskrbo in ozaveščanjem prebivalstva v veliki meri pripomoremo k ohranitvi zobovja in zdravih obzobnih tkiv v vseh življenjskih obdobjih.

Priznani strokovnjaki nam bodo predstavili organizacijo, cilje in dosežke zobozdravstvene preventive v Sloveniji, pomembnost ozaveščanja o pomenu oralnega zdravja že pred rojstvom otroka. Deklaracija Združenih narodov o nenalezljivih boleznih iz leta 2011 je prepoznala oralno zdravje kot pomemben dejavnik tveganja v razvoju mnogih kroničnih bolezni. Zato bomo eno od predavanj namenili vplivu zdravja obzobnih tkiv na kronične bolezni, s poudarkom na diabetesu.

V drugem delu srečanja se bomo seznanili z Direktivo EU o medicinskih pripomočkih, ki govori o pomembni sledljivosti materialov in pripomočkov, ki jih uporabljamo, in Direktivo EU o varnosti pacientov.

Po statistiki Kliničnega oddelka za maksilofacialno kirurgijo UKC Ljubljana 80 % rakov ustne votline odkrijemo v zobnih ambulantah, zato bo eno od predavanj namenjeno pomembnosti rednih pregledov pri zobozdravniku kot najboljši preventivi v odkrivanju raka ustne votline.

Pozvali smo Ministrstvo za zdravje, da nam kot pokrovitelj srečanja predstavi vizijo delovanja zobozdravstvenega sistema po letu 2014, ko bo stopila v veljavo Direktiva o prostem pretoku blaga in storitev.

Strokovno srečanje bo potekalo **v soboto, 23. marca 2013, v Modri dvorani Domus Medica, Dunajska cesta 162, Ljubljana**, in je namenjeno zobozdravnikom, šolskim zdravnikom, pediatrom, splošnim zdravnikom in vsem zobozdravstvenim delavcem.

Spoštovane kolegice in kolegi, veselimo se ponovnega srečanja in vaše udeležbe.

Organizacijski odbor Odbora za zobozdravstvo ZS

Program in prijavo najdete na naši spletni strani.

Kotizacija: 120 EUR (z DDV), **za člane ZS in druge zobozdravstvene delavce 84 EUR (z DDV)**. Kotizacija vključuje tudi kosilo in parkiranje.

Strokovnemu srečanju je dodeljenih **5 kreditnih točk** za podaljšanje licence.

April

Marec

Nujna medicinska pomoč za ekipe v zobozdravstvu (delavnica)

Namen tečaja je, da osveži in obogati znanje in veščine s področja temeljnih postopkov oživljanja in defibrilacije ter prepoznavanja in pravnega ukrepanja ob nekaterih nujnih stanjih (tujki v zgornjih dihalih, akutni koronarni sindrom, akutna možganska kap, motnje zavesti, anafilaktična reakcija).

Tečaj je namenjen doktorjem dentalne medicine in njihovim timom.

Tečaj obsega:

- predstavitev vzrokov za nenaden zastoj življenjskih funkcij
- prepoznavo zastoja življenjskih funkcij
- pravilno ukrepanje ob zastoj življenjskih funkcij (temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomatskega defibrilatorja)
- uporabo pripomočkov pri oživljanju
- skrb za varnost in uporabo zaščitnih sredstev pri oživljanju
- shema aktivacije službe nujne medicinske pomoči
- predlog seznama opreme, ki se uporablja za nujna stanja
- reševanje zapletov, ki se pojavljajo med oživljanjem
- prepoznavanje in ukrepanje ob tujkih v zgornjih dihalih, akutnem koronarnem sindromu in akutni možganski kapi
- prepoznavanje, najpogostejši vzroki in ukrepanje ob nenadnih motnjah zavesti
- prepoznavanje in ukrepanje ob anafilaktičnih reakcijah

Tečaj je sestavljen iz teoretičnega in praktičnega dela,

ki sta prilagojena posebnostim obravnave nujnih stanj v zobni ambulanti. Praktični del je sestavljen iz vaj na modelih in ravnanja z opremo. Simulacija primerov je pripravljena tako, da predstavimo primer pacienta v zobni ambulanti, zobozdravnik in njegova medicinska sestra pa morata pravilno ukrepati. Ostali opazujejo dogajanje, na koncu sledi analiza ter ocena pravilnosti ukrepanja.

Tečaj vodi mag. Mitja Mohor, dr. med., spec. splošne in urgentne medicine, vodja službe NMP ZD Kranj s sodelavci.

Marec

Odnos s pacienti - Kako rečem »NE« brez občutka krivde (seminar)

Kdaj prijaznost postane ustrežljivost in z njo škodimo sebi?

Biti empatičen, sočuten in se poglobiti v občutenje soljudi je lepa vrednota, ki je v zdravniškem poklicu potrebna, saj nas prav ta lastnost naredi dobre strokovnjake in dobre ljudi. Kje pa so meje empatije in kdaj naj »vklopim« asertivnost – zagovarjam svoje meje tako, da sem prijazen/prijazna do soljudi?

Pacient tarna in se pritožuje, kako ga boli hrbtenica in da ne more delati. Diagnoza tega ne pokaže. Vse kaže na to, da hoče izsiliti bolniški dopust. Pacient pritiska. Kako rečem »ne«, da ohranim svojo strokovno avtoriteto in človeško dostojanstvo?

Kako in predvsem v katerih primerih rečem »ne« svojim otrokom, da nisem ustrežljiv/-a ali pretirano zahteven/-a, temveč se zavedam, da je »ne« najboljša rešitev, tudi če se sam/-a ne počutim tako.

Z asertivnim vedenjem se ne rodimo. Postaviti se zase in ohraniti dostojanstvo sogovornika je umetnost, ki se je učimo vse življenje. Zakaj se občasno, ko sem odločen ali se postavim zase – počutim krivega? Zakaj me situacije, ko prevladam, navdajo z občutkom krivde?

Marec

Učinkovito reševanje konfliktov s pacienti (seminar)

Konflikte večina ljudi zaznava kot negativne, ker imajo slabe izkušnje z njihovim razreševanjem. Vendar so konflikti tudi pozitivni, ker nas prebudijo, pripravijo do tega, da se postavimo za svoja mnenja in stališča ter se aktiviramo za spremembe. Udeleženci seminarja se bodo naučili, **kako uspešno razreševati konfliktna situacije**. Ozavestili si bodo tudi, katere strategije zavzemamo v konfliktnih situacijah. Cilji seminarja so: trening strategij reševanja konfliktov, konfrontacija s sogovornikom, trening odstranjevanja ovir pri doseganju soglasja, prikaz in trening tehnike odpravljanja notranjih (osebnih) konfliktov.

Redna mesečna srečanja

To so srečanja udeležencev delavnic o komunikaciji in so brezplačna. Na srečanjih boste lahko ponovili, kar smo se učili. Potekala bodo vsako prvo sredo v mesecu od 16.00 do 19.30. Najprej bomo na kratko ponovili temo, ki jo bomo obravnavali na srečanju, nato boste vadili – igre vlog, tako kot na delavnici. Imeli boste možnost ponoviti, podeliti svoje dobre in manj dobre izkušnje, ko ste v praksi izvajali nove veščine, in seveda boste lahko spraševali.

Konfrontacija v odnosu s pacienti – doseganje soglasja (delavnica)

Marec

Kako se soočiti z ljudmi, ki želijo vedno imeti prav in nas s tem prisilijo, da se postavimo v podrejen položaj?

Dialog se je sprevrgel v napad. Sogovornik je začel zagovarjati svoje mnenje in kar koli povemo, nas ne sliši. Samo on/ona ima prav in nihče drug. Samo njena/njegova rešitev je prava in absolutno prava.

»Morski pes« se je postavil v pozicijo moči – nihče mi nič ne more – jaz bom zmagal. S takim sogovornikom imamo dve možnosti: borimo se z močjo ali argumenti.

Če se odločimo za »borbo« z argumenti, se je potrebno naučiti oblikovati argumente. Pred tem pa se je potrebno naučiti, kako ohranimo naravnost notranje moči, ko nas napadajo.

Na delavnici bomo vadili oboje: ohraniti notranje ravnovesje ob napadu in oblikovati argument, s katerim lahko prepričamo »morskega psa«.

Etika na prepihu: Medicinska dokumentacija ter izdaja zdravniških potrdil

April

Vabimo vas na prvo v sklopu strokovnih srečanj pod skupnim naslovom Etika na prepihu, namenjeno vsem, ki se srečujejo s pogostimi, vendar pomembnimi etičnimi problemi in dilemami. Poleg pogovora o medicinski dokumentaciji bomo tokrat spregovorili tudi o vlogi zdravniških potrdil, zato bo tematika zanimiva za izbrane zdravnike, specialiste medicine dela, prometa in športa, imenovane zdravnike, sodne izvedence in tiste, ki jih zanima beleženje ter posredovanje medicinske dokumentacije.

Slovenska ustava med človekovimi pravicami in temeljnimi svoboščinami posebej varuje nedotakljivost človekove telesne in duševne celovitosti, njegove zasebnosti ter osebnostnih pravic (35. člen). Posebej je urejena ustavna pravica do varstva osebnih podatkov (38. člen), kamor sodijo tudi zdravstveni podatki. Pri delu z bolniki se še vedno srečujemo z okoliščinami, v katerih si laična javnost, neredko pa tudi stroka različno razlagata medicinsko dokumentiranje. Kaj vse je koristno zapisati v zdravstveno dokumentacijo? Kje so meje glede vpisa opažanj, ki jih posredujejo svojci? Ali je modro zapisati vsa nesoglasja, ki jih srečujemo pri obravnavi »težavnega bolnika«? Kdo vse lahko vpogleda v zdravstveno dokumentacijo obolele osebe? Kakšne pristojnosti do vpogleda in koordiniranja oskrbe imajo asistenti invalidov ter pooblaščenca za finančne zadeve oseb, ki jim ni bila odvzeta opravilna sposobnost?

Takšna in podobna vprašanja se izbranim zdravnikom porajajo tudi ob zahtevah, izraženih s strani specialistov medicine dela oz. imenovanih zdravnikov. Zgodi se, da izbrani zdravnik in njegov bolnik lahko kar nekaj časa ostaneta brez izvidov (kopiranje celotnih kartotek je za mnoge medicinske sestre in zdravnike nepotrebno tratenje časa). Podobno se dogaja tudi pri posredovanju dokumentacije različnim zavarovalnicam, sodnim izvedencem ipd. Na srečanju bomo odgovorili tudi na vprašanja glede reševanja »vdora« v elektronski karton in o dolžnosti zaščite elektronske dokumentacije.

Sklepni del srečanja bo namenjen vlogi zdravniških potrdil. Pri svojem delu se izbrani zdravnik ne srečuje le z zdravniškim potrdilom o upravičeni odsotnosti z naroka glavne obravnave ali drugega procesnega dejanja pred sodiščem ter s potrdilom za odlog prestajanja zaporne kazni, temveč tudi s celo kopico drugih potrdil, kot je npr. potrdilo za Planinsko zvezo o telesni in duševni sposobnosti (za 8 do 10 ur hoje dnevno do nadmorske višine 2.500 m). Na videz banalne zadeve se lahko v praksi zelo zapletejo.

Na vprašanja udeležencev bodo odgovarjali strokovnjaki s področja sodne medicine, prava, medicinskega izvedenstva, družinske medicine ter medicine dela, prometa in športa. Organizatorji se bomo potrudili, da bo izobraževanje pomagalo razjasniti obstoječe dileme, ki izhajajo iz vsakodnevnega dela. Sledili bomo tudi pobudam za pripravo srečanj s sorodno tematiko.

Maj

Seminar za zasebne zdravnike in zobozdravnike

Seminar je namenjen tako zdravnikom, ki že imajo zasebno dejavnost, kot tistim, ki se nanjo šele pripravljajo. Predstavljene bodo aktualne teme s področja zasebnega delovanja zdravnikov, pravni predpisi, postopki za podeljevanje koncesij, pravila zavarovalnice, načini obračunavanja storitev, vse o nadzorih in zdravnikovi odgovornosti ter o financiranju zdravstvenih storitev. Dotaknili se bomo tudi zasebnitva v EU, perspektiv v Sloveniji in oblik pomoči, ki jih zasebnikom nudi zbornica.

Odgovorili bomo na konkretna vprašanja, npr. kdo lahko izdaja napotnice.

Del seminarja bo ločeno namenjen zdravnikom (o sodelovanju med zasebniki in javnim zdravstvenim zavodom) in zobozdravnikom (storitveni sistem v zobozdravstvu).

Na koncu pa bosta predstavljeni še temi finance v zasebni dejavnosti in davek na dodano vrednost.

April

Marec

Mediacijske veščine in mediator v zdravstvu

Poznavanje in obvladovanje mediacijskih veščin je nepogrešljiv element reševanja nesoglasij, izboljšanja medosebnih odnosov tako na osebnem kot tudi poslovnem področju ter posledično vodilo do večje strokovnosti dela.

Mediacija ali uporaba mediacijskih veščin v zdravstvu pomaga pri reševanju konfliktov:

- med zaposlenimi v zdravstvu,
- med zdravstvenimi delavci in pacienti/njihovimi svojci ter
- zdravstvenimi delavci, vodji zavodov in ostalimi subjekti, s katerimi slednji prihajajo v medsebojno sodelovanje.

Cilji usposabljanja:

- udeležence seznaniti s pojmom mediacija in temeljnimi mediacijskimi veščinami,
- udeležence usposobiti za reševanje konfliktov s pomočjo mediacijskih veščin v vsakovrstnih sporih med različnimi udeleženci,
- udeležence naučiti voditi proces mediacije v zdravstvu,
- po uspešno zaključenem usposabljanju bodo udeleženci uvrščeni na listo mediatorjev v zdravstvu pri Zdravniški zbornici Slovenije.

Usposabljanje je namenjeno:

- zdravstvenim delavcem: zdravnikom, zobozdravnikom,
- osebami, ki jih zanima mediacija v zdravstvu.

Število udeležencev:

Skupina šteje največ 20 udeležencev.

Časovni obseg programa usposabljanja:

Program usposabljanja traja 75 ur (100 pedagoških ur) + 14 pedagoških ur e-učilnice.

Pedagoške ure potekajo interaktivno, v obliki treningov, vaj, iger vlog, primerov in e-učilnice. Med predavatelji in udeleženci je aktivno sodelovanje.

Udeleženci po končanem usposabljanju opravljajo izpit (pisni in ustni).

Razpored seminarjev in prijave

ŠT.	NASLOV STROKOVNEGA SREČANJA	DATUM	URA	PRIJAVNICA	SPI TOČKE	KOTIZACIJA
1.	Učinkovito reševanje konfliktov s pacienti <i>(seminar)</i>	marec: 14. 3. 2013	9.00–16.00	na spletu	5,5	120 EUR (DDV je vključen), upokojenci imajo 25 % popust
2.	Konfrontacija v odnosu s pacienti – doseganje soglasja <i>(delavnica)</i>	marec: 15. 3. 2013	9.00–16.30	na spletu	6	144 EUR (DDV je vključen), upokojenci imajo 25 % popust
3.	Odnos s pacienti – Kako reči »ne« brez občutka krivde <i>(seminar)</i>	marec: 21. 3. 2013	9.00–16.00	na spletu	5,5	120 EUR (DDV je vključen), upokojenci imajo 25 % popust
4.	Oralno zdravje za zdravo življenje, ob svetovnem dnevu oralnega zdravja	marec: 23. 3. 2013	9.00–16.00	na spletu	5	120 EUR (z DDV), za člane ZZS in druge zobozdravstvene delavce 84 EUR (z DDV), kotizacija vključuje tudi kosilo in parkiranje
5.	Seminar o utrujenosti	v pripravi	9.00–16.00	na spletu	v postopku	
6.	Etika na prepihu: Medicinska dokumentacija ter izdaja zdravniških potrdil	april: 18. 4. 2013	12.00 – 19.40	na spletu	v postopku	na spletu
7.	Nujna medicinska pomoč, delavnice za dr. dent. med.	marec: 9. 3. 2013 april: 6. 4. 2013 13. 4. 2013	8.00–15.30	mic@zss-mcs.si	8	147 EUR (DDV je vključen)
8.	Seminar za zasebne zdravnike in zobozdravnike	maj 2013	9.00 – 18.30	na spletu	v postopku	na spletu
9.	Mediacijske veščine in mediator v zdravstvu <i>(100-urni tečaj)</i>	7. 3. 2013–12. 4. 2013 (datumi so na spletu)	9.00–14.00 (četrtek) 9.00–19.00 (petek)	mic@zss-mcs.si	v postopku	na spletu

Svoja vprašanja in predloge lahko pošljete na: mic@zss-mcs.si. Za dodatne informacije pokličite na 01 30 72 191 (ga. Mojca Vrečar) ali obiščite našo spletno stran <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

Dobrodelni koncert za hišo hospica

Nocoj je bilo govora o ljubezni

Manca Košir

Ganjena. Hvaležna. Srečna. To so občutja, ki me prevevajo po dobrodelnem koncertu za hišo hospica v Operi. Moje srce je radostno in z molitvijo na šepetajočih ustnicah se zahvaljujem vsem, ki so nam podarili nepozabna doživetja v ljubljanski Operi nocoj. Zdravniki so tako lepo igrali, kot jih še nisem slišala. Terrafolk je naredil v hipu ljudsko praznovanje, nas povezal v skupnost in ustvaril čarovnijo, ki so je sposobni samo ti krasni fantje, virtuozji na svojih inštrumentih, in z mnogimi sobanami humorja, radoživosti, strasti, melanholije in globoke vizije v svoji duši. Ne moreš tako igrati kot oni, če nisi genialen. Ne moreš ustvariti takega vzdušja, kot so ga oni, če nisi nenormalen. Nenormalno velikodušen in predan svoji muzi.

Nimam besed, ki bi lahko zapele hvalnico nocojšnjemu velikemu dogodku, na katerem je primarij Andrej Možina s svojo senzibilnostjo in razumevanjem delovanja hospica povezal medicino in nas, ki v hospicu spremljamo umirajoče, v skupno delovanje in skrb za bolne do konca. Njegov govor, ki ga ni bral s papirja, temveč iz svojega srca, je bil zgodovinski za slovenske zdravniške razmere. Klanjam se vam, gospod primarij, kanjam do tal! Vam pa posredujem besedilo, ki se mi je spisalo tik pred koncertom na papir kar samo od sebe in sem ga potem na odru v Operi malo brala, malo pa povedala na izust. Z največjo radostjo Hafisovo pesem, ki je navdihnila celotno pripravo na ta naš koncert in bila z menoj dva zadnja meseca, ko sem delala skoraj ves prosti čas za to, da bi nam uspelo, kar nam je nocoj čisto zares. Uspel nam je odličan koncert pred razprodano dvorano. Hura!

Tole sem govorila: »Nocoj smo se zbrali ljudje odprtih src in velikih naročij. Zbrali zato, da rečemo DA radosti bivanja, da objamemo Življenje od prvega vdiha do poslednjega izdih. Da izkažemo zavedanje svoje minljivosti in terjamo dostojanstveno odhajanje in lepo smrt. Zbrali smo se, da v luči tega zavedanja podpremo delovanje prve slovenske hiše hospica na Hradeckega 20 v Ljubljani, kjer hudo bolne sprejemamo z ljubeznijo in milino. Jih obravnavamo v njihovi celovitosti kot telesna, duševna, duhovna in socialna bitja in varujemo njihovo integriteto tako, da prisluhnemo njihovim potrebam in ne svojim konceptom. Z izjemnimi umetniki se bomo družili potemtakem zato, da SKUPAJ potrdimo zavezo etičnemu življenju in umiranju.

O čem bomo muzicirali, govorili, peli, plesali nocoj? Naj si sposodim pesem velikega sufijskega mistika Hafisa iz



14. stoletja, ki pravi: Nocoj bo govora o ljubezni/ in jutri zvečer prav tako./ Pravzaprav/ ne vem za nič bolj/ primernega,/ o čemer bi lahko govorili,/ dokler ne bom umrl!

Dobili ste programski listič, po katerem bomo sledili koncertnim točkam. Naj le povem, da bo koncert dodelen. Slišali smo že prelepo *Zrejlo je žito* operne pevke Norine Radovan, za menoj prideta na oder kantavtor Boris Cavazza in kitarist Igor Leonardi s pretresljivo pesmijo Borisovi ženi v slovo *Let mrtve ptice*. Potem pa oder in naša srca osvojijo dobri ljudje, ki znajo tudi medicino, člani zdravniškega orkestra Camerata medica. Sledil bo pozdravni nagovor predsednika Zdravniške zbornice Slovenije primarija Andreja Možine in zahvalna beseda predsednice Slovenskega društva hospic Tatjane Fink. V drugem delu koncerta bodo nastopili priljubljeni muzikanti Terrafolk z gosti, genialni in predani umetniki, ovenčani z najvišjimi evropskimi nagradami za vrhunske interpretacije. Z dvema besedama: čisti užitek!

Naj za konec še izrečem upanje, da bo dobrodelni koncert za hišo hospica postal tradicionalen in se bomo srečevali vsako leto konec januarja v tej krasni dvorani. Zaupam, da nam bo to s tako plemenitimi ljudmi, ki so delali ta koncert, z našim srčnim pokroviteljem *VIVO – revija za boljše življenje*, in kajpada z dobrosrčnimi donatorji ter vsemi vami, ki ste napolnili dvorano nocoj, brez dvoma uspelo. Navdiha in radosti poln večer želim!«

In prav tak je bil nocojšnji večer: navdihujoč in poln radosti. Enkrat in nepozaben. Ker je govoril o ljubezni.

Dame in gospodje in vsi, ki v srcu dobro mislite!

Andrej Možina

Medicina dela čudeže. Spočeti življenje v epruveti ali presajati človeške organe, nič posebnega, porečemo dandanes. Znanost, napredek in inovativna medicina kot da ne poznajo ovir. Zdi se, da medicina zmore vse. In vendarle, *memento mori*, tu kot da se je čas ustavil, kot da se stoletja ni nič spremenilo.

Za zdravnika je ločnica med življenjem in smrtjo kot tančica. Pri svoji vnemi po premagovanju bolezni zremo smrti v oči skoraj sleherni dan, nikoli se ji ne uklonimo, za nas ostaja smrt naravni, a spoštljiv nasprotnik. In vendar pride tudi trenutek, ko moramo odnehati, položiti orožje in priznati poraz. Težko prenašamo poraze zdravniki, še težje zapuščamo bolnike, ki jim ne moremo več pomagati. Tako smo se zavezali Hipokratu. In če to že moramo storiti, nam je v veliko olajšanje, če umirajočega bolnika prepustimo v oskrbo čutečim ljudem, ki se smrti ne bojijo, ki jo jemljejo kot naravno dejanje in ki znajo ustvariti okolje, kjer umirajoči živi polno življenje vse do zadnjega diha in se spoštljivo poslovijo vsem svojem dostojanstvu. In to je hospic.

Zdravniška zbornica Slovenije in slovenski zdravniki podpiramo umestitev projekta hospic v nacionalne programe. Prepričani smo, da so vsi odgovorni v državi to prepoznali kot dano nujnost in da je le vprašanje časa, kdaj bo hospic zaživel in uveljavljen. Danes v Ljubljani, jutri v Mariboru, čez čas po vsej Sloveniji. Slovenci si to preprosto zaslužimo.

Prof. Manci Košir in vsem zanesenjakom prostovoljcem bomo tudi v bodoče stali ob strani, hkrati pa vam v imenu slovenskih zdravnikov izražam iskreno priznanje, spoštovanje in občudovanje za vaše plemenito poslanstvo.

Foto: Janez Platiše



Poplave v Spodnjem Dupleku

Vojislav Ivetić

Po katastrofalnih poplavah 5. novembra 2012 na območju občine Duplek sta ambulanti SAVA MED, d.o.o., in MEDIKUS, d.o.o., s pomočjo občine Duplek, Združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov in posameznih kolegov iz vse Slovenije uspešno odpravili škodo in kljub vsemu nadaljujeta z delom.

Ponedeljek, 5. november 2012, se je začel kot še en delovni ponedeljek. Redna »ponedeljkova« gneča v ambulanti, do malice že kakšnih 38 bolnikov, že od samega jutra pa dež. Ob 10.16 so se slišale sirene, ki naznanjajo nevarnost na območju občine. Sodelavki, medicinski sestri, sta pripomnili, da je čudna ura za vajo, jaz pa sem imel občutek, da tokrat ne gre za vajo. Sem že doživel (in preživel) sirene za nevarnost (sicer zaradi zračnih napadov, ne poplav), tako da sem vedel, da življenje vedno preseneti, takrat ko človek najmanj pričakuje. In res, čez kakšnih 15 minut so nas klicali z občine in tudi uradno potrdili, da je razglašen rdeči alarm in da bodo tega dne zanesljivo poplave, zato naj poskusimo vsaj računalnike dvigniti na mize. Po prvem trenutku šoka in presenečenja smo vsi trije nadaljevali z rednim delom. Kaj pa drugega? Čakalnica je bila še polna pacientov, kar je pomenilo, da so naši bolniki uspeli priti do

ambulante in da ljudje potrebujejo zdravniško pomoč. Kolega Anton Kolar Sluga, dr. med., ki ob ponedeljkih v istih prostorih (skupna čakalnica, različni ordinaciji) dela popoldan, je s svojo ekipo prišel ob kakšnih 12.45 in v šali dejal, da je že treba delati in da ga poplave v tem že ne bodo ustavile. Z zaskrbljenostjo smo mu posredovali opozorilo z občine in vseeno postavili računalnike (kolikor se je dalo) na mize. Na hitro smo poskusili delno dvigniti od opreme, kar smo se spomnili, in potem smo se napotili proti domu s čudnim občutkom nevarnosti.

Že ob vožnji proti domu smo vedeli, da gre zares, povsod so bili gasilci, civilna zaščita, vrečke s peskom. Na koncu smo bili med zadnjimi, ki so prečkali most v Zg. Dupleku. Popoldan smo izvedeli, da je bil kolega ob 14.30 prisiljen zapustiti ambulanto, da bi rešili parkirane avtomobile, in že takrat je bila edina prevozna pot do Maribora daleč naokrog (Zg. Korena, Žikarce, Vinička vas, Ruperče, Pernica...), ker so bili mostovi že zaprti! Najhujši je bil občutek nemoči, ko smo pri poročilih spremljali dogajanje v celotni štajerski regiji, v kateri je bilo eno od najbolj prizadetih ravno področje občine Duplek. Poročila zvečer, novi šok. Čolni pred našo ambulanto in trgovino Jager!?!? Ali je to

res možno? Kaj bomo jutri zjutraj sploh našli? Kaj bo ostalo od naše opreme, kartotek, prostora?

Dogovor med vsemi zaposlenimi (telefoni so delali pozno v noč) je bil, da se vsi skupaj dobimo naslednjega dne zjutraj ob 8.00 v prostorih ambulant in da ugotovimo, kaj je ostalo nepoškodovano, ter da se začne odpravljanje posledic. Pot do ambulate ni bila več tako enostavna. Namesto 12 km in 10 minut vožnje je bilo zdaj 30 km in 40 minut vožnje naokoli. Mostova še nista bila odprta za promet. Potem pa prvi šok po prihodu v Sp. Duplek: poplavljeni hiše, obupani ljudje, pohištvo pred hišami, črpalke, vojska, ki pomaga, civilna zaščita...

V naših prostorih pa umazanija, mulj, brez elektrike, brez ogrevanja. Takoj smo se organizirali, začeli klicati naokrog, predvsem pa čistilni servis, da organizira ekipo za izredne dogodke. Vsi smo sodelovali in pomagali. Začeli so se klicati kolegov.

Kolegica Rosana Žvegljč Dimčič, dr. med., iz sosedne ambulante Brezje je ponudila pomoč, da lahko vsi naši bolniki začasno hodijo k njej, dokler ne uredimo prostorov, klicala je kolegica Maja Pelcl, dr. med., iz Vidma pri Ptuj in ponudila, da lahko k njej preusmerimo paciente, ki so bližje ptujskemu koncu, klicala je tudi kolegica Suzana Kert, dr. med., iz ZD dr. A. Drolca Maribor in ponudila, da lahko vzame naše paciente. Čustven trenutek, ko imaš občutek, da vseeno nisi sam.

Do torka zvečer smo uspeli očistiti prostore, odstraniti uničen material in opremo, spet smo imeli elektriko in ogrevanje. V sredo nas je čakalo nadaljevanje akcije. Dogovorjeni smo bili s kolegi iz ZZV Maribor, da pridejo razkuževati, prišel je skrbnik računalniškega omrežja in začel z menjavo vseh kablov in omrežne povezave. Vse, kar je bilo na tleh, je bilo uničeno.

V četrtek (po le dveh dneh zaprtih ambulant) smo uspeli v koliko toliko stabilnih pogojih ponovno začeti z delom. Ljudje in naši občani so bili navdušeni, imeli so občutek, da se življenje vseeno počasi vrača, ambulantni spet delata! Odzvali so se tudi kolegi iz Združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov ter



takoj finančno pomagali obema ambulantama. Na tem mestu bi se oba zahvalila Združenju, predvsem pa kolegoma Primožu Rusu, dr. med., in Deanu Klančiču, dr. med., ki sta v imenu Združenja takoj reagirala. Čakala naju je dolga pot sušenja prostorov (ki je trajala šest tednov, luknje v tleh, ventilatorji, razvlaževalci, ogromni stroški elektrike...), obnove pohištva in opreme. Potem naslednje pozitivno presenečenje, klic kolega Branka Koširja, dr. med., iz Železnikov in ponujena pomoč v sanitetnem materialu. Sam je preživel poplavo, v še precej hujši obliki, in razume, kaj pomeni pomoč. Čez nekaj tednov je prišla ogromna pošiljka materiala za najini ambulantni, donacija od kolega Koširja. Branko, res hvala!

Danes gre življenje naprej, posledice poplave pa so še vidne. Sušenje je (vsaj delno) končano, ostale so luknje v tleh kot spomin, dokler jih ne popravimo. Uničeno pohištvo je delno že zamenjano, zaloge materiala so obnovljene. Ostane pa opomin na moč in nevarnost narave in prijeten občutek, da tudi v najhujših časih lahko računaš na pomoč kolegov in strokovnih združenj!

E-naslov: ambulanta@ivetic.si



Zdravniška zbornica Slovenije
skupaj z uredništvom glasila Isis in Komisijo upokojenih zdravnikov ter
Združenje pediatrov Slovenije

vabijo na predstavitev avtobiografije

Zakaj sem ponosen, da sem zdravnik
avtorja prim. izred. prof. Pavla Kornhauserja, specialista pediatra

v torek, 19. marca, ob 17. uri

v Modri dvorani Zdravniške zbornice Slovenije, Dunajska cesta 162

Predstavitve bo vodil prim. Marko Demšar

Glasbeni vložek: Koroške narodne pesmi

Izvajata: Zdravniška glasbena komorna skupina Pro medico

Po predstavitvi vabljeni na kolegialni klepet

Parkiranje zagotovljeno v Domus Medica (vhod iz smeri Stožic)

Zdravniki dežele Salzburg demonstrirajo proti t. i. Null-Lohnrunde

V sporu za zvišanje dohodkov (*Gehaltserhöhung*) je pred kratkim v Salzburgu demonstriralo okoli 3.500 deželnih in bolnišniških uslužbencev. Demonstrirali so proti načrtovani ničelni tarifi (*Null-Lohnrunde*, glej spodaj) + enkratno izplačilo za leto 2013. Pred sedežem deželne vlade se je pred demonstrante postavil vrh deželne vlade. Deželna glavarka (*Landeshauptfrau*) Gabi Burgstaller, njen namestnik Wilifried Haslauer, referent za finance David Brenner ter personalni deželni svetnik Sepp Eisl. Slednji pa so demonstrantom predstavili le popravljeno ponudbo za enkratno izplačilo v znesku 8,4 mio. EUR (namesto prvotnih 3 mio. EUR). Šefinja (*Betriebsratschefin*) deželnih klinik na Salzburškem, Christine Vierhauser, je poudarila, da je že zdaj težko dobiti osebje za nego ter zdravnike. Če se bo zdaj varčevalo še pri plačah, se bodo razmere še bolj zaostriale.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 23/24, 15. december

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Opomba: Pri *Nullrunde* oz. *Nulllohnrunde* (sledni izraz se uporablja v Avstriji) gre za tarifo, pri kateri ostajajo dohodki na prejšnji (stari) višini. To pomeni, da se ob inflaciji zmanjša dohodek.

Komentar: Najbolj pomembno je, da je deželna glavarka – kljub krizi v EU – zmogla demonstrantom ponuditi za skoraj 300 odstotkov več(!) za enkratno izplačilo. Ni kaj: deželna glavarka ima »jajca« in mehanizem »jajčnosti« je zdaj le še akademsko vprašanje. Neprimerljivo, mar ne?

E-naslov: marjan.kordas@mf.uni-lj.si



Salzburger Ärzte demonstrieren gegen Null-Lohnrunde

In Streit um eine Gehaltserhöhung demonstrieren kürzlich rund 3.500 Landes- und Schulärzte in Salzburg gegen die für 2013 geplante Null-Lohnrunde (zur Erinnerung: Vor dem Eintr der Landesregierung stellte sich die Regierungspartei den Demonstranten, Landesrätin Gabi Burgstaller, ihr Stellvertreter Wilfried Haslauer, Finanzreferent David Brenner und Personal-Landeshauptfrau Sepp Eisl anerkennen allerdings nur ihr hochgekürztes Angebot der Erhöhung um 8,4 Millionen Euro (statt ursprünglich über Millionen Euro). Die Personalverwaltung benötigt darüber hinaus für die Finanzierung die Zustimmung der Salzburger Landesräte, Christian Vierhauser, betonte, dass es schon jetzt sehr schwierig sei, Personal zu finden. Wird nun auch noch der ein Gebälk gespart, werde sich die Lage weiter verschärfen.

Štajerska zdravniška zbornica: Postopek proti funkcionarjem ustavljen

Postopek zaradi prepovedanih izplačil provizij proti več osebam iz Štajerske zdravniške zbornice (*Ärztelkammer Steiermark*), med njimi je tudi direktor zborničnega urada Dieter Müller, je bil v začetku decembra ustavljen. Prizadeti, ki so bili deloma poslani na dopust, so medtem spet začeli opravljati svojo dejavnost. Predsednik zbornice Herwig Lindner se je odzval »olajšano«: »Vedno smo poudarjali, da verjamemo v nedolžnost prizadetih. Rezultati preiskav so to jasno potrdili.« Predsedstvo zbornice je v oktobru 2012 »na temelju očitkov tretje strani« državnemu tožilstvu (*Staatsanwaltschaft*) v Gradcu posredovalo svoje videnje dejstev (*Sachverhaltsdarstellung*). Lindner meni, da je bilo nujno ukrepati hitro in transparentno, da ne bi nikoli prišlo do suma »pometanja pod preprogo« (*Vertuschung*).

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 23/24, 15. december

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

E-naslov: marjan.kordas@mf.uni-lj.si



Na voljo takoj: App za varnost pacientov

Z novim, brezplačnim *app* (*programska oprema za aplikacije*, op. prev.) za prenosne telefone in tablične računalnike (*Tablets*) naj bi se okrepila varnost pacientov tako v vsakdanjiku kot pri zdravniku in v bolnišnici. Orodje (*das Tool*) je razvila platforma za varnost pacientov skupaj z Ministrstvom za zdravje ter z Avstrijsko zdravniško zbornico. Cilj je podpora pacientom pri izpolnjevanju raznih vprašalnikov (*Checklisten*, *Fragenkatalogen*) ter iskanjih.

Vrh tega naj bi imel ta *app* spominsko funkcijo za termine pri zdravniku ter za jemanje zdravil. Nadaljnje informacije ter *app* za nalaganje (*download*) so na naslovu www.patientensicherheit-online.at.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 23/24, 15. december

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Opomba: Zares vredno ogleda! Morda nekoliko lažje na internetnem naslovu pateientensicherheit-online.at App Download. Seveda se je pred celostno uporabo nujno registrirati.

Presenetljivo, da se poleg trdnega izraza »narkoza« že uvaja tudi »anestezija«. Tudi priporočilo, ne piti alkoholnih pijač 12 tednov ter nehati kaditi 6 do 8 tednov pred operacijo...

E-naslov: marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Kako se je več pacientov razdelilo po bolnišnicah

Pred kratkim objavljena analiza Koroškega zdravstvenega fonda (*Kärntner Gesundheitsfond*) o številu pacientov v koroških bolnišnicah je potrdila svarila Koroške zdravniške zbornice (*Kärntner Ärztekammer*). V letu 2011 je bilo 174.843 sprejemov; kar 6.219 (3,55 odstotka) več kot v letu 2010. Pričakovati je, da se bo ta trend v naslednjih letih vzdrževal zaradi staranja prebivalstva. O varčevanju v bolnišnicah ne more biti govora. Nasprotno: povečati bo treba število zdravnikov.

Za leto 2011 se izkaže bolnišniška pogostnost (*Krankenhaustäufigkeit*) 313,47 na 1.000 prebivalcev. Če odštejemo paciente z ničelnim dnevom (*Null-Tage-Patienten*), je slednja 282,29 na 1.000 prebivalcev.

Klinikum Klagenfurt am Wörthersee (Klinikum Celovec): Sprejemov je bilo 62.865 (+ 1.122). Obstoji jasen trend v dnevniklinični obravnavi, posebej na oddelkih za oči, na otroški kirurgiji, plastični kirurgiji in urologiji.

LKH Villach (Deželna bolnišnica Beljak): Sprejemov je bilo 37.770 (+ 1.300). Največje povečanje na oddelku za interno medicino. Rahlo zmanjšanje sprejemov na kirurgiji (- 209).

KBB St. Veit/Glan (Bolnišnica usmiljenih bratov Št. Vid ob Glini): Sprejemov je bilo 12.549 (+ 621). Največji porast na splošni kirurgiji (+ 262) in interni (+ 315). Očitno je tudi povečanje posegov na dojkah (+ 102).

DOKH Friesach (Bolnišnica Nemskega reda v Brežah): Sprejemov je bilo za 1,6 % manj (-153). Zmanjšanje posebn očitno na interni, morda zaradi ustanovitve ambulante za notranje bolezn. Zmanjšanje tudi na nezgodni kirurgiji (- 61).

LKH Wolfsberg (Deželna bolnišnica Wolfsberg): Sprejemov je bilo 14.222 (+ 254). Veliko povečanje na splošni kirurgiji (+ 224), interni (+ 198), limfologiji (+ 114).

EKH Klagenfurt (Bolnišnica sester Elizabetink Celovec): Nekaj več sprejemov (+ 0,2 odstotka). Rahlo zmanjšanje na splošni kirurgiji (- 199), povečanje na interni (+ 101).

LKH Laas (Deželna bolnišnica Laas v Ziljski dolini): Sprejemov je bilo nekaj več (+ 2,1 odstotka), največ na interni. Nenavadno je, da je vsak tretji sprejem s področja gastroenterologije. Ta bolnišnica postaja spet bolj pomembna pri zdravljenju obolenj pljuč.

Krankenhaus Waiern (Bolnišnica diakonije Waiern): Sprejemov je bilo 1834 (+ 1,1 odstotka). Povečanje na oddelkih za akutno geriatrijo in remobilizacijo (+ 20), na interni medicini (+ 45) ter rahlo zmanjšanje na oddelku za psihosomatiko (- 8).

Privatklinik Maria Hilf (Zasebna Klinika Maria Hilf, Celovec): Sprejemov je bilo 715 več (16,4 odstotka). (*Op. prev.*: Ta zasebna klinika deluje tudi kot *Belegspital*, tj. bolnik si lahko izbere lečečega zdravnika, ki ni zaposlen v tej ustanovi).

Privatklinik Villach (Zasebna klinika Beljak): Sprejemov je bilo 5.977, nekaj manj (- 408) kot prejšnje leto. (*Op. prev.*: Tudi ta zasebna klinika deluje tudi kot *Belegspital*).

Krankenhaus Lienz (Bolnišnica Lienz): Sprejemov je bilo 4.774 (+ 505), največ na interni in urologiji.

Vir: *Kärntner Ärztezeitung* št. 12, december 2012)

Prevod in priredba: Marjan Kordas

Opomba: Koroška ima torej 11 hospitalnih ustanov, ki oskrbujejo 557.773 prebivalcev (stanje: 1. januar 2012). Primerjava s Slovenijo?

E-naslov: marjan.kordas@mf.uni-lj.si



Wie sich mehr Pa Spitäler verteilt h

Die kürzlich veröffentlichte Analyse des Kärntner Gesundheitsfonds über die Patientenzahlen in Kärntens Spitälern im Jahr 2011 bestätigt die Warnungen der Kärntner Ärztekammer. Es gab mit 174.843 Aufnahmen um 6.219 (+ 3,55 %) mehr als 2010. Diesen Trend dürfte sich in dem nächsten Jahrest angesichts der steigenden Zahl älterer Menschen in Kärnten fortsetzen. Einsparungen in den Spitälern sind daher nicht denkbar. Im Gegenteil: Man wird die Ärzteszahl erhöhen müssen.

Für 2011 ergibt sich eine Krankenhaustäufigkeit von 313,47 je 1.000 Einwohnern inklusive der Null-Tage-Patienten bzw. 282,29 exklusive derselben.

KLINIKUM KLAGENFURT AM WÖRTHERSEE

Das Klinikum Klagenfurt verlor 62.866 Patienten (+ 1.122). Die meisten Patienten kommen naturgemäß aus dem Raum Klagenfurt. Hier und aus dem Bezirk Wörthersee sind Steigerungen erkennbar. Auf Abteilungsebene ist ein klarer Trend zu tagesspitalischen Behandlungen ersichtlich. Insbesondere zeichnet sich das an der Augenabteilung, der Kinderchirurgie, der Plastischen Chirurgie sowie der Urologie ab.

Einen Anstieg kann die 1. Medizinische Abteilung mit + 262 verzeichnen, dem gegenüber waren an der Allgemeinchirurgie (- 223) sowie an der Unfallchirurgie (- 604) Einbußen erkennbar. Verringerte Aufnahmen an der Gynäkologie (Gynäkologie) (- 496) stehen u.a. in Zusammenhang mit vermehrten Aufnahmen an der 1. Med. (- 262).

Polemične nadaljevanke (prispevki za šolo medijskega sporočanja v medicini)

Alojz Ihan

DELO

Delo časopisno
in založniško podjetje d. d.,
Dunajska cesta 5
SI - 1509 Ljubljana
T: +386 47 37 417
F: +386 47 37 121
urednistvo@delo.si
DŠ: 25256394
TRR: 02922-0012208609
Okrožno sodišče v Ljubljani,
reg. št. vl. 1/11859/00
Osnovni kapital: 2.785.277,92 €

Odgovor in protest zoper verbalni napad treh zdravnikov in revije Isis na novinarko Dela Diano Zajec

V decembrski številki revije Isis so trije zdravniki (Pavle Kornhauser, Gordana Kalan Živčec, Marko Demšar) objavili svoj odgovor na zapis novinarko in komentatorke Dela Diane Zajec mesec prej. Objavljena mnenja pričajo o ozko usmerjenem dometu njihovega razumevanja novinarskega dela, vendar je to do neke mere razumljivo in samo po sebi ne bi bilo vredno našega odziva. Če je nekdo strokovnjak na svojem segmentu medicinske stroke, še ne pomeni, da je tudi izvrsten poznavalec drugih strok.

A konkreten odziv treh zdravnikov daleč presega neobvezujoče mnenje. Njihovo pisanje predstavlja tako grob napad – najprej na našo novinarko in komentatorko Diano Zajec, pa tudi na naš časnik in novinarsko stroko kot tako – da terjaja odziv uredništva Dela.

V novembrskem Isisu je Diana Zajec objavila kratek odziv na povsem neutemeljene očitke prof. Kornhauserja, v katerem je navedla razlog za prekinitev sodelovanja z njim. Že mogoče, da se prof. Kornhauser zdaj ne spomni, da se je pred časom znašel v redakciji Dela in po mizi Diane Zajec v njeni odsotnosti brskal med dokumentacijo, ki je pričala o nepravilnostih glede tedaj šele načrtovane nove pediatrične klinike, potem pa receptorju, ki ga je prišel pospremit ven, ni znal pojasniti ne kako je prišel v redakcijo ne kaj je počel tam. V Delu pa se te njegove epizode še dobro spomnimo, saj je bila med drugim tudi povod za prevetritev delovanja receptorske službe v hiši.

Na to navedbo o prof. Kornhauserju se je omenjena trojica odzvala s serijo obtožb na račun novinarko Diane Zajec, z izrazito negativnim vrednotenjem njenega dela. V uredništvu smo prepričani, da je bilo in je delo kolegice Zajčeve korektno, verodostojno in etično, dobromamerno, čeprav tudi kritično, vendar konstruktivno, dosledno in pošteno. Poskusi blatenja njenega pisanja in nenazadnje tudi novinarstva nasploh so predvsem osebni etični problem bivše predsednice zdravniške zbornice. A kot kaže, se takšna neposredno žaljiva vsebina zdi sprejemljiva tudi uredništvu Isisa, kar je potrdilo z objavo takšnega zlonamerne pisanja. Proti temu protestiramo in zahtevamo opravičilo naši novinarki Diani Zajec.

Uredništvo Dela

zanj

Bojan Budja, odgovorni urednik

Mateja Babič, namestnica odgovornega urednika

Tanja Starič, urednica notranjepolitične redakcije

Marko Pečauer, namestnik urednice notranjepolitične redakcije



Tanja Starič
Marko Pečauer

From: Alojz Ihan [<mailto:alozj.ihan@mf.uni-lj.si>]
 Sent: Tuesday, January 08, 2013 11:15 AM
 To: 'urednistvo@delo.si'
 Subject: za Bojan Budja

Spoštovani g. Bojan Budja,
 najprej vse dobro v 2013!

Pišem zaradi pisma uredništva Dela v zvezi z odzivi v Isisovi rubriki »Forum« na odziv vaše novinark Diane Zajec. Ker je Isis mesečnik, tudi uredništvo se sestaja enkrat mesečno, se najprej opravičujem za zakasnen odziv iz objektivnih vzrokov - ko smo vaše pismo dobili, je bila številka že v tiskarni, uredniški sestanek pa tudi že mimo.

Priznam pa, da me je ne glede na roke kolektivno pismo urednikov Dela spravilo tudi v uredniško zadrego, ker mi kot neprofesionalcu ni jasno, kaj uredniki Dela pravzaprav pričakujete? Objavo vašega pisma v Isisu? Opravičilo za vašim pismom - koga, komu in za kaj? Meni stvar ni povsem jasna, zato bo šlo pismo na uredniški odbor Isisa, ki je to sredo. Bi pa želel vsaj namig o vaših pričakovanih glede odziva na vaše pismo. Glede uredniške politike revije Isis velja, da vanj prosto objavljajo svoje prispevke vsi člani ZZS. Pri urednikovanju pazimo, da ne prihaja do prikritega oglaševanja in da ni predolgih ali ponavljajočih ali neustrezno podprtih strokovnih člankov. Sicer pa predvsem spodbujamo čim bolj raznolika mnenja in razmišljanja o stanovskih problemih zdravništva, sploh v rubriki Forum, kjer ne izvajamo nikakršne »politike«, ker za vsakim prispevkom pač stoji podpisan avtor in kot član zbornice moralno (in kazensko, če bi naneslo) odgovarja za napisano.

Če bi se torej hotel »opravičiti« za tako uredniško politiko v rubriki »FORUM«, bi to pomenilo, da moramo v prihodnje spremeniti pristop in presojati posamezne prispevke, če so dovolj korektni ali vljudni ali objektivni ... Iskreno rečeno je to pri subjektivnih navedbah mnenj nemogoče. Ker bi potem z vsakim avtorjem moral voditi dolge telefoniade o ozadih njegovih »forumskih« besed. S tega vidika bi na primer tudi v zvezi s prispevkom vaše novinark, ki sem ga v največji časovni stiski še uspel spraviti v tiskarno, moral zastaviti vprašanje glede njenega namigovanja na nekakšno nečedno prigodo s profesorjem v uredništvu Dela. Če ne bi bila tako izkušena novinarka, bi jo takrat seveda moral opozoriti, da taka namigovanja (ki s temo odziva nimajo nikakršne zveze, saj osebne zgodbe in doživetja menda pri Delu ne vplivajo na kriterij za objavljalnost naslednjih avtorjevih člankov?) nujno vzbudijo silovite osebne odzive. Sploh v nekem internem glasilu, kjer se vsi člani med seboj osebno poznamo in imamo drug o drugem veliko osebnih izkušenj. Torej tisti nedokazljivi, a jasno neprijeten osebni

namig vaše novinark o profesorju je bilo nepotrebno napenjanje loka; če bi bila takrat kakšna minuta časa več in bi imel v telefonu številko vaše novinark, bi jo na to opozoril, in to je moja osebna napaka in opravičilo.

Odziva treh članov ZZS nisem bil vesel, me pa ni presenetil. Med temi odzivi je verjetno najbolj grob zadnji stavek bivše predsednice ZZS, ki pa je zaradi svoje vprašalne oblike tako dvoumen, da bi zanj vsak povprečen odvetnik dokazal, da gre verjetno le za vajo v slogu (kot nadaljevanje navedkov v prejšnjih dveh odstavkih). Vsi sicer verjetno predpostavljamo, da ne gre za demonstracijo »vaje v slogu«, ampak za namerno neprijeten učinek besedila v zvezi z vašo novinarko, ampak ...

Torej problem še ni razrešen, ker mu osebno nisem čisto kos, zato rabim mnenje kolegov v uredniškem odboru. Predvsem o tem, ali v rubriki Forum spremenimo uredniško politiko in začnemo »cenzurirati« prispevke. Pomagali pa mi boste, če bolj jasno opredelite, kaj kot uredništvo Dela pričakujete od uredništva Isis? Objavo celega pisma Dela in pod njim opravičilo celega uredništva zaradi uredniške politike prostega objavljanja prispevkov članov ZZS? To moram dati na sredino sejo in bomo videli. Če bi novinarka Dela napisala odziv, ga seveda objavimo brez kakršnegakoli vpletanja v njene besede, tako kot delamo z vsemi v Forumu. Glede objave pisma urednikov Dela imam že hude dileme. Kot prvo, ne gre za osebni odziv, ampak za to, da drugemu mediju dajemo prostor za njegovo objavo v našem, mnogo manjšem mediju, kar je nenavadno in dvomim, da kakorkoli zakonsko obvezujoče. Drugo je vsebina tega odziva, ki tisto postransko prigodo med prof. Kornhauserjem in uredniki Dela še naprej zaostruje do mere, ko stvari navadno prestopijo meje sodne dvorane. Pri tem v pismu uredniki Dela ves čas govorite v prvi osebi množine, kar dela vtis, da so podpisani uredniki v resnici pripravljani pričati, da so na lastne oči in ušesa videli profesorjeve nečednosti v uredništvu Dela ali vsaj dokumentacijo v zvezi s tem? Seveda pa lahko po drugi strani tudi zelo povprečen odvetnik dokaže, da prva oseba množine v enem stavku pomeni nekaj, v drugem pa čisto nekaj drugega. Pa smo spet pri nezaželenih dvoumnostih. Vaši novinarki sem zato ponudil, da sama napiše odziv, in ga bomo objavili in kot uredništvo s posebnim pripisom končali razpravo.

Po drugi strani lahko objavimo dopis urednikov Dela in zraven urednikov komentar, ki bo nekako podoben temu pismu. Vendar opozarjam, da se bo zadeva potem s strani članov ZZS verjetno stopnjevala.

Hvaležen bom za vaše mnenje.

Lep pozdrav
 Alojz Ihan

From: Uredništvo dela [<mailto:urednistvo@delo.si>]
Sent: Tuesday, February 05, 2013 3:26 PM
To: alozj.ihan@mf.uni-lj.si; andrej.mozina@gmail.com; Jelka Dolinar
Subject:

Revija Isis
 urednik

prof. dr. Alojz Ihan

Spoštovani!

Že decembra lani smo vam podpisani uredniki Dela v imenu uredništva poslali odgovor na novembra objavljene zapise treh

zdravnikov o naši novinarki in komentatorki Diane Zajec. Pričakovali smo objavo tega odgovora v reviji Isis, vendar opažamo, da tudi v februarski številki revije naš odgovor ni objavljen.

Še enkrat vas pozivamo, da naš odgovor objavite, pričakujemo pa tudi vaše pojasnilo, zakaj doslej še ni bil objavljen. Poleg elektronske pošte pošiljamo vsebino tega pisma tudi po redni pošti.

Lep pozdrav,

Bojan Budja, odgovorni urednik
 Mateja Babič, namestnica odgovornega urednika
 Tanja Starič, urednica notranjepolitične redakcije
 Marko Pečauer, namestnik urednice notranjepolitične redakcije

From: Alojz Ihan [<mailto:alozj.ihan@mf.uni-lj.si>]
Sent: Tuesday, February 05, 2013 4:03 PM
To: 'Uredništvo dela'; andrej.mozina@gmail.com; 'Jelka Dolinar'
Subject: RE:

Spoštovani,

kot je razvidno iz elektronske zgodovine spodaj, sem se kot glavni urednik revije Isis odzval tako novinarki Diani Zajec kot uredniku dela g. Bojanu Budji. V pismu sem razgrnil moje dileme glede objav, vendar odgovora o pričakovanjih uredništva Dela do danes nisem dobil – pravzaprav sem ga le od ge. Diane Zajec, ki je na moje povabilo, da napiše še svoj pogled, in potem zaključimo razpravo, odgovorila, da ni več zainteresirana za nadaljnje komentarje. Kar celo mislim, da je najbolj smiselno.

Medtem se je sestalo uredništvo revije Isis in sklep je bil, da ustavimo polemiko, ki se nenehno stopnjuje in prehaja že v območje sodnih obravnav. Ker medtem nisem dobil odgovora uredništva Dela o mojih dilemah, odziva pač nisem objavil.

Torej, če uredniki Dela menite, da kljub mojim besedam in nasvetom želite objaviti besedilo, ga bom objavil v naslednji številki. Mislim pa, da to ni pametno, ker bodo (glede na podcenjujočo dikcijo prvih stavkov do zdravnikov – tako so moji kolegi souredniki vašo dikcijo pač razumeli, ko sem jim dal brati pismo) sledila mnoga jezna pisma zdravnikov. Kakšen namen bo potem s tem dosežen?

Kot alternativo vam raje predlagam poglobljen intervju z dvema vašima medicinskima novinarjema o javnem informiranju o zdravstvenih temah, zlasti o razmerju med insajderskimi informacijami in medijskim »poročanjem«. Ta tematika je zelo aktualna, sploh po zadevi »Petrlin«.

Torej čakam vaš odgovor oz. odločitev.

Lep pozdrav

Alojz Ihan

From: Uredništvo dela [<mailto:urednistvo@delo.si>]
Sent: Wednesday, February 06, 2013 8:33 AM
To: alozj.ihan@mf.uni-lj.si; andrej.mozina@gmail.com; Jelka Dolinar
Subject: odgovor uredništva

Spoštovani!

Glede na to, da nas v pismu sprašujete, ali kljub vašim besedam in nasvetom želimo, da se besedilo objavi, vam sporočamo, da želimo prav to: da se odgovor končno objavi.

Mislimo, da je naša reakcija pravilna, in ne vidimo vzrokov za umik zahteve. Vztrajamo torej pri objavi pisma.

Upamo torej, da bo v prihodnji številki odgovor objavljen, za kar se vam že vnaprej lepo zahvaljujemo.

S prijaznimi pozdravi

Bojan Budja, odgovorni urednik
 Mateja Babič, namestnica odgovornega urednika
 Tanja Starič, urednica notranjepolitične redakcije
 Marko Pečauer, namestnik urednice notranjepolitične redakcije

Pismo uredniku

Spoštovani!

V letošnji februarški številki je izšel članek »Saj ni res, pa je« avtorja Marjana Fortune (1). Najprej čestitke za objavo, ker bi morda pred nekaj leti imeli tak članek za sporen do kolegov in na splošno do zdravniškega poklica.

Avtor zaključuje članek s stavkom: »Namesto komentarja: »Napaka, zmota ali...« **Nesprejemljiva površnost!**«

V bistvu gre za napake, kot jih definira sodobna znanost o varnosti pacientov (2). To so aktivne napake, predvsem je šlo za napake opustitve, pomanjkljivo dokumentacijo in pomanjkljivo komuniciranje med kolegi in morda še kaj, kar se iz kratkega zapisa ne da ugotoviti. Sama ugotovitev, da so bili kolegi površni, pa ne pripomore k zmanjševanju takih napak pri bodočih pacientih. Pred nekaj leti je novinarka »citirala« bivšega predsednika zdravniške zbornice, češ da smo zdravniki površni. Ne samo zdravniki, vsi ljudje smo včasih ali pa bolj pogosto površni, ker imamo človeške možgane. Kolega je doživel ostro in mestoma nesramno kritiko nekaterih kolegov, ki so se oglasili v dnevnem časopisu in se postavili v bran »zdravništvu«.

Nihče od kolegov ni napravil napake namerno. Če mislimo, da so površnost, zmotljivost, nepazljivost, raztresenost ipd. vzrok za napake, potem je naše preprečevanje napak usmerjeno k povzročiteljem z uporabo osebnega modela za izboljševanje varnosti, kot so objava imen v medijih, odvzemi licenc in

kriminalistično preganjanje človeških napak. Ta model se je izkazal ne samo za nekoristnega, ampak celo škodljivega v smislu »skrij napako, če se le da, pripiši jo komplikaciji in izvajaj defenzivno medicino«. Na tak zastarel in preživet način obravnave napak varnosti pacientov ne bomo nikdar izboljšali, prav nasprotno, še poslabšali jo bomo (3).

Prepričan sem, da nihče ni napravil sistematične analize globljih vzrokov za vse napake, ki so se pripetile 91-letni pacientki. Tako bi se lahko odkrile latentne napake, kot so pomanjkljivo urejeni procesi diagnosticiranja, dokumentacije, komuniciranja, pomanjkanje opomnikov, pomanjkanje kompetenc za netehnične veščine ipd. Samo s sistemskimi rešitvami se lahko izognemo napakam, ki nastanejo, zato ker smo površni itd. in imamo tudi zdravniki samo človeške možgane.

Literatura:

1. Fortuna M. Saj ni res, pa je. ISIS 2013; 22: 23.
2. Reason J. The human contribution. Unsafe acts, accidents, and heroic recoveries. Farnham: Ashgate, 2008.
3. Robida A. Pojem napake v zdravstvu. V: Etika v belem - 7. Posvet - Napaka v zdravstvu in njena obravnava, 2009 Okt 23-24; Bled: Agencija za management; 2009.

Andrej Robida

E-naslov: andrej.robida@prosunt.si

Katera stanja v medicini zahtevajo hitro oziroma nujno ukrepanje??

Kot zdravnik, specialist rentgenologije, ki je že 18 let v poklju, po 30-letnem delu na področju onkološke rentgenologije, prosim za pojasnilo.

Opis primera

Ženska, stara 49 let, mi pove, da zadnja dva meseca čuti ob obračanju glave **mravljinčenje po spodnji čeljusti, ki se seli tudi v področje jezika. Težave so stalne, nastopajo včasih bolj silovito.**

Naročil sem ji, naj takoj obišče izbranega zdravnika.

Izbrani zdravnik poleg naštetega ugotavlja razliko v razširjenosti zenic. **Zenica na prizadeti strani je širša, kar tudi označi na napotnici.**

Izda napotnico za nevrologa z oznako **2 (hitro)** in s pripisom: »Prosim čim prej.«

Pri obliki pošiljanja označi 1, 2, 3.

V času mojega študija medicine smo študenti pri profesorju Marinčiču ob taki anamnezi in statusu na izpitu iz nevrologije morali posumiti, da gre za proces v srednji možganski kotanji, verjetno ekspanzivni.

V času specializacije iz rentgenologije sta taka anamneza in ugotovljen nevrološki status zahtevala s strani radiologije takojšnje ukrepanje (tedaj angiografijo Art. Carotis, po potrebi pnevmoventrikulografijo), danes pa vsaj CT-pregled, če že ne magnetno resonanco.

Za takojšnjo obravnavo takega primera **v urgentni nevrološki ambulanti** zahtevajo, da je na napotnici označeno »NUJNO«.

Po izjavi bolnice njen osebni zdravnik ne more označiti primera kot nujnega. Verjetno ima taka navodila nadrejenih. Pravi, da ker anamneza traja že dva meseca, potem **verjetno** kapi ne bo. **Opozori pa bolnico, da v primeru, če bi nastale težave pri govoru ali če ne bi mogla hoditi, naj takoj pokliče reševalce!?!?**

Prosim mlade kolege, snovalce medicinske doktrine, za pojasnila:

a) Anamneza in status govornika za draženje *ganglion Gasseri nervi trigemini*, po moji »onkološki pokvarjenosti« sumim na ekspanzivni proces.

Dopuščam možnost anevrizme. Se s tem strinjate? DA ali NE?

b) V obeh primerih, po tistem, kar sem moral znati na izpitu iz nevrologije, moramo takoj ukrepati. Prosim za odgovor: Velja to tudi danes DA ali NE?

c) Če NE: Ali je smotrno čakati, da anevrizma počí?

d) Ali je smotrno, da čakamo, da tumor načne steno arterije? Ali je dopustno, da mu omogočimo, da se nemoteno razvija še kak mesec?!

Odlaganje takojšnjega ukrepanja je po mojem enako, kot če bi občan v hiši zavohal dim, gasilci pa bi rekli: »Nič nujnega, počakajmo, da se pokaže plamen!«

e) Zakaj je potrebna oznaka »NUJNO« ali »HITRO«, ko že anamneza in status povesta vse?

f) Morda pa gre za varčevanje? Na avtobusu berem, da je japonski minister za finance dejal, da naj stari hitro umirajo, saj je zdravstvena nega starih breme za državo. Je to tudi pri nas?

Prim. Jurij Us, dr. med.,

specialist rentgenologije

E-naslov: jure.us@gmail.com

Smo se iz anhovskega primera kaj naučili?

Prim. dr. Zlata Remškar, dr. med., se zadnja leta večkrat javno sprašuje, zakaj v Sloveniji ne odkrivamo poklicnih bolezni. Specialiste medicina dela oceni kot večinoma odmaknjene od delavca in delovnega mesta. V prispevku »Smo se iz anhovskega primera kaj naučili?«, objavljenem v Sobotni prilogi Dela 19. januarja 2013, opiše primera iz vsakdanje prakse in ju zaključí s trditvijo, da so specialisti medicine dela premalo navzoči v delovnih okoljih, zlasti proizvodnih. Primer bolnice z astmo je podoben primeru iz moje prakse, ki pa je potekal drugače, kot ga opisuje avtorica.

Na obdobji pregled je lani spomladi podjetje poslalo mlajšo delavko, nekadilko, brez dokazanih alergij. Prvič sem jo pregledala že pred 15 leti, ko je delala kot pomočnica lakirca. Takrat je dejala, da jo pri delu z laki duši in da se ji po obrazu pojavlja rdečina. Čeprav so bili metabolinski in alergološki testi negativni, so jo po mojem posredovanju premestili iz lakirnice v pakirnico. Tam je bila vsa leta brez težav. Na lanskem obdobjem pregledu je povedala, da je bila zaradi pomanjkanja dela ponovno prestavljena v lakirnico in da jo od takrat ponoči zbujajo napadi težkega dihanja. Po pregledu sem poklicala izbrano zdravnico in jo prosila za napotnico za pulmologa; govorila sem s pulmologinjo, ji razložila primer in ji povedala, da sumim, da gre pri gospe za poklicno astmo; telefonirala sem v delovno organizacijo, jim najavila »negativno« zdravniško spričevalo za delo v lakirnici in prosila, da jo takoj premestijo nazaj v pakirnico. Gospa se je bala za službo in bi delala tudi v brusilnici, saj tam ni imela težav, čeprav delovno mesto za bolnika z astmo ni primerno. Pridobila sem varnostne liste kemikalij v lakirnici in jih posredovala gospe, ki jo je pulmologinja pod sumom na poklicno astmo poslala na obravnavo na terciarni nivo.

Tak dolg opis postopkov in klicev kaže na položaj medicine dela v zdravstvenem sistemu. Plačnik naših pregledov je delodajalec. Obdobji pregled je konec poti. Vsa nadaljnja obravnavo bolnih in (poklicno) bolnih delavcev je v rokah izbranega zdravnika, ki je v zavarovalniškem sistemu napotni zdravnik (kar specialist medicine

dela ni). Tudi v primeru poklicnih bolezni specialist medicine dela lahko samo predlaga izbranemu zdravniku algoritem preiskav, po katerem klinično potrdimo diagnozo, ki je v Seznamu poklicnih bolezni. Potrjena diagnoza seveda ni dovolj. Poklicna bolezen je dokazana v verifikacijskem postopku, kjer morajo tudi obremenitve na delovnem mestu zadostiti kriterijem za priznanje poklicne bolezni. Prva knjiga Verifikacija poklicnih bolezni v Republiki Sloveniji, ki obravnava verifikacijo sedmih poklicnih bolezni (od 67 v Seznamu, med njimi tudi poklicne astme), je že izdana. Ker delodajalec ni zainteresiran, da bi bile v njegovem podjetju dokazane poklicne bolezni, verifikacije ne plača. Ko sem pred leti pregledovala skupino delavcev v kovinski industriji, sem pri nekaj delavkah opazila spremembe na žrelu, ki bi lahko nastale zaradi stika z emulzijo. Opozorila sem delodajalca, ki je naslednji dan odpovedal preglede že naročenih delavcev. Delavcu ostane samoplačništvo, kar pa je etično nedopustno in finančno nevzdržno.

Zanimivo izkušnjo imam tudi s priznavanjem poklicnih bolezni zaradi izpostavljenosti azbestu. Delavec podjetja, ki nima z mano pogodbe o sodelovanju, me je na predlog pulmologinje zaprosil za izdelavo ekspertize. Izvidi preiskav, odčitani v terciarni ustanovi, so kazali na spremembe zaradi stika z azbestom. Delovna anamneza s podatki o izpostavljenosti na delovnem mestu je bila nedvoumna, vendar poklicna bolezen ni bila priznana. Ekspertizo sem naredila brezplačno – kot strokovni in etični izziv.

Rešitev vidim v ustanovitvi t.i. delavske zavarovalnice, ki bi pokrivala področje varnosti in zdravja pri delu. Zdravniki medicine dela ne bi bili več v konfliktu interesov, saj bi plačnik dejavnosti postala neodvisna institucija, ki bi postavila standarde in opravljala tudi kontrolo nad delom. S tem bi se vzpostavil red in vsi, »od delavcev in delovnih mest oddaljeni specialisti medicine dela«, bi bili prisiljeni del svojega delovnega časa preživeti v tovarnah. Pri mnogih pa bi se nehalo tudi nebrzdano služenje s podpisanimi spričevali na podlagi nekakovostno opravljenih pregledov.

In za konec nazaj k – kljub vsemu – moji pacientki. Poklicna astma v ožjem pomenu besede v terciarni ustanovi ni bila dokazana. Menili so, da gre za astmo, ki jo poslabša delovno okolje, in svetovali oceno na invalidski komisiji. Ob zadnjem od štirih posvetov, ki sem jih imela z gospo, me je prosila, naj ne predlagam predstavitve IK,

ker se boji za službo, ampak naj se dogovorim z delodajalcem, da bo delala zunaj lakirnice. To sem tudi storila.

Mag. Irena Manfreda, dr. med.,
specialistka medicine dela, prometa in športa

E-naslov: info@mdps-zagorje.si

O prostem trgu zobozdravstvenih storitev

Skromna prošnja odgovornim v javni upravi

Domen Vidmar

Jeseni se je v zborničnem biltenu pojavilo obvestilo, da je bila Zdravniška zbornica Slovenije na podlagi odločbe št.: 306-32/2010-33, Urada RS za varstvo konkurence, prisiljena umakniti iz veljave *Pravilnik o zdravniški tarifi* in *Pravilnik o nadzoru upoštevanja zdravniške tarife*. Obvestilo, sicer objavljeno v precej dramatičnem tonu velike odločilnosti, je v glavnem brez posebne reakcije izzvenelo v prazno. V vsebinskem smislu v resnici ni prineslo pomembnejših sprememb in tudi sam o njem verjetno ne bi dosti razmišljal, če se ne bi pred dnevi v našem biltenu ponovno pojavilo opozorilo o nujnosti upoštevanja ukinitve Pravilnika o zdravniški tarifi. Ob ponovni objavi sem si vzel več časa, vso reč bolj natančno prebral in ugotovil, da je zadeva pravzaprav le malo preveč boleče stopila na moj žulj, da ne bi nekaj dejstev v zvezi s tem še sam zapisal.

Zmotil me ni toliko sam ukrep ukinitve Pravilnika o zdravniški tarifi, kot utemeljitev Urada RS za varstvo konkurence, zakaj je to potrebno oziroma čemu ta ukrep služi. V utemeljitvi urad namreč navaja, da je v skladu z usmeritvami Evropske unije umik omejenega pravilnika potreben zato, da se bo s tem v slovenskem prostoru izvajanja zdravstvenih oziroma zobozdravstvenih storitev omogočila tržna konkurenca in bo lahko deloval *prosti trg*.

Da, prav ste prebrali – nič manj kot *prosti trg*! Ker je resnično stanje v slovenskem prostoru ponudbe zobozdravstvenih storitev takšno, da ga po splošno sprejetih merilih v resnici nikakor ne moremo označiti za prosti trg, bi v tej zvezi rad pojasnil nekaj stvari.

Prosti trg, v okviru mednarodno sprejetega pomena tega izraza, v glavnem pomeni stanje znotraj nekega ekonomskega prostora (trga), kjer vsi ponudniki določenega blaga ali storitev v danem prostoru nastopajo pod *enakimi pogoji*. Kakovost in cena ponudbe

vsakega posameznega ponudnika sta načeloma stvar njegove proste odločitve, vendar medsebojna primerjava ponudb različnih ponudnikov pripelje do tako imenovane *tržne konkurence*, ki je v takšnem sistemu sama po sebi najpomembnejši vzvod za uravnavanje vse nastopajoče ponudbe. Pravilno delovanje prostega trga, v katerega se država praviloma ne vmešava s svojimi regulativnimi mehanizmi, ampak se po svojih najboljših močeh trudi, da ga čim bolje zaščiti, je hkrati tudi eden bistvenih elementov zares demokratičnih sistemov. Stanje na slovenskem »trgu«
zobozdravstvenih storitev, žal, čemu takšnemu ni niti blizu.

Zobozdravniki kot izvajalci oziroma ponudniki storitev na našem zobozdravstvenem »trgu«
nastopajo v vsaj treh različnih statusnih oblikah, ki na tem »trgu«
niti približno ne nastopajo pod enakimi pogoji. Tu so zasebniki s koncesijo, ki lahko izvajajo zavarovane zobozdravstvene storitve, plačljive iz naslova zdravstvenega zavarovanja, poleg tega lahko izvajajo tudi plačljive storitve na osnovi samoplačništva. Tu so zasebniki brez koncesije, ki nimajo možnosti izvajati storitev za zdravstveno zavarovalnico in lahko uporabnikom ponudijo le izvedbo storitev na osnovi samoplačništva. In tu so še javni zavodi – državne institucije z zaposlenimi zobozdravniki, ki ravno tako na istem »trgu«
ponujajo izvedbo tako zavarovanih kot samoplačniških zobozdravstvenih storitev, s tem da so pogoji njihovega nastopa na skupnem »trgu«
še po svoje specifični.

Rezultat tako raznolike ponudbe na trgu zobozdravstvenih storitev je, da je situacija z vidika posameznega uporabnika, pacienta, dodobra zapletena in v veliki meri zamegljena. V okviru tega je posameznemu pacientu le redko zares jasno, do katerih storitev, kje in pod kakšnimi pogoji je upravičen iz naslova svojega zdravstvenega zavarovanja in za katere storitve mora plačati – ali doplačati – iz svojega žepa.

V praksi tako prihaja do številnih nesmiselnih pojavov, kakršen je naslednji – pacient v zaupanju, da bo vsaj del stroškov njegove oskrbe pokrilo zdravstveno zavarovanje, odide na poseg v zobozdravstveno ustanovo s koncesijo. Ob soočenju z visokim zneskom, ki ga mora plačati kot doplačilo za izvedene storitve, vendarle odide na posvet še k neodvisnemu zobozdravniku brez koncesije, kjer z nejevero ugotovi, da bi bila tu polna cena izvedbe istih storitev manjša, kot je pri svojem izbranem koncesijskem zobozdravniku moral plačati samo za doplačilo..., poleg tega bi bil brez kakšne posebne procedure v čakalni vrsti tudi prej sprejet. Takšnih konkretnih primerov sem videl že veliko, a še nisem srečal pacienta, ki bi ta nesmisel lahko razumel.

Podoben nesmisel predstavlja tudi način distribucije sredstev zdravstvenega zavarovanja med izvajalce, saj je v grobem še vedno enak, kakršen je bil zasnovan v sistemu prejšnje države. Pacienta – zavarovanca, ki je edini resnični upravičenec do sredstev zdravstvene blagajne, sistem iz procesa plačila na njem opravljenih storitev praktično v celoti izključuje, kar dodatno pripomore k slabi obveščenosti in orientaciji posameznega zavarovanca. Da niti ne omenjam, da takšen sistem tako rekoč kar sam navaja k pojavu določenih oblik korupcije. Vse to so pojavi, ki v nobenem primeru niso značilni za situacijo, kakršno sicer opisuje izraz – *prosti trg*.

Dokler ne bo vsak zakonito registriran izvajalec zobozdravstvenih storitev v državi, ki to želi, imel možnosti izvajati

zavarovane zobozdravstvene storitve, plačljive iz sredstev zdravstvenega zavarovanja. Dokler ne bo zavarovalnica v vsakem posameznem zavarovancu prepoznala svojega resničnega komitentata, vzpostavila preprostega in transparentnega programa zavarovanih pravic in organizirala učinkovite svetovalne službe, ki bo posameznemu zavarovancu pomagala razumeti obseg pravic, ki mu pripadajo. In dokler ne bo posamezen zavarovanec vedel, do katerih storitev in pod kakšnimi pogoji je upravičen, preden bo sploh odšel na obisk k zobozdravniku, in se potem le ob primerjavi ponudb različnih izvajalcev odločil, katera ponudba je zanj optimalna – o *prostem trgu* zobozdravstvenih storitev v Sloveniji pač ni mogoče govoriti...

Do neke mere me sicer preseneča, da opisano stanje v vsej družbi nikogar ne moti in so z njim očitno vsi zadovoljni. A ker tako pač je, se v tem smislu tudi sam ne mislim pritoževati, ampak vas, odgovorne v javni upravi, samo lepo prosim – ne imenujte tega stanja *prosti trg*, saj se s tem posredno norčujete iz 11,5 odstotka registriranih slovenskih zobozdravnikov, ki smo brez kakršnekoli smiselne ali demokratične utemeljitve izključeni iz sistema javnega zdravstva in v pogojih *nelojalne konkurence* (tako namreč temu rečejo na resničnih prostih trgih) izvajamo zobozdravstvene storitve zares samo za samoplačniški »prosti trg«.

E-naslov: domen.vidmar@volja.net

Koliko je v Sloveniji vredno človekovo življenje?

Razmišljanje družinskega in urgentnega zdravnika, direktorja zdravstvenega doma, gorskega reševalca in državljana, ki mu ni vseeno

Ekonomska vrednost

V sodobnih družbah, kjer je potrebno vse raziskati, izračunati, materialno ali finančno vrednotiti, se ekonomisti lotevajo tudi vrednosti človeškega življenja. Izračunavajo ekonomsko, koliko je v denarju vreden človek v različnih obdobjih svojega življenja, koliko družbi prispeva, koliko jo stane, kakšna je škoda, če umre. Izračuni se seveda razlikujejo po metodologiji, pa tudi med državami. V revnih državah je ekonomska vrednost življenja manjša kot v bogatejših, razvitejših. Številke so praviloma visoke in zanimive, pa tudi pomenljive, še posebej za ljudi, ki v vsem svojem ustvarjalnem življenju niso in ne bodo zaslužili toliko, kot naj bi bila izračunana vrednost povprečnega, torej tudi njihovega, življenja.

Ekonomska vrednost človekovega življenja je v različnih življenjskih obdobjih različna in gre proti nič, ko se približamo pričakovani življenjski dobi. Strogo ekonomsko gledano je za

družbo več vreden mlad človek, ki bo v času svoje pričakovane dolgoletne produktivnosti in ustvarjalnosti še veliko pripeval, kot pa upokojenec, ki s staranjem postaja predvsem strošek, še posebej zaradi svojih vedno večjih socialnih in zdravstvenih potreb. Seveda ti izračuni ne upoštevajo temeljnih vrednot humane družbe, na primer medgeneracijske solidarnosti, vrednotenja minulega dela in vseh drugih težko merljivih, pretežno preteklih prispevkov starostnikov k razvoju in blagostanju družbe.

Komercialne zavarovalnice znajo »izračunati« marsikaj, tudi ceno človeškega življenja, z metodologijo, ki je seveda prilagojena njihovi poslovni logiki. Vseeno so njihovi izračuni vsaj približna informacija o velikostnem razredu ekonomske vrednosti življenja. V potniškem letalstvu je na primer z direktivo Evropske unije določena minimalna zavarovalna vsota, za katero morajo biti zavarovani potniki v komercialnem

letalstvu – trenutno znaša okrog 300.000 evrov na osebo. Zlasti v razvitih zahodnih državah v povezavi z različnimi zdravstvenimi in socialnimi ukrepi pogosto poskušajo izračunati vrednost človeškega življenja, izgubljenega zaradi nesreče ali bolezni. Po precej konzervativni metodologiji Britanskega sistema zdravstvenega varstva (United Kingdom National Health Service) so stroški izgube življenja kot posledice nesreče ali bolezni 48-kratnik bruto domačega proizvoda na prebivalca. V Sloveniji bi to trenutno pomenilo okrog 850.000 evrov stroškov oziroma izpadov prihodkov za vsako tako izgubljeno življenje. Ti stroški se porazdelijo predvsem med zdravstveno blagajno, socialno varstvo, zavarovalnice in delodajalce. Po nekaterih drugih metodologijah je vrednost z nesrečo ali boleznijo izgubljenega življenja še občutno višja.

Temeljna vrednost

Verjetnost ali število smrti zaradi nesreč in bolezni je možno zmanjšati predvsem z različnimi preventivnimi aktivnostmi. Če pa pride do usodnih dogodkov, je od hitrega in učinkovitega ukrepanja pristojnih služb, lahko pa tudi laičnih očividcev, v precejšnji meri odvisno preživetje žrtev. Učinkovitost teh služb je odvisna predvsem od njihove usposobljenosti, organiziranosti in opremljenosti. Zadnji dve lastnosti sta močno povezani z motivacijo in naklonjenostjo odločevalcev na ravni regije ali države, od njih je najbolj odvisna podpora tem službam, kar je tudi pokazatelj, kako država vrednoti življenja državljanov. Pri laičnih očividcih, potencialnih rešiteljih ponesrečenih ali nenadno obolelih, pa gre predvsem za njihov odnos do pomoči ali celo samožrtvovanja za dobro drugih, kar ni povezano s sredstvi, pač pa predvsem z osebnostjo, deloma tudi s širšo družbeno moralno oziroma vrednotami.

Z razmišljanjem o temeljni vrednosti človeškega življenja posegamo na različna področja, od ekonomije in sociologije do religije in filozofije. V osebni presoji se pomembnejši od ekonomskih zdijo drugi, težje merljivi ali celo nemerljivi vidiki vrednosti življenja. Razmišljujoči o vrednosti življenja ne moremo mimo kakovosti le-tega. Eno je gola eksistenca, bivanje *per se*, drugo in hkrati neločljivo povezano pa je vsebina, kakovost, presežek. Intimno je najpomembnejša vrednost življenja, kot jo doživljamo in občutimo sami, za svoje življenje, za življenja svojih najbližjih, najdragocenejših – svojcev in prijateljev. A le s ponotranjenjem te vrednosti tudi na ljudi (v širšem smislu seveda tudi na druga živa bitja) izven svojega osebnega, interesnega, čustvenega ali katerega drugega kroga, lahko govorimo o ozaveščenosti, univerzalni dobronamernosti in etičnosti. Tu smo onkraj števil in konkretnega opisovanja, temeljna vrednost življenja je *neprecenljiva*. In življenje je *sveto* ne glede na to, kako doumevamo ta izraz. Žal mnoge družbeno vplivne, predvsem politične odločitve in dejanja, ki imajo konkretne posledice npr. za varnost, zdravstveno in socialno oskrbo, za kakovost življenja v najširšem smislu, dokazujejo, da so temeljne vrednosti življenja pogosto na obrobju naše družbe, izven ožjega interesa vplivnih skupin in posameznikov. Včasih se zdi, da odpove celo sebičnost, sicer ena bolj opaznih lastnosti v sodobni slovenski

družbi. Mogoče malo naivno se sprašujem, kako da tisti, ki na primer sprejemajo ukrepe, ki poslabšujejo ali ogrožajo kakovost zdravstvenega varstva, ne pomislijo, da bo to lahko prizadelo tudi njih. Velja sicer, čeprav ne vedno, da ljudje pri koritu ali pri denarju ali, kar je najpogosteje, pri obojem, zmanjšanja pravic zlepa ne bodo občutili tako kot običajni državljani, ker so pač pomembni ali imajo poznanstva ali oboje. In to se kljub deklarirani solidarnosti in enakosti vse bolj odraža tudi v slovenskem sistemu javnega zdravstva. V samoplačniškem zasebnem zdravstvu, kjer več denarja praviloma pomeni tudi več zdravstva, so te razlike še večje, a tam so relacije jasne – več ko plačaš, več dobiš.

Med področji v slovenskem zdravstvu, kjer vrednost življenja ni vsaj deloma pogojena s položajem, denarjem, vplivom in še čim in zato lahko utemeljeno govorimo o enakosti in solidarnosti, je nujna medicinska pomoč. Prepričan sem, da v nujnih primerih, npr. pri hudih prometnih nesrečah ali nenadnih boleznih, vsi prizadeti na terenu dobijo ob enakih okoliščinah enako hitro in kakovostno pomoč ne glede na svoj položaj v družbi, denar ali druge različnosti. Ko drvimo v reševalnem vozilu s sireno ali v helikopterju na mesto nesreče ali nenadne hude bolezni, se ne sprašujemo, koga gremo reševati, ampak samo, kaj se je zgodilo in kako bomo čim bolje pomagali. Vseeno je, ali gre za našega sorodnika ali prijatelja, neznanca, predsednika, tajkuna ali človeka z družbenega dna; zasluži si enako nujno medicinsko pomoč, in jo, vsaj do prihoda v bolnišnico, tudi dobi.

Spraševanja zdravnika

Nepopoljšljivi optimisti še vedno, čeprav z vse več dvomi, poskušamo verjeti v dobronamernost, ozaveščenost in etičnost vsaj nekaterih politikov. In upamo (spet in še vedno), da so med njimi tudi vsakokratni minister za zdravje in drugi z vrha piramide slovenskega zdravstva. Ob aktualnih dogodkih se bomo najbrž morali preimenovati v idealiste ali naivneže.

Sprašujem se, koliko je na primer za zdravstvene politike in druge odločevalce vredno človeško življenje z eno svojih najvišjih vrednot – zdravjem, če namenijo osebnim, torej splošnim ali družinskim zdravnikom, ki obravnavamo in rešujemo veliko večino zdravstvenih težav populacije, le slabih sedem minut časa za obravnavo enega bolnika. Sedem minut! Vsaj polovico tega časa na primer marsikateri starejši bolnik porabi že za prihod iz čakalnice v ordinacijo do zdravnika, za slačenje in začetek pripovedi o težavah. Kje je potem še čas za pregled, za pogovor, za oblačenje in predpisovanje zdravil... Zaradi tega smo v Sloveniji priče tekočemu traku hitrih, kratkotrajnih stikov pacientov z zdravniki, kar iz dneva v dan po vsej državi, v stotinah ambulant spravlja v nezadovoljstvo in stisko stotine zdravnikov, ki ne moremo delati, kot znamo in si želimo, in na tisoče ljudi, ki pridejo k nam po pomoč in so pogosto nezadovoljni, z občutkom, da jim ni bilo namenjenega dovolj časa in pozornosti. V sedmih minutah odkriti težko bolezen in jo mor-da že začeti zdraviti, v sedmih minutah ohrabriti in potolažiti svojca neozdravljivo bolnega, v sedmih minutah načrtovati in začeti oskrbo kroničnega bolnika, v sedmih minutah zašiti rano

in potolažiti poškodovanega...? In če mora družinski zdravnik zaradi nujnega primera sredi ambulantnega dela oditi na teren, mine petkrat ali desetkrat sedem minut, preden se lahko vrne v ambulanto in nadaljuje z obravnavo čakajočih pacientov. Cena tega nehumanega normativa je visoka; pri pacientih najmanj nezadovoljstvo in razočaranje, lahko pa tudi konkretne posledice zaradi pomanjkanja časa za obravnavo, pri zdravnikih pa poleg že omenjenega nezadovoljstva tudi preutrujenost ali celo izgorelost, kar dokazujejo številna poročila in raziskave. Projekt referenčnih družinskih ambulant, ki je zdravniku dodelil pomoč dobro usposobljene diplomirane medicinske sestre in več sredstev za laboratorijske preiskave, je nastal pod prejšnjim ministrom za zdravje in se ob naklonjenosti sedanjega uspešno nadaljeval. Po dolgem času je pomenil odločen korak v pravo smer, a zaradi zmanjševanja sredstev bomo stopili pol koraka nazaj. Pot do razbremenitve in razvoja osnovnega zdravstva, ki predstavlja temelj sistema zdravstvenega varstva, bo še zelo dolga in zahtevna. Vse večje pomanjkanje družinskih zdravnikov v Sloveniji, njihova starost, izgorelost in dokazana krajša življenjska doba, zlasti zdravnic, vse manj zanimanja za delo v družinski medicini in še marsikaj so dejstva, ki zahtevajo mnogo več kot posamezne korake v pravo smer. Mimogrede: koliko so za državo vredna življenja strokovnjakov, ki tudi ali predvsem zaradi preobremenjenosti in slabih pogojev dela umirajo predčasno?

Sledi eno od mnogih vprašanj urgentnega zdravnika: koliko je v Sloveniji vredno človeško življenje za specifično množico gledalcev, od katerih ima prav vsak svoje ime, priimek in svojo v povprečju najbrž ne slabo samopodobo. Gre za firbce, ki se ob nesrečnih dogodkih, na primer hudih prometnih nesrečah, zelo hitro zberejo in gledajo, kot bi šlo za športno tekmovanje ali prireditve. Verjamem, da nekateri med njimi tam stojijo tudi zato, ker so zmedeni, pretreseni, morda bi radi pomagali, pa ne vedo, kako. Ko pridrvimo profesionalci z rešilcem, s sireno, z edinim namenom čim hitreje in čim bolje pomagati, pa se med njimi najdejo tudi taki, ki brezdušno komentirajo, včasih nas ovirajo pri dostopu in delu. Nekajkrat se je zgodilo, da smo jim bili napoti, da smo bili celo vprašani (med oskrbo hudega bolnika ali poškodovanca!), kdaj bomo odšli, da se bo lahko nadaljevala prireditev, tekmovanje ali karkoli so že počeli. Ko analiziramo take intervencije, se sprašujemo, kaj se dogaja v takih ljudeh. S kakšnimi nameni in občutki vse to gledajo, komentirajo, se odzivajo? Se ob nesreči drugega hranijo z varljivim zadovoljstvom, da se ni zgodila njim? Ali z omejenimi, zaslepljenimi, odcepljenimi očmi gledalcev televizijskih resničnostnih šovov opazujejo resnično tragedijo in si ne predstavljajo, kaj šele začetijo – stiske, nemoči, bolečine, groze ali obupa – za ponesrečene, za njihove svojce. Kruha in iger je veljalo včasih, danes se zdi osnovni trend vse manj kruha in vse več iger. Dodal bi: in vse več alkohola in drugih drog. Zato se na primer sprašujem tudi, koliko je vredno človeško življenje, lastno in tuje, za vinjenega voznika ali voznico, takih je v Sloveniji na tisoče, ki se odpelje z avtom in postane tempirana bomba, ki bo mogoče ali zelo verjetno eksplodirala s hudimi ali usodnimi posledicami tudi za nedolžne. Za otroke, starše, družine. A tudi ti brezvestni pijanci

so vendarle subjekti in objekti naklonjenosti ali ljubezni vsaj koga ali marsikoga, čeprav so njihova nevarna, neodgovorna in nemoralna dejanja negacija vrednosti življenja.

Spraševanja davkoplačevalca

Sprašujem se tudi, koliko je vredno človeško življenje v državi, ki je iz denarja svojih državljanov, davkoplačevalcev, kupila na desetine oklepnikov (pustimo ob strani vso »transparentnost« nakupa in še neraziskana, mogoče nečastna in vsaj moralno umazana dogajanja v ozadju), ki tem državljanom neposredno zanesljivo ne bodo koristili, ni pa v vseh dobrih enaindvajsetih letih od osamosvojitve zmogla ali hotela kupiti ali vsaj najeti niti enega izključno reševanju namenjenega helikopterja, s katerim bi lahko učinkoviteje kot doslej reševali življenja Slovencev? Edina med članicami EU, ki tega ni storila! Za primerjavo: nov sodoben reševalni helikopter z vso medicinsko opremo stane toliko kot dve patriji, stroški delovanja ene ekipe helikopterske nujne medicinske pomoči, vključno z vsemi stroški letenja in vzdrževanja helikopterja, pa v enem letu znesejo približno tretjino ene patrije ali pa že omenjeno, za Slovenijo izračunano ekonomsko vrednost enega izgubljenega življenja. Z reševalnim helikopterjem v enem letu lahko rešimo na desetine življenj, še več ljudem pa zvečamo možnosti preživetja in zmanjšamo posledice težkih poškodb in bolezni. Oboroženi oklepniki so namenjeni predvsem ubijanju, ali v najboljšem primeru zaščiti tistih, katerih ena temeljnih nalog je tudi ubijanje. Seveda so posli z oklepniki in drugim orožjem namenjeni tudi ali predvsem zaslužku politično-kapitalsko-lobističnih interesnih skupin in posameznikov. Tudi če pustimo ob strani morebitno nezakonnost nekaterih početij posameznikov, nekatera dejstva govorijo sama po sebi – o sprevrženih razmerjih in posredno tudi o vrednosti človeških življenj v naši družbi. Ob nedavni častitljivi 90. obletnici Reševalne službe Ljubljana, največje in ene najboljših v Sloveniji, ki jo vsi, ki se ukvarjamo z urgentno medicino, zelo cenimo, se ponuja primerjava: posrednik pri trgovanju z orožjem, ki je hkrati trgovanje s smrtjo in z denarjem davkoplačevalcev, pri enem takem poslu zasluži mnogo več, kot bo eden ali več reševalcev ali reševalk zaslužilo v vsej svoji poklicni karieri, v kateri pomagajo tisočem ljudi v stiski in rešijo na desetine ali stotine življenj. Koliko je že v uvodu članka izračunana ekonomska vrednost rešenega človeškega življenja, da o bistvenem, neprecenljivosti sploh ne govorimo? Kje je tu poštena, dobronamerna, ali celo etična računica?

Podobna je zgodba z razvpitim vladnim letalom, za ceno katerega bi lahko Slovenijo pokrili s tremi bazami reševalnih helikopterjev skladno z mednarodnimi standardi helikopterske nujne medicinske pomoči, od katerih smo žal zelo oddaljeni. Seveda je bil pred leti, v času nakupa tega letala, pomembnejši cilj prevažanje politikov v luksuznem letalu, kot pa zagotavljanje pravočasne in kakovostne nujne medicinske pomoči državljanom na celotnem ozemlju Slovenije, kar je mimogrede eden temeljnih deklariranih ciljev Ministrstva za zdravje že vse od osamosvojitve, pod vsemi dosedanjimi vladaми. Ljudje zlasti na vzhodu in severovzhodu, pogosto pa tudi drugje v Sloveniji,

lahko le sanjajo o tem, da jim bo ob hudih poškodbah ali boleznih prišel pomagat reševalni helikopter z visoko usposobljeno ekipo nujne medicinske pomoči, kot bi se zgodilo kjerkoli na ozemlju drugih držav Evropske unije, pa tudi marsikje drugje. Variacija na isto temo: koliko je človeško življenje vredno v državi, kjer vojaški birokrat ne glede na strokovno mnenje zdravnikov ali reševalcev včasih odloča o tem, ali bo vojaški reševalni helikopter (civilnih za razliko od vseh ostalih evropskih držav žal nimamo) poletel (na civilno misijo!) reševat ponesrečenca ali nenadno hudo obolelega? In včasih tudi odkloni ali vsaj upočasnji aktivacijo helikopterja, kar seveda ogroža življenje prizadetega. Da ne bo nejasnosti: to se je, dokumentirano, še do nedavnega občasno dogajalo tudi v Sloveniji, ne le v kakšni banana republiki ali vojaški diktaturi.

Spraševanja državljana

Naslednje vprašanje: koliko je človeško življenje vredno pokvarjencem, ki jih ne bom navajal poimensko, saj se lahko v sprevrženem pravnem sistemu naše države najdem na sodišču prej kot oni, ki so v svojem pohlepu in brezbriznosti pahnili v eksistenčno stisko mnogo ljudi, predvsem izkoriščanih delavcev in njihovih družin. Ki so soodgovorni tudi za kak samomor, razpadlo družino, številne zdravstvene, telesne in duševne težave zaradi stisk in pomanjkanja... Uporabljati besedo izmeček, ki je zanje v pogovornem jeziku sicer pogosta, ne bi bilo točno, saj jih družba večinoma še ni pravno veljavno obsodila in kaznovala, kaj šele izvrгла. Razgalil in obsodil jih je le kritični del medijev in ljudski glas, kar pa domnevno ne prodre skozi debelo, neobčutljivo kožo takih osebkov, ki večinoma ohranjajo svoje pridobljeno bogastvo in privilegije ter svojo psihopatologijo vključno z zlagano, narcisistično samopodobo s pomembnostjo in uspešnostjo vred. »Gospodje« zloveščih imen in priimkov, pa tudi kakšna »gospa« se najde med njimi, ki polnijo časopisne strani, predvsem pa so napolnili svoje pohlepne žepce, niso osebno, s prstom na petelinu ali nožem v roki ubili nikogar. S svojimi dejanji pa so simbolno, v številnih primerih pa tudi zares ubili sedanost in prihodnost marsikoga. Težko je razmišljati, koliko je takim ljudem vredno človeško življenje izven njihovega najožjega interesnega in morda še čustvenega kroga. Mnogi so bili ali so še na pomembnih, odgovornih položajih, ko s svojim odnosom in dejanji na nek način tudi določajo vrednost življenja njim podrejenih ali od njih odvisnih ljudi.

Že kar patetična ali pa vsaj naivna se zdijo razmišljanja, kaj bi za našo družbo pomenili številni milijoni evrov, ki so izginili v tajkunskih in še kakšnih žepih, če bi bili investirani v dejavnosti z veliko dodano vrednostjo za kakovost in eksistenco življenj Slovencev – v dobre programe v zdravstvu, socialni, izobraževanju, v podporo humanitarnim organizacijam... Koliko rešenih ali vsaj obogatelih življenj več, koliko kakovostnejših preživetij in drugih težko merljivih, a nadvse pomembnih stvari, ki osmišljajo življenje vsakega posameznika in gradijo dobro, humano družbo, vredno potreb, pričakovanj in upanj ljudi.

Številni so še primeri, ki kažejo na velike razlike v dojemanju vrednosti človeškega življenja in predvsem razlike v dejanjih ter njihovih posledicah tako na ravni posameznika kot na ravni družbe. V začarani krog človeškosti, prepletanja ljubezni in drugih žlahtnih dimenzij našega bivanja se žal prevečkrat vpletajo brezbriznost, brezčutnost, sebičnost, pohlep...

V zrelih, starih kulturah je veljalo, da so bili voditelji ali bogataši na nek način tudi sluge svojim podrejenim, da niso gledali predvsem ali samo na svoj dobiček, pač pa tudi ali predvsem na blaginjo ljudstva... danes pisati o tem je že skoraj anahronizem. Kdo in kako danes služi nam, ljudem, državljanom?

Neprecenljivi razlogi za optimizem

Vrednost in vrednote našega življenja so torej tudi ali predvsem v tem, koliko so nam vredna življenja drugih – ne samo deklarativno, v razmišljanjih, besedah, čustvih, pač pa predvsem v dejanjih, ki vplivajo na življenja drugih. Ne samo nam najbližjih, najdražjih, sorodstveno, prijateljsko ali interesno povezanih, pač pa tudi neznancev, kajti vsak med njimi ima svoj krog ljubljenih in ljubečih ljudi, kjer je vrednost življenja vseobsegajoča.

Na srečo so med nami številni ljudje, ki se v polnosti zavedajo vrednosti svojega življenja in življenja nasploh. Najbolj srčni med njimi so pripravljeni posvetiti, tvegati ali celo ogroziti svoje življenje za pomoč drugim. Verjamem, da jih je več kot zgoraj navedenih negativnih primerov. Pretežno zavestno se odločajo, da na eno stran tehtnice postavijo svoje interese, ugodje ali celo življenje, na drugi strani pa je postavljeno življenje nekoga ali več drugih, praviloma neznancev, ki največkrat nimajo »dodane vrednosti« v smislu poznanstva, sorodstva, prijateljstva ipd. So samo Življenja, neprecenljiva vrednost sama po sebi in zaradi tega vredna naporov in tveganja za njihovo rešitev, ohranitev, ali za izboljšanje njihove kakovosti. Gre za ljudi, ki jim ni vseeno, ki niso sebični v temeljnih človeških vrednotah, ki so humani v najlepšem pomenu te besede. Kljub vse večji odtujenosti, sebičnosti, pohlepu in drugim značilnostim sodobne družbe je takih ljudi še vedno veliko zlasti med zaposlenimi, bolje rečeno poklicanimi v zdravstvu, socialni, šolstvu in še kje, pa tudi med prostovoljci – naj omenim samo reševalce, gasilce, pa tudi posameznike brez formalnih ali statusnih reševalnih atributov, ki se po naključju znajdejo v okoliščinah, ko s svojo prisebnostjo in srčnostjo pomagajo, polepšajo, obogatijo ali celo rešijo življenje. Ne le življenje kot golo eksistenco, pač pa kot kakovost v vseh čudovitih dimenzijah našega bivanja. Ne životarjenje, pač pa izpolnjujoče Življenje, ki kliče po spoštovanju, odgovornosti in dobronamernosti na vseh ravneh družbe.

Prim. dr. Iztok Tomazin, dr. med. spec.

Družinski in urgentni zdravnik, direktor Zdravstvenega doma Tržič, zdravnik Gorske reševalne zveze Slovenije in Helikopterske nujne medicinske pomoči

E-naslov: itomazin@siol.net

Dr. David Mishaly, izraelski otroški kardiovaskularni kirurg, ki uspešno operira in uči naše srčne kirurge v UKC Ljubljana

Štefan Grosek



Dr. David Mishaly.

Dr. David Mishaly je izraelski otroški srčni kirurg iz Tel Aviva, kjer je vodja centra za otroško srčno kirurgijo v bolnišnici »The Edmond and Lilly Safra Children's Hospital« SHEBA Medical Center, Tel Hashomer 52621. Osemnajstega oktobra 2012 je poteklo pet let od začetkov sodelovanja z njim in sedaj je čas, da поблиže spoznamo, kdo je, kaj dela in kako poteka sodelovanje s slovensko medicino.

Kakšen odlični kirurg in človek je dr. David Mishaly, nam lahko povedo tudi besede enega od vodilnih evropskih otroških kardiokirurgov, ki je imel večkrat možnost sodelovati z njim in še vedno sodelujeta, to je prof. dr. Alaina Serrafa, dr. med., ki se je prijazno odzval povabilu, da napiše nekaj besed o dr. Mishalyju: »Podpisani Alain Serraf, MD, PhD, predstojnik oddelka za kongenitalne srčne napake v zasebni bolnišnici Jacques Cartier, Pariz, Francija, pred tem pa predstojnik oddelka za kongenitalne srčne napake v bolnišnici Marie-Lannelongue, Pariz, potrjujem, da zelo dobro poznam dr. Davida Mishalyja, predstojnika oddelka za kongenitalne srčne napake v Pediatric Safra Hospital, Tel Achomer Israel. Dr. Mishalyja sem spoznal skozi najino tesno skupno sodelovanje kot izjemnega kongenitalnega srčnega kirurga, z visokimi tehničnimi sposobnostmi in izredno zanesljivo pred- in pooperativno klinično oceno.

Njegovo znanje kongenitalnih srčni napak je izjemno široko in pokriva obsežen del naše specialnosti. Moram dodati, da je zelo skromna in izredno simpatična oseba, s katero je veseli sodelovati.«

Prof. dr. Borut Geršak, dr. med., predstojnik Kliničnega oddelka za kardiovaskularno in žilno kirurgijo, UKC Ljubljana, je o sodelovanju z dr. Davidom Mishalyjem zapisal: »Dr. Mishaly je velik strokovnjak, ki je lahko, zlasti kot človek, vzor vsemu osebju, ki se ukvarja s kirurgijo prirojenih srčnih napak. O njem najbolje govorita dve prigodi: prva, ko je na začetku sodelovanja z nami, potem ko je že odšel iz Ljubljane, po dveh uspešnih operacijah, prišel praktično čez noč, da bi zjutraj operiral kritično bolnega otroka, katerega transport ni bil mogoč in katerega operacijo (v Ljubljani) so odklonili tudi kirurgi iz centra, s katerim je pediatrija sodelovala pred njim. In druga, ko je pred letom dni, ko se je program operacij prirojenih srčnih napak skoraj sesul pred očmi laične javnosti, preprosto dejal: Borut, če me boste potrebovali, pokličite. In poklical sem: ne samo zaradi operacij, zlasti zaradi znanja, ki ga je dr. Mishaly prenesel in ga še prenaša na mlajše kolege. Dr. Mishaly bo v slovenskem prostoru pustil neizbrisen pečat, iz katerega bodo pozorni lahko razbrali znanje, poštenost, skromnost, odločnost in človečnost.

Dr. David Mishaly, najprej hvala, ker ste privolili v razgovor. Bi se lahko na kratko predstavili?

Najlepša hvala za priložnost in povabilo k temu intervjuju. V veliko čast mi je, da ste intervju z mano opravili prav vi. Sem 52-letni izraelski kirurg, poročen, s sedmimi čudovitimi otroki. Večino izobraževanja iz medicine in srčne kirurgije sem opravil v Izraelu, zaključno usposabljanje pa sem opravil v ZDA. Zadnjih trinajst let sem vodja kongenitalnega srčnega centra v Otroški bolnišnici Safra, ki je del Medicinskega centra Sheba. Tam zdravimo kongenitalne srčne bolezni otrok z izraelskega teritorija, Palestine in z vsega sveta.

Kje ste se naučili tako odlično operirati tako zahtevne srčne napake? Se s takim darom rodiš ali je za to potrebno veliko, veliko dela in treninga? Kdo so bili vaši učitelji, so bili v Izraelu ali kje drugje?

Med specializacijo sem sodeloval z enim najboljših kardiotorakalnih kirurgov na svetu, profesorjem Bernardom Vidneom, ki me je naučil, da je potrebno veliko pozornosti posvetiti

INTERVJU

najmanjšim podrobnostim. Kasneje sem šest mesecev sodeloval z Rogerjem Meejem na kliniki v Clevelandu in še 12 mesecev s Frankom Hanleyjem. Tem trem mentorjem dolgujem svojo kariero.

Kako se pripravite za vsak operativni poseg, kako in kdaj se pogovorite s sodelavci v operacijski dvorani?

Nekaj operacij je za osebje v operacijski dvorani rutinskih in ne potrebujejo posebne priprave. Večinoma pa se z ekipo pogovorim pred posegom, posebno pozornost posvetim podrobnostim, prosim pa jih tudi za posebno pripravo. Priznati moram, da včasih noč pred primerom slabo spim, saj razmišljam o vseh možnih scenarijih in kako se najbolje odrezati v katerikoli situaciji.

Dobra kardiološka ocena je izredno pomembna, včasih pride do neskladja med vašim videnjem srčne napake in videnjem kardiologa. Kako rešujete razlike v mnenjih?

Vedno spoštujem mnenje kardiologa in ob neskladju po navadi sprejemem njegova priporočila. V določenih primerih pa debate razložim svojcem in jim prepustim odločitev ali pa se posvetujem z enim od svojih mentorjev iz tujine. Mislim, da je najbolj pomemben vidik dela v skupini spoštovanje. Če spoštuješ svojega kolega, po navadi niti ne pride do nestrinjanja.

Včasih morate med operacijo spremeniti načrt poprave, ki ste si ga zastavili pred operativnim posegom. Zakaj do tega prihaja, čeprav redko?

Navkljub visoko razviti tehnologiji in visoki občutljivosti novih slikovnih tehnik je predoperativna diagnostika povsem natančna le v približno 90 odstotkih, zato se pogosto srečamo z nepričakovanimi odkritji. V takem primeru seveda moram spremeniti operativni načrt. Operativni načrt je potrebno spremeniti tudi v primeru nepričakovanih zapletov in dogajanja med operacijo. V tem primeru moramo iskati alternative za reševanje pacientovega življenja.

Kako je prišlo do sodelovanja z UKC Ljubljana in otroškimi srčnim programom?

Zaradi nenadnega odhoda pediatričnega srčnega kirurga iz UKC na Nizozemsko je Slovenija ostala brez kongenitalnega srčnega kirurga. Prof. Geršak je čutil, da je njegova odgovornost, da reši nastalo situacijo, zato je prosil številne evropske kirurge za sodelovanje, vendar so odklonili. Kot izhod v sili je prosil mene, če bi bil pripravljen pomagati Sloveniji v tej situaciji. S profesorjem sva se sicer spoznala nekaj let prej in delila svoje izkušnje v minimalno invazivni srčni kirurgiji, na področju, kjer sva oba pionirja, prof. Geršak pri odraslih, sam pa pri pediatričnih pacientih. Nato sem se udeležil enega dne operacij in se vrnil domov v Izrael. Še isti dan me je prof. Geršak urgentno poklical, naj se takoj vrnem, kar sem tudi storil in dojenčka uspešno operiral. Tako se je začelo zelo prijetno sodelovanje z veliko spoštovanja z obeh strani, sam program pa veliko obeta.

Sedaj je ravno pet let, odkar ste začeli sodelovati pri izgradnji slovenskega otroškega kirurškega srčnega



Dr. David Mishaly in slovenski tim za otroško kardiovaskularno kirurgijo.



Dr. David Mishaly in asist. mag. Robert Blumauer, dr. med., med operacijo 500 gr težkega nedonošenčka v Enoti za intenzivno nego in terapijo nedonošenčkov, Porodnišnica Ljubljana, UKC Ljubljana.

programa. Kako poteka to sodelovanje, kakšna je vaša naloga?

To je bilo pet let zelo uspešnih operacij in kliničnih rezultatov, prav tako tudi z vidika izobraževanja in usposabljanja sodelavcev. Menim, da gre za varen in napreden program. Dosežki so zelo dobri. Razumeti je potrebno, da je usposabljanje za kongenitalno srčno kirurgijo zelo dolgo, saj zahteva vsaj pet let intenzivnega dela. Zaradi številnih razlogov je program zamujal in stagniral, vendar mislim, da smo blizu točki, ko bodo kirurgi UKC lahko samostojno kos vsem možnim situacijam v zvezi s kongenitalnimi srčnimi boleznimi.

Ali ste opazili razlike, ki se pojavljajo pri zdravljenju otrok v Izraelu ali pri nas?

Razlik ni, otrok je otrok in starši so starši, kjerkoli. Nekateri ljudje so bolj izobraženi, nekateri so bolj sproščeni, a solze matere vsakič, ko ji razložim tveganja pred operacijo, so enake solze kjerkoli na svetu.

Kako starši doživljajo tako velike posege na otrocih? Kaj je bistveno pri kirurškem zdravljenju, da poveste staršem pred operacijo?

Starši nam zaupajo skrb za njihove najdražje in nam zaupajo, da bomo zanje poskrbeli po najboljših močeh. Glavno je, da sem iskren in da jim povem, da se zavedam, kako močno mi zaupajo in se zanašajo name in na mojo ekipo. Popolnoma morajo biti prepričani, da bomo naredili vse, kar je za njihovega otroka najbolje.

Ali opazite kakšne razlike med vašimi in našimi starši, ko jim predstavljate, kaj in kako boste operirali njihovega otroka?

Nekaj manjših razlik je, ne pa kakšne res pomembne.

V pogovorih s sodelavci v operacijskem bloku vsi govorijo, s kakšno mirnostjo in zanesljivostjo operirate in na kako nevsiljiv in prijeten način komunicirate z njimi, ko se seznanjate s stanjem otroku, ki je anesteziiran in na zunajtelesnem krvnem obtoku. Kako postaneš tako odličen kirurg kot ste vi, da ga sodelavci spoštujejo kot pravega vodjo?

Najlepša hvala za kompliment. Vse je posledica tega, da se počutim udobno in varno za ljudi, ki so resnično profesionalni in točno vejo, kaj je njihovo delo. Tako sem lahko prepričan, da bodo storili vse, kar morajo in zmorejo, za dobro pacienta. S takšnimi ljudmi lahko res dobro sodelujem.

Znano mi je, da postavljate še dva kardiokirurška centra v dveh deželah izven Izraela. Ali lahko na kratko opišete, kako poteka delo tam?

Kmalu bom začel z dvema projektoma, enim v Nigeriji in drugim v Kazahstanu, oba sta zelo zanimiva in pomembna. Nigerija je zelo velika država s 160 milijoni prebivalcev, a brez kakršnekoli srčne kirurgije. S tem projektom bi torej postal pionir srčne kirurgije v centralni Afriki, kar me zelo veseli. Oba projekta se močno razlikujeta od tega v Sloveniji, saj imate tu vrhunski sistem, ki že deluje in je tudi tehnološko dobro podprt. Vse, kar moram tu storiti, je, da operiram kot doma in usposabljam mlajše kirurge.

Kje so po vašem mnenju meje otroške srčne kirurgije? Kje so še možnosti izboljšanja, v tehniki, pripravi bolnika na operacijo, boljših materialih, s katerimi popravljate manjkajoče dele srca in velikih žil?

Na vsakem področju so možnosti za izboljšave, v tehniki, predin pooperativni oskrbi ter v tehnologiji. Ko nekdo reče, da ni več možnosti za izboljšave, pomeni, da je dosegel vrhunec in da je čas, da se poslovi. Težko je izpostaviti le eno stvar, morda je ena pomembnejših podpora srcu ob odpovedi. Tehnologija za

odrasle paciente že obstaja, zato se mi zdi, da bi bilo potrebno veliko truda vložiti v podporo malim srcem, ki odpovedujejo.

Dr. David Mishaly, ste eden od pionirjev minimalno invazivne srčne kirurgije. Kje vidite prednost za bolnika, da se odločite opraviti popravo določenih napak preko 4 do 5 cm dolgega reza?

Nekatere kongenitalne srčne napake se lahko kirurško popolnoma ozdravi, a pacientu nato ostane grda brazgotina na sredini prsi. Zdi se mi pomembno, da je ozdravitev mogoča brez te grde incizije, ta tehnika ima tudi velik psihološki in socialni vpliv na odraščajočega otroka. To je pravzaprav tista prava terapija, popraviti napako in imeti nevidno brazgotino.

Ena najtežjih operacij v kirurgiji prirojenih srčnih napak in kirurgiji nasploh je anatomsko poprava transpozicije velikih arterij. Najbolj težaven del operacije je vstičje koronarnih ustij v novo aorto, ki so premera le dober milimeter. Tkivo novorojenčkov je zelo fragilno. Rezultat serije bolnikov, operiranih v UKCL, je odličen. Čemu pripisujete tako dober rezultat?

Priznati moram, da uspeh ni odvisen samo od dogajanja v operacijski dvorani, temveč je plod multidisciplinarnega dela. Zasluga za dobre rezultate gre torej celotni ekipi, ki skrbi za pacienta, tako preoperativno kot pooperativno.

Ste od vsega začetka vedeli, da hočete biti otroški srčni kirurg, ali je do tega prišlo slučajno?

Do te odločitve sem prišel po mnogih letih premišljevanja. Razmišljal sem tudi o drugih področjih kirurgije, dokler nisem postal zasvojen s pediatrično in kongenitalno srčno kirurgijo. Ta poklic je zelo zahteven, posvetiti mu moraš svoje življenje, a zadovoljstvo ob tem se ne more meriti z ničimer na svetu.

V petih letih delovanja v Sloveniji ste postali del nas. Kaj vas veseli, da še vedno z veseljem prihajate k nam, in ali vas kaj žalosti?

Vedno mi je v veliko zadovoljstvo, da lahko pridem in skrbim za slovenske paciente. Vse družine, za katere sem skrbel, so bile zelo prijazne in tople. Delo z operacijsko ekipo in tudi z ostalimi sodelavci, ki za paciente skrbijo predin pooperativno, me veseli. Na žalost pa je v bolnišnici nekaj ljudi, ki iz neznanih razlogov poskušajo sabotirati program in pokvariti vse, kar smo do sedaj že dosegli. To me žalosti predvsem zaradi otrok, ki bodo zaradi teh nepotrebnih ovir deležni suboptimalnega zdravljenja.

Kako vidite sodelovanje z UKCL v naslednjih letih?

V prihodnjih letih je moja vizija, da bo skrb za večino operacij prevzel lokalni kirurg dr. Blumauer, pod mojim nadzorstvom bodisi v operacijski dvorani bodisi z dobrimi nasveti na daljavo. Sam bi prišel 2- do 4-krat letno in operiral nekatere zapletene primere. Upam in želim si, da bi bilo akademsko delo bolj intenzivno in da bi bili vsi člani ekipe partnerji pri raziskovalnem in akademskem delu asist. mag. Blumauerja.

INTERVJU

S slovenskim srčnim kirurgom asist. mag. Robertom Blumauerjem sta navezala prirsčne stike, ne samo strokovne, ampak tudi človeške. Ali lahko kaj poveste o vašem sodelovanju?

Z asist. mag. Blumauerjem sva postala dobra prijatelja. O njegovi integriteti ni nobenih dvomov, pacientom je zelo predan, ob skrbi za paciente posveča pozornost najmanjšim podrobnostim. Obenem ima tudi visoke tehnične sposobnosti in veliko motivacijo. Robert veliko dela, je pa tudi družinski človek. O človekovi osebnosti lahko veliko izveš iz njegovega odnosa do svoje družine in Robert je res dober človek.

Ste velik ljubitelj motorjev. Kaj vas navdihuje pri motorju, tehnika, hitrost, občutek svobode?

Vse reči, ki ste jih omenili. In seveda zasvojenost z adrenalinom...

Dr. David Mishaly, najlepša hvala za vaše odgovore.

Želim vam še naprej uspešne srčne operacije otrok in vse najboljše.

Prevod iz slovenščine v angleščino in angleščine v slovenščino: Tina Perme, dr. med.

E-naslov: stefan.grosek@kclj.si



Dr. David Mishaly in asist. mag. Robert Blumauer, dr. med., med odmorom po operaciji v UKC Ljubljana.



Genetska afera

Prof. dr. Borut Petrlin

Alojz Ihan

Afera Petrlin se je začela kot ogromna medijska kriminalka; na naslovnicaх glavnih državnih medijev in v najavah osrednjih poročil se je pojavljala slika elektronskega pisma, s katerim si »Borut« dopisuje s kitajskim podjetjem o genskih testih. Šlo naj bi za ključen dokaz o obstoju korupcijske verige, kjer prof. Petrlin kot predstojnik v UKC organizira posel s Kitajci, tako da pretaka denar od naše zavarovalnice in UKC prek zasebnega podjetja do Kitajcev, vmes pa pobere ogromno provizijo. Namesto da bi UKC za mnogo manjši denar kupoval teste neposredno od Kitajcev. Mene, ki mi v glavo hitro šinejo kriminalke, je najprej vznemiril izvor elektronskega pisma. Je šlo za vdor v vaš računalnik?

Mislím, da ne, pismo je bilo verjetno elektronska sled dopisovanja, ki sem ga imel kot predstavnik slovenske genetske stroke (predstojnik kliničnega oddelka, RSK, vodja specializacije...) s kitajskim podjetjem, ki ga je zanimala naša doktrina glede uporabe njihovega testa. V pismu ni šlo za nikakršna pogajanja o cenah za Medgen, ampak zgolj za pojasnjevanje naših strokovnih pogledov na testiranje pri nas in za raziskovalno sodelovanje s kitajskim inštitutom, s katerim na UKC sodelujemo od leta 2011. V komunikaciji sem si prizadeval za pogoje sodelovanja, ki bodo v skladu s slovenskimi strokovnimi smernicami in cenovno ugodni za slovenske nosečnice. Kasneje so Kitajci novinarjem tudi izrecno napisali, da se z mano niso v nobenem primeru pogajali o Medgenu in njegovih cenah, ampak na žalost novinarji potem tega niso objavili. Kot tudi ne, da je šlo za povsem lansirano in izmišljeno zgodbo, ker je test v resnici izključno samoplačniški in nič ne gre prek ZZS niti prek UKC in tudi korupcije zato ne more biti.

Ampak vseeno me zanima pot tistega vašega elektronskega pisma, sploh ker se kljub velikim medijskim dimenzijam aфере ni spraševalo o viru in njegovih morebitnih motivih; kako je vaše pismo prišlo na TV?

Kot rečeno, moje sporočilo je del elektronske zgodovine, za katero domnevam, da jo je kitajski inštitut poslal slovenskemu podjetju, ki si prizadeva tržiti njihove genske teste pri nas. Kitajci so povpraševalce verjetno ohladili s stališčem slovenske stroke, ki za opravljanje medicinskih testov pač zahteva urejen laboratorij z dovoljenjem za delo in ustreznim specialistom, ki preiskovancu umesti pomen in posledice rezultata genetske preiskave. Pri nas pa bi nekaj podjetij rado tržilo genske teste kot hamburgerje, potem pa naj ljudje z »brezpomenskimi« rezultati pritiskajo na zdravnike, naj jim pišejo nove napotnice in preiskave. Tako pač ne gre. In to ne pravimo le mi kot RSK in stroka, tudi vsa Evropa se je jasno opredelila, da se tega ne gre. Genski testi z zdravstvenim pomenom spadajo v roke zdravnika – specialista genetika, ki rezultat umesti in primer zaključí, ne pa v roke trgovca, ki

preiskovanca z rezultati le vznemiri in ga pusti samega v še večji stiski, kot je bil pred testiranjem. Seveda to komercialnim genetskim podjetjem ni simpatično in znajo to tudi izraziti.

Pa vseeno takoj razčistiva – vaš odnos s prim. Brezigarjevo. Njena ambulanta ima koncesijo za gensko svetovanje in je prva pri nas ponudila nosečnicam tudi testiranje plodove trisomije iz vzorca materine krvi namesto iz vzorca, pridobljenega z amniocentezo. Ali kot predstojnik oddelka v UKC sodelujete s prim. Brezigarjevo in kakšna je narava tega sodelovanja?

Oba sva genetika in z njo seveda sodelujem kot strokovnjak, enako kot z vsakim drugim laboratorijem, ki se obrne name, navsezadnje sem tudi profesor in se kot predsednik RSK za medicinsko genetiko trudim urejati in razvijati stroko. Sicer pa s prim. Brezigarjevo nimam sklenjene nobene osebne pogodbe, od njenih testov, ki jih trži, niti starih niti tega najnovejšega, nisem dobil niti evra.

Obstaja še možen poslovni očitek, zakaj kot strokovnjak, ki vidi dalj, niste omenjenega testa »speljali« v svoj laboratorij pred konkurenco?

To je podoben očitek, kot bi vprašal zobozdravnika v zdravstvenem domu, zakaj nima vseh storitev, ki jih ima kakšen njegov kolega zasebnik. Po moji presoji za nas izvedba testa v tem trenutku



še ni zanimiva. Kot prvo je test samoplačniški, kot nekakšna nadstandardna novost, in nikjer v Evropi še ni drugače. Glede na režijske stroške, ki jih UKC obračunava pri prodajanju samoplačniških storitev, pa smo cenovno težko konkurenčni zasebnemu laboratoriju, to je grenka resnica UKC. Sploh pa gre pri izvajanju neinvazivnega genetskega testa za trisomijo 21 le za organizacijo samoplačniške storitve v sodelovanju s tujim laboratorijem. Ne gre torej za neko zapleteno lastno strokovno izvedbo testa, ampak za posredništvo med samoplačnikom in kitajskim laboratorijem. Kot prvo, v UKC poskušamo predvsem tržiti lastno znanje, in kot drugo bi bila cena v UKC težko konkurenčna. Kakovostni genetski testi pa morajo biti dosegljivi čim širšemu krogu ljudi, za katere bi testi lahko predstavljali zdravstveno korist. Zato pošiljanje samoplačniških testov na Kitajsko ni posel, ki bi ga na kliničnem inštitutu uvrstili med strokovne prioritete.

Ob vsej medijski gonji, ko ste bili v poročilih vzporedno z zgodbo o razpadu vlade, pa me je presenetilo, da nihče od novinarjev ni definiral, kaj natančno naj bi bilo pri zadevi narobe, kako, koliko in v nasprotju s katerimi zakoni se je pretakal denar; vsi so samo povzemali, da je nekaj zelo narobe in obsodbe vredno. Ker je test samoplačniški, me je tudi presenetil odziv šefa ZZZS o oškodovanosti, pa ogorčen poziv ministra po odstopih.

Tudi sam sem bil presenečen, vsi komentatorji so pavšalno pritrjevali obsodbam korumpiranega početja. Direktor zavarovalnice je takoj začel po medijskih govoritih o oškodovanju, čeprav s konkretnimi testi ZZZS nima prav nič. Hkrati je predstavil slovenski javnosti netočne podatke; obseg dejavnosti, ki jo je Klinični inštitut za medicinsko genetiko opravil v letu 2012 za ZZZS, je 10-krat večji od predstavljenega. Želel bi si, da bi lahko imel pred vsemi pavšalnimi medijskimi izjavami priložnost, da nadrejenim pravočasno pojasnim, da so bili zavedeni in zlorabljeni preko medijev. Na žalost nisem imel priložnosti. Bolj strokoven pristop bi pričakoval tudi od medijev, vsaj minimum zanimanja za resnične podatke, vsebine, številke, primerjave pri nas in v tujini. Ampak novinarjev ni zanimalo drugo kot zajeti in vreči čim več blata.

Kar je zanimiv način raziskovalnega novinarstva; namesto da bi odkrivali, kje je blato, raje vržeš v nekoga blato in opisuješ, kako ga žrtev briše s sebe.

Bilo je res mučno, ne le zame, še bolj za mojo družino in sodelavce, bil sem neprestano na naslovnica kot glavni kriminallec, tudi strokovno delo na Kliničnem inštitutu za medicinsko genetiko je bilo ovirano zaradi številnih, podrobnih kriminalističnih preiskav. Opazili smo tudi, da je imel medijski pogrom škodljive posledice na odnos naših pacientov do obravnave v UKC.

Vseeno je bil prvi vtis, da ste bili pri pojasnjevanju zgodbe tudi sami zelo nerodni, blago rečeno. Sam bi na vašem mestu najprej povedal fantastično zgodbo o tem zanimivem testu, kjer lahko iz količine »kromosomskih smeti«, ki se sproščajo iz plodovih celic in prehajajo v materino kri, človek sklepa na to, ali ima plod normalno (diploidno) število določenega kromosoma ali pa so kromosomi trije.

To je vendarle čudovito nov princip analize, spomnim se, da smo »citometristi« prej 20 let skušali eksperimentalno kariotipizirati plodove celice, ki prek placente zaidejo v materino kri, pa rezultati nekako niso prebili občutljivostnih kriterijev za tak test. Sploh za deklice, ki nimajo kromosoma Y za razlikovanje plodovih in materinih celic.

Ja, princip testa je zelo inovativen, temelji na tem, da je po desetem, dvanajstem tednu nosečnosti v materini krvi tudi 10 odstotkov proste DNA, ki pravzaprav izvira od ploda. Zato se analizira, koliko od te »odpadle DNA« pripada kateremu kromosomu in iz razmerij se zanesljivo ugotovi, ali ima plod presežek kakšnega kromosoma, torej trisomijo. Ampak seveda, novinarjev ni to niti malo zanimalo, novinar je prišel z nalogom, da lansira afero. Novinar, ki je sprožil afero, me je najprej kontaktiral ravno na dan, ko mi je umrla mama. Zato sem ga usmeril na Medgen, ki neinvazivni test pač ponuja v Sloveniji. Potem pa je po novem letu hotel isti novinar neko pojasnilo v zvezi z mojim predavanjem, ki sem ga imel v okviru Združenja za medicinsko genetiko. Vsaj tako mi je rekel. Ko sem ga sprejel, je začel riniti v mene s kamero in z vprašanji o Medge-nu in neki zgodbi o korupciji, da niti nisem vedel, kam naj vse uvrstim, zato sem rekel, da se o tem ne bom pogovarjal.

Bi pa bilo na vašem mestu vseeno namesto izogibanja najbrž bolje takoj reči – ja, s prim. Brezigarjevo sva strokovna kolega, kar v normalnem svetu ni nič narobe; in nič ni narobe, da ima prim. Brezigarjeva zasebni genetski laboratorij, saj ima dovoljenja in celo zavarovalniško koncesijo; in nič ni tudi narobe, če ji kot profesor in vrhunski strokovnjak svetujem glede testov, saj je to moja dolžnost in tako dela ves razviti strokovni svet; ampak hkrati pa izjavljam, da od njenega poslovanja ne dobivam nikakršnega plačila, ker bi bil to konflikt interesov z mojo vodstveno funkcijo v UKC.

Priznam, taka izjava bi bila veliko boljša, ampak nisem tak medijski profesionallec, da bi se ob takem »napadu« v hipu znašel in spregledal vso zgodbo in se najbolj učinkovito odzval. Sem samo zdravnik in genetik. In strokovnjak, ki si bo ne glede na komercialne apetite prizadeval, da bo stroka opredelila kriterije za kakovostno in varno uporabo genetskih testov z medicinskim pomenom v slovenskem zdravstvenem sistemu.

Ta test je sicer zelo nov. Je verjetno, da bo prišel v rutinsko diagnostiko?

Test je na trgu le leto ali dve, bili smo eni prvih, ki smo kot stroka zanj sprejeli priporočilo, podobno zdaj sprejemamo tudi v okviru EU. V priporočilu nismo navedli nobenega privilegiranega laboratorija, ki naj bi test izvajal, smo pa navedli, naj to izvajajo institucije z dovoljenjem za delo, ki imajo seveda svojega specialista. In to je tudi stališče drugih evropskih institucij, ki želijo preprečiti divji trg medicinskih genskih testov. Test ima po mojem mnenju lepo prihodnost, ko bo dovolj široko preizkušen. Takrat ga bomo, računam, uvedli tudi v UKC.

E-naslov: alozj.ihan@mf.uni-lj.si

Karikatura, medicina in Hinko Smrekar

Senta Jaunig

Karikatura je tisti vedno izzivalni del vizualne umetnosti, s katero se srečujemo vsakodnevno, ki nenehno trka na naše (ne) vedenje in preizkuša našo dojemljivost za aktualna, najpogosteje politična in družbena dogajanja, torej tista, ki jih posredno ali neposredno tudi doživljamo in občutimo, zato je (dobra) karikatura vselej tudi angažirana. Ravno slednje je razlog, da se karikatura oziroma njen avtor vedno zadržuje na meji sprejemljivega in je pogosto v konfliktu z oblastjo, institucijo ali avtoriteto, saj z izrabo humorja razgrinja točno tisto, kar oblast, institucija ali avtoriteta želi prikriti. Čeprav se zaradi njene preproste izraznosti (črte) zdi, da karikatura obstaja vse od prvih človekovih kreativnih poskusov upodabljanja, jo uvrščamo šele v čas reformacije – potrebovala je namreč tako tehnološki napredek kot družbene spremembe in novo ideologijo. V času razcveta karikature je bila njena pogosta tarča tudi medicina, zato je karikatura lahko iz zgodovinske perspektive dragocen vir za tolmačenje položaja zdravnika in medicine v družbi.

Karikatura je risarska tehnika, ki s svojo vsebino vselej kritizira in se posmehuje. Pozornost gledalca pritegne z absurdno situacijo, ki se naslanja na točko problema, ki ga izpostavlja. Je eno izmed najmočnejših orodij vizualne komunikacije, ki prenaša sporočilo do prejemnika in je po vsebini specifična, saj je humorna in satirična. Karikature ustvarjajo pomen preko rabe simbolov, literarnih in zgodovinskih aluzij, vizualnih analogij in objavljenih tekstov, ki pripadajo določenemu kulturnemu kontekstu. Čeprav je njeno orožje čista preprostost tako v stilu kot mehanizmu, tako v težnji kot v obliki, kar je tudi skrivnost njene privlačnosti, pa je njena medbesedilnost pogosto kompleksna in je vezana na gledalčevo (pred)znanje in poznavanje določenih kulturnih vzorcev, v katerih karikatura nastaja. Zato je, ko gre za kritiziranje aktualnih družbenih in političnih dogajanj, tudi veliko močnejše orožje kot npr. poezija ali slika, saj je neposredna in ostra in ničesar ne skriva. Učinki in delo karikature pa niso zanimivi le za likovne kritike, temveč so tudi pogost predmet filozofskih, psiholoških, zgodovinskih in družbenih razprav, ki v njih iščejo izvirne vzgibe, pomena in razlage družbenega stanja in vzrode odzivov nanje.

Avstrijski psihoanalitik in umetnostni kritik Ernst Kris je karikaturu opredelil kot proces, pri katerem se pod vplivom agresije uporabljajo primitivne strukture z namenom smešenja žrtve. Karikatura je namreč porojena iz kompromisa med estetskimi in agresivnim elementom v umetnosti. Dokler se giblje le znotraj območja estetike, ne more postati družbeno angažirana, ker ne dosega množic. Angažirana tako postane šele, ko si pridobi element agresivnosti, za kar praviloma izrablja humor. Za Krisa je karikatura najprej psihološki mehanizem in ne del umetnosti, zato tudi kasneje, ko so ji dodani umetniški elementi, ne more delovati zgolj znotraj umetniškega, ampak stopa v območje družbeno-politične komunikacije. Potemtakem tudi absolutna



Da Vincijeve groteskne obraze, nastale nekje na prelomu 15. v 16. stoletje, štejejo za predhodnike karikature. Bil je med prvimi umetniki, ki se ni ukvarjal le z idealno človeško postavo, temveč so ga zanimali njeni odkloni (google pictures).

strpnost do karikature ni možna, ne obstaja. Prav tako je bila karikatura prva v območju likovne izraznosti, ki ji je bila dopuščena pretveza za humor – torej uporabi humor kot izgovor za odkrivanje resnice, kar je danes prisotno in značilno za mnoga področja sodobne umetnosti –, vendar je za to potrebovala tudi določene pogoje zgodovinskega dogajanja.

Satira v besedi in komične podobe so v kulturni zgodovini že dolgo prisotne in jih najdemo v vseh zgodovinskih obdobjih. Že stari Grki so npr. poznali smešne podobe škratov z ogromnimi glavami. Tudi srednji vek in renesansa ponujata številne risbe, ki so, podobno kot grški škrti, opravljale vlogo obrekovanja, zasmehovanja in poniževanja posameznika. Znano je tudi, da



Šestindvajseta risba Holbeinovega *Plesa smrti* (1538) prikazuje zdravnika, ki od smrti prejema urin onemoglega starca v preiskavo in mu ta pravi: »Lahko torej pozdraviš tega moža, ki je že v moji oblasti.« (National Library of Medicine: Images from the History of Medicine).

so srednjeveški moralisti dobro vedeli, kako uporabiti smeh za uveljavljanje moralnih vrednot in pridigo. Ti so namreč grešnike, gizdaline, skopuhe in bahače izpostavili posmehu v sliki, kar lahko vidimo v priljubljenih srednjeveških alegoričnih freskah *Ples smrti*, ki jih lahko tudi že približamo karikaturi v današnjem pomenu. Prav tako groteskne risbe Leonarda da Vinci nekateri likovni kritiki štejejo za predhodnice karikature. V renesansi so slikarji praviloma sledili idealu lepote človeškega telesa, vendar se da Vinci ni obračal le po tedaj togih ustaljenih pravilih slikarskega upodabljanja, temveč so ga zanimali tudi nepravilni obrazi in (pretirana) obrazna mimika. Vendar na tem mestu še vedno govorimo le o predstopnji karikature, ki je počasi, v koraku z družbenimi spremembami, tlakovala pot njenemu nastanku in razvoju.

Predhodnice karikature se namreč od sodobne, ki je nastala konec 16. stoletja, razlikujejo v tendenci, ki je za karikaturo bistvena. Podobe grških škrtatov s povečano glavo naj bi tako le zasmehovale določeno vrsto ljudi, podobno podobe grešnikov na srednjeveških freskah. Prav tako da Vinci s pretiravanjem ni prevračal podobe portretiranca, temveč se je osredotočal predvsem na poudarjanje obrazne mimike in raznolikost obraznih izrazov. Tisto, kar se prvič zgodi v portretih bratov Carracci, ki veljata za začetnika karikature, in to je tudi ključna prelomnica za njen razvoj, je to, da sta bila prva, ki sta ob koncu 16. stoletja uporabila pretiravanje kot sredstvo za portretiranje osebnosti subjekta. Rezultat pretiravanja, popačenja je namreč ta, da proizvaja



Poplačilo krutosti (*The Reward of Cruelty*), četrta slika iz Hogarthove serije *Štiri stopnje krutosti* (*Four Stages of Cruelty*), iz leta 1751. Slika prikazuje raztelesenje zločinca po njegovi usmrtni. Hogarthova izjemnost je predvsem v tem, da gledalca povabi k premisleku, ko mu ponudi izbiro med morilskim zločincem in zdravniku med seciranjem. V ozadju je namreč etično vprašanje o javnih izvrševanjih smrtne kazni (National Library of Medicine: Images from the History of Medicine).

zanjo značilnega renesančnega humanizma tlakovala pot svobodi izražanja misli.

Druga stvar je bil tehnološki napredek, saj je iznajdba tiska omogočila reproduciranje risb. Karikatura je namreč imela drugačno vlogo kot dotedanja slikarska dela in je nagovarjala gledalca neposredno z aktualnimi dogajanjimi in sprožala premislek, torej je morala biti dosegljiva čim širši množici, kar je omogočil način mehanične reprodukcije. Karikature so že precej redno objavljali v 17. stoletju, kar je bila tudi posledica ugodne evropske družbene klime, konec 18. stoletja, ko se pojavi nova vrsta tiska, litografija, ki omogoči razmnoževanje narisanih slik, pa so postale in se ustalile kot stalni del revij in časopisov. Karikatura s tem postane splošno dostopna in se uveljavi kot prepoznavna umetniška forma.

Tretja in za karikaturo najbolj bistvena novost po mnenju večine njenih poznavalcev pa je bila sprememba vloge in položaja umetnika v družbi. Z obdobjem reformacije je namreč nastopil čas, ki je umetnikom dovoljeval kreativno svobodo, da po svoje improvizirajo s stvarnostjo. Torej umetnik ni bil več omejen z ustaljenimi vzorci in s posnemanjem stvarnosti, temveč si je lahko delil najvišjo pravico, kot so jo imeli do tedaj pesniki, da oblikuje resničnost

komične učinke, torej gre nad samo zasmehovanje in poniževanje. Tako je bil obraz začetek karikirane risbe, beseda karikatura pa izvira iz italijanske, iz glagola *caricare*, ki pomeni naložiti, preobložiti, in jo je prvič uporabil Giovanni Mosini v knjigi *Diverse Figure* leta 1646, kjer se je referiral na dela bratov Carracci. Ideja in praksa karikatur se je tako hitro širila iz Italije najprej v severne evropske dežele do Velike Britanije, kjer je v 18. stoletju doživela največji razcvet.

Da se je lahko pojavila karikatura kot umetniška forma, ki napada družbeno-politično dogajanje, so se po mnenju poznavalcev razvoja karikature (Ernst Gombrich, Ernst Kirst, Erwin Panofsky idr.) morale zgoditi tri stvari. Prva je bila ta, da je v renesansi prišlo do pomembnih družbenih sprememb. Dotedanje avtoritarne strukture srednjeveške družbe so padle in postopoma se je razvila družba, ki poudarja posameznika kot svobodni subjekt znotraj nje. Z razvojem demokratične družbe torej je bila omogočena tudi tolikšna svoboda posameznika, da je ta lahko drugega izpostavil posmehu. Zato izvor karikature najdemo v Italiji, potem ko so ideje

po svoje. Domišljija, vizija, domiselnost, inspiracija in umetniški genij so presegli poprejšnje čaščenje umetnikove tehnične dovršenosti. Od posnemovalca in obrtnika je umetnik prešel na ustvarjalca in v tej novi ideologiji je lahko nastala karikatura, kjer njen avtor ne išče popolne oblike, temveč popolno popačenost. Karikatura je torej šele v teh zgodovinskih danostih lahko kulminirala kot družbeno orožje; ko je v vlogi odmaskiranja tarč, ki jih napada s smešenjem, postala množično prisotna in dostopna, kakršna je še danes. Postala je krik družbe v podobi in nase prevzela tudi vlogo nenehnega opominjanja, da je pero močnejše od orožja.

Karikatura in medicina

Medicina je bila v karikaturi pogosto prisotna, vendar se je kot tarča posmeha skozi čas tudi spreminjala – v 17. in 18. stoletju je namreč veliko bolj pogosta kot kasneje ali danes. V času začetka karikature je bila meja med mazaštvom in medicino precej nejasna, zato je bil tudi zdravnik praviloma karikiran v postavi z norcem ali s smrtjo, kar namiguje na nekoristnost kakršnega koli upora zoper usodo – smrt, ki so jo takrat dojemali fatalistično. Tako Hans Holbein npr. v seriji *lesorezov Plesa smrti* iz prve polovice 16. stoletja zdravnika postavlja ob bok smrti, ki mu podaja urin v preiskavo in se mu posmehuje. V razsvetljenstvu pa so mnogi umetniki začeli risati medicinske ilustracije že z različnih perspektiv. Medicina je v tem času veljala za konkurenčni tržni prostor, kjer so zdravniki med sabo tekmovali za interes bolnikov. Za mnoga bolezenska stanja ortodoksna medicinska terapija ni bila uspešna in premožnejši sloji, ki so si lahko privoščili usluge zdravnikov, so porabili izdatne vsote denarja za ozdravitev svojih družinskih članov.

Angleški karikaturisti 18. stoletja, ki so mdr. tudi krivci izjemnega razcveta karikature, so za orodje izbrali moralni pogled na družbeno življenje, pretiravanje posameznikovega značaja in smešenje arogance. William Hogarth, oče angleške karikature, katerega delež je ključen za razvoj likovne satire in je tudi med prvimi, ki karikaturo izpostavi kot orodje za širjenje družbenih idej, je najbolj poznan po smešenju nepravilnosti angleške družbe, vključno z zdravniškimi zlorabami. Iz Hogarthovih karikatur tako lahko razberemo, kakšna je bila javna podoba zdravnika tedanjega časa – brezuspešna, pohlepna, vzvišena, ambiciozna, pogosto pohotna in nevedna in brezbrizna do trpečih bolnikov. Stereotipi o medicini so bili nasploh vselej negativni ali vsaj dvoumni. Vizualni namigi so vrinjali podobo medicine kot mučilne sobe ali gledališča krutosti. V karikaturah predstavljeni zdravniki, v večini prikazani kot mazači, so bili grožnja človeškemu telesu, ne le preko terapevtskega nasilja, temveč tudi v seksualnem pomenu. Zdravniško nasilje in oskrumbe so torej prežali v mislih ljudi. Vendar ni bil vselej le zdravnik tisti, ki je vzbudil sarkazem v karikaturistu, temveč tudi cilj njegove dejavnosti – bolezen. Angleškemu vzoru so sledili še mnogi slikarji po Evropi, ki so se izražali skozi satiro in medicino izpostavljali kritiki: v Španiji npr. Francisco Goya, v Franciji Honoré Daumier.



Kravji izpuščaj (*The Cow Pox*, 1802). Avtorja Jamesa Gillroya so navdihnile polemike, ki so se pojavljale v času promoviranja kravje vakuine proti črnim kozam. Med ljudmi so bile takrat tudi precej razširjene govornice, da kravja vakcina lahko požene kravje izrastke. Karikaturo si lahko razlagamo na več načinov. Prevladujoče je, da gre za antipropagando cepljenju, ki ga na začetku tako del stroke kot tudi laiki niso sprejeli. Lahko pa jo razumemo tudi kot smešenje tistih, ki so jo zavračali, na kar namigujejo absurdne ideje, ki so krožile med nasprotniki in plašile ljudi (National Library of Medicine: Images from the History of Medicine).

Kakor meni angleški socialni zgodovinar medicine Roy Porter, pa je vzpon medicine konec 19. stoletja, ki je tudi temeljito spremenil položaj zdravnika v družbi, spremenil tudi njegovo vlogo oziroma mesto v karikaturi. S tem ko je imela medicina vedno več učinkovitega orožja proti vse več bolezenskim stanjem in je bila smrt posledica patološkega dogajanja v telesu in ne več višjih sil kot kazen za pregrešnost, so karikature zdravnikov postale del dobrosrčne zabave, ki so jih objavljale komične revije. Vendar te sodobnemu pogledu ne vzbudijo več vsaj rahlega nasmeha. Zdravnik je bil potemtakem najbolj priljubljena tarča karikaturistov vse dokler je bil bolj kot ne neveden – torej še ni posedoval znanja in orodja, s katerima lahko uspešno zdravi. In bolj kot se je medicina osvobajala od zastarelih konceptov in tradicij in bolj kot se je razvijala znanstvena medicina, bolj so tudi karikaturisti spreminjali točko posmeha v svojih risbah. In s tem ko medicina teče svoj zmagoviti krog, ki ji ga prinese njen bliskoviti razvoj, zdravnik tudi ni več tarča posmeha, ampak se ta preusmeri na ljudstvo, ki zavrača cepljenje ali druga revolucionarna odkritja v medicini oziroma se še vedno opira na s strani medicine zavržene terapevtske in profilaktične ukrepe.

Hinko Smrekar (1883–1942)

Poznavalec in raziskovalec karikature pri Slovencih Damir Globočnik pravi, da lahko od začetka 20. stoletja govorimo tudi o vrhunskem nivoju domače karikature. Med njena osrednja imena sodi Hinko Smrekar, ki je poleg Maksima Gasparija, Miljutina Zarnika, Nikolaja Pirnata, Ivana Čarga in drugih tlakoval pot

tež likovni zvrsti pri nas. Kar pa Smrekarja še najbolj razlikuje od članov tega kroga, je to, da je bil vselej neprijetni in nezaželeni opazovalec, tolmač in kritik družbenega in političnega dogajanja prve polovice 20. stoletja, kot je o njem zapisal umetnostni kritik Karel Dobida. Tudi prizanašal ni nikomur, niti kolegom niti občinstvu. Smrekar je pravzaprav delil usodo s številnimi v svetu uveljavljenimi karikaturisti in likovnimi satiriki, ki so se povsod srečevali z neodobravanjem, zavračanjem in cenzuro.

Poleg tega je bila karikatura že v samem polju likovne umetnosti postavljena na rob, neenakovredna drugim likovnim zvrstem. Na začetku 20. stoletja je bila pri nas tudi najbolj uveljavljena visoka umetnost, z ideološkim konceptom *L'art pour l'art*, ki je prevzela vzvišen pogled nad življenjem. Med njo in Smrekarjem je bila ves čas prisotna vzajemna nenaklonjenost. Tako je bil Smrekar v likovnih krogih za časa svojega življenja bolj kot ne prezrt in številna dela so bila prvič razstavljena in predstavljena javnosti šele dobro desetletje po njegovi smrti. Ljudje so ga poznali predvsem iz časopisov kot humorista, čeprav je bil Smrekar večplasten umetnik in so njegova najbolj odmevna in dovršena dela predvsem v satiri in karikaturah. Pravzaprav med slovenskimi karikaturisti težko najdemo koga, ki bi znal tako pridržati ogledalo slovenski družbi, kakor ga je Smrekar v prvi polovici prejšnjega stoletja. Zanj je bila satira neizprosno boj med spoznanjem resnice in čustvovanjem. Tudi v njegovih najbolj humornih delih ostane na dnu vselej še kanček žalosti in grenkobe. V karikaturi *Norost vlada svetu* je npr. med patološke figure, ki kažejo na patološko stanje družbe in so izrisane v natančni klinični sliki psihiatričnih bolnikov, na tla položil majhnega otroka – aktualno (neodgovorno) dogajanje pač pomeni največje breme predvsem za zanamce.

Smrekarjevo satiro pogosto označujejo za fantastično, čudaško in vselej jedko in ostro. V resnici pa v njej najdemo, kot pravi Globočnik, bogato zakladnico motivov in neposredne odraze zgodovinske, družbene in politične dinamike. Poleg Pirnata in Čarga je bil Smrekar tudi edini karikaturist, ki je do druge svetovne vojne posegal po politični karikaturi. Njegova likovna satira se predvsem ni porajala kot oblika udinjaja tej ali oni stranki oziroma njenemu



Hinko Smrekar: Rentgenski izvid, 1912. Karikatura je spremljala Smrekarjeve dnevniške zapise, ko se je srečeval s cenzuro. Le-to ironizira inteligentno in neposredno. Smrekar v karikaturah pogosto uporabi tudi motive iz medicine, najsi gre za njeno delovno orodje ali za bolezn, vendar se ji v večini ne posmehuje, ampak jo izrablja kot sredstvo za smešenje. Medicina pri Smrekarju ni več tarča posmeha, podobno kot je tudi drugod po Evropi, zaradi njene vse večje učinkovitosti, uspehov in zaupanja ljudi vanjo, izginila iz dnevnega časopisja oziroma karikatur (fotoarhiv Inštituta za zgodovino medicine MF UL).



Hinko Smrekar, Nočne pošasti, perorisba s tušem; 43,6 x 30 cm; Narodna galerija, inv. št. NG S 915 © Narodna galerija Ljubljana (foto: Bojan Selaj).

Pošastni prividi (ok. 1913) sodijo v vrsti brueghelsko pošastnih kompozicij med Smrekarjeve najboljše. Fantastične podobe nočnih mor, alkoholnih delirijev ali paranoidnih in anksioznih stanj je Smrekar uporabil tudi kot alegorijo za grozote vojne in stiske človeka.

časopisnemu glasilu. Zato je bil Smrekar trn v peti vsakokratni oblasti. S cenzuro se je srečeval že od samega začetka. S smešenjem kraljeve birokracije ter avstro-ogrske politike si je leta 1915 prislužil vpoklic v vojsko, kjer pa si je z novonastalimi karikaturami naložil še ovadbo in zapor. Leta 1916 je ljubljansko policijsko ravnateljstvo prepovedalo in zaplenilo tudi zaloge tarok kart, ki jih je ilustriral Smrekar in so bile med ljudmi precej priljubljene; širile naj bi panslavistične ideje. Smrekar je bil aktiven in ustvarjalen tudi ves čas med vojnami. V letu in pol, ki ju je Smrekar preživel pod fašistično okupacijo, je naredil številne jedke karikature in satire na račun okupatorjev in njihovih voditeljev, ki jih je sam razstavljal po izložbah. Brezkompromisen kot je bil, je liste opremil še z italijanskimi in nemškimi prevodi spremnega besedila – ta so bila tudi sicer njegova stalnica v karikaturi. Tako so ga septembra 1942 italijanski okupatorji aretirali in ga brez sodne preiskave ali kakršnega koli postopka ustrelili kot upornika. Ostale pa so Smrekarjeve karikature, ki so nadčasovne, še zmeraj aktualne in impresivne in opominjajo, da je svinčnik močnejši od orožja.

Smrekar je bil humoren v sliki in duhovit v njeni spremni besedi. Če pogledamo izvor besede humor, ta izhaja iz humoralne medicine, pohipokratične teorije o štirih življenjskih sokovih, ki so ključni za (ne)harmonično delovanje človekovega organizma in duševnosti. Ravnotežje teh sokov v telesu uravnava tako človekovo zdravje kot razpoloženje. Dobro »humoralno« stanje v telesu torej pomeni tudi dobro razpoloženje. Prav tako obstaja tesna zveza med duhom in duhovitostjo ali kot pravi Mladen Dolar, komur manjka duhovitosti, mu manjka tudi duha. Predvsem zmoglosti postaviti se na neodvisno stališče in se posmehovati tako drugim kot svojim. In Smrekar ni »žalil« samo eno ali samo nekatere, »žalil« je vse človeštvo, kar je pravzaprav skupno vsem velikim karikaturostom. Torej če želimo zdrav duh v zdravem telesu, zdaj vemo, kam se obrniti. Škoda le, da Smrekar ni tudi pred strelskim vodom v Gramozni jami, kakor je leta prej kritiziral

Slovence, ki se ne znajo smejati na svoj račun, zakričal še enkrat: »Več humorja, ljudje božji!«

Literatura:

1. Born W. The Nature and History of Medical Caricature. *CibaSymposia* 1944; 6 (8): 1910–24.
2. Dobida K. *Hinko Smrekar*. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1957.
3. Globočnik D. Likovna satira: poglavja o karikaturi v slovenskih satiričnih listih. *SRP* 2012; 1. Dostopno na: http://www.revijasrp.si/knjevosp/pogum2012-1/Likovna_satira38.htm.
4. Gombrich E, Kris E. The Principles of Caricature. *Brit Jour of Med Psych* 1938; 17: 319–42.
5. Lorusso L. Neurological Caricatures Since the 15th Century. *Jour of Hist of Neurosc* 2008; 17: 314–34.
6. Porter R. The Body Politic – Diseases and Discourses. *History Today* 2001; October: 23–9.

Razvoj dentalne medicine v svetu in na Stomatološki kliniki v Ljubljani

Kratek pregled do leta 1975

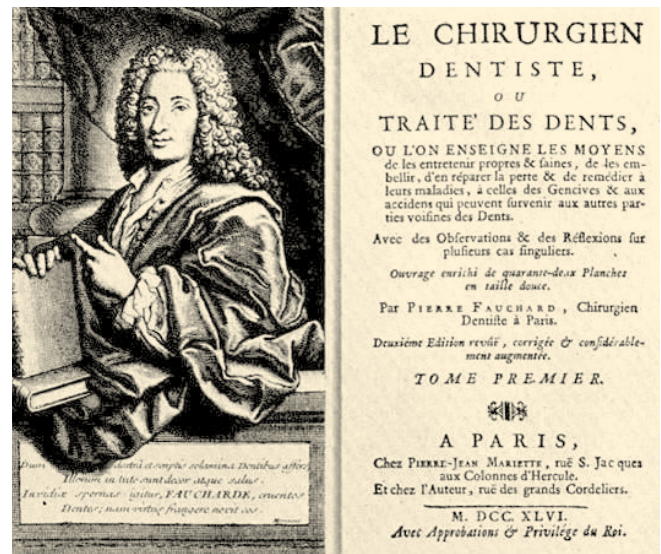
Zvonka Zupanič Slavec

Razvoj stomatologije po svetu

Stomatologija se je kot **biološko-medicinska veda** razvila sicer šele v **20. stoletju**, a njene **začetke** najdemo v **ljudski medicini** vseh kultur že v **prazgodovini**. Ker pa je bila ljudska medicina nemočna pri zdravljenju zob in odpravljanju spremljajočih bolečin, si je pomagala z različnimi **magičnimi pristopi**, ki pa niso bili učinkoviti. Še donedavna najstarejše znano **zdravljenje zob**, ki temelji na izkapaninah iz egipčanskih piramid in izvira iz časa **2.500 let pr. n. št.**, so dopolnila odkritja zob z znaki (ali sledmi) vrtnanja iz **neolitika**, in sicer v **Pakistanu**, stara okoli **7.500 let**. Za slovenski prostor pa je še zanimivejša izkapanina iz severnega dela **slovenske Istre**, kjer so našli v okoli **6.500 let** starem **zobu polnitem iz čebeljega voska**. To dokazuje, da je človek od nekdaj iskal načine, da bi zdravil boleče zobe. Prve **zobne nadomestke so našli** v etruščanskih grobiščih iz 7. stol. pr. n. št., z zobozdravstvom pa so se pred antičnimi Grki in Rimljani ukvarjali že Feničani. Zapiski o **snemnih protezah** Rimljanov izvirajo iz **7. stoletja pr. n. št.**

Stomatologija je v primerjavi z drugimi medicinskimi specialističnimi strokami v posebnem položaju: zdravljenje zob in njihovo nadomeščanje je bilo in ostaja odvisno od razvoja stroke, terapevtskega znanja in njegove ročne spretnosti. Včasih je obstajalo mišljenje, da je stomatologija bolj tehnična znanost kot medicinska stroka, vendar je patologija zob del patologije človeškega telesa, neredko povezana tudi z internističnimi boleznimi. Podobno so razmišljali že v starih kulturah Egipta,

Babilonije, Asirije, Indije in Kitajske, ko so zobozdravstvo šteli za medicinsko specialnost. Pozneje so to med drugimi poudarjali veliki antični zdravniki, Hipokrat in Galen, pa arabski zdravnik Rhazes in drugi.

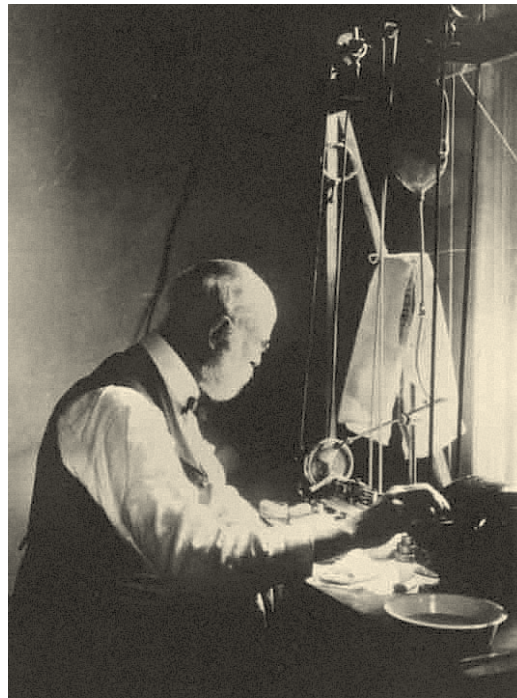


Začetnik modernega zobozdravstva, Francoz Pierre Fauchard (1678–1761) je avtor prve monografije o dentalni medicini – Zobozdravnik (*Le chirurgien dentiste*) – iz leta **1728** (vir: google pictures).



Kirurg Georg Carabelli (1787–1842) je leta 1821 dobil cesarsko dovoljenje za poučevanje dentalne medicine na dunajski univerzi, kjer je leta 1890 nastala Dentalna poliklinika (vir google pictures).

Vse do 19. stoletja je bilo zobozdravstvo posebna **veja kirurgije**, ki se je v srednjem veku ločila od splošne medicine in postala domena nižjega zdravstvenega osebja; to se ni šolalo na univerzah, ampak imelo le praktični pouk v obrtnih delavnicah. Sledila so tri stoletja nazadovanja kirurgije in zobozdravstva, slednje je tako prešlo v roke brivcev in vaških šarlatanov. Z razvojem **anatomije in fiziologije** so se pojavile nove možnosti za razvoj kirurgije, ki je v 18. stoletja spet postala del medicine. V tem obdobju se je zobozdravstvo s francoskim zdravnikom **Pierrom Fauchardom** (1678–1761) in angleškim zdravnikom **Johnom Hunterjem** (1728–1793) ponovno vrnilo v okvire kirurgije in se v 19. stoletju oblikovalo v **specialistično disciplino**. Tedaj se je delovno področje **odontologije** razširilo na preučevanje in zdravljenje **celotne ustne votline**. Zobozdravstvo se je začelo organizirati kot stroka in kot znanost. V **Baltimoru** (Maryland, ZDA) so leta **1840 ustanovili prvo samostojno zobozdravniško šolo** za dentalno kirurgijo in protetiko, kjer je pouk temeljil na praktičnem zobozdravstvu in je vseboval tudi medicinske osnove. Leta 1867 se je ta šola pridružila univerzi Harvard (Baltimore). Po ameriškem zgledu so tudi v Evropi začenjali razvijati zobozdravstvene šole in organizirati strokovna društva, kar je spodbujalo nastanek stomatološke ideje. V **Angliji** so leta **1879** zakonsko opredelili zobozdravstvene poklice in **1880** ustanovili **Britansko združenje zobozdravnikov**. V strokovni literaturi se je **izraz stomatologija** prvič pojavil leta **1868**, leta **1889** pa je v Parizu že potekal prvi mednarodni **zobozdravstveni kongres**.



Ameriški pionir dentalne medicine G. V. Black (1836–1915) s prototipom zobne vrtalke (vir: google pictures). Leta 1868 je nastal prototip turbinske zobne vrtalke, ki je od leta 1871 delovala na nožni pogon in bila patentirana, leta 1874 pa jo je že poganjala elektrika.

Dentalna poliklinika Univerze na **Dunaju** je bila ustanovljena leta **1890** in je skrbela za vzgojo zobozdravstvenih kadrov, čeprav se je tam akademska zgodovina dentalne medicine začela že leta **1821**, ko je kirurg **Georg Carabelli** (1787–1842) dobil cesarsko dovoljenje za poučevanje dentalne medicine na dunajski univerzi. **Prva stomatološka klinika** je bila ustanovljena leta **1906** na Univerzi v **Budimpešti**, leta 1901 pa so ustanovili **Mednarodno zobozdravstveno združenje – Fédération dentaire internationale (FDI)**.

Razvoj zobozdravstva je po svetu potekal **na dva načina**: v osrednji Evropi in tudi pri Slovencih se je stomatologija razvijala v okviru splošne medicine, v ameriškem prostoru pa kot samostojna stroka.

Protetika

Najstarejša znana **zobna proteza** izvira iz časa okoli **2.500 pr. n. št.** in so jo našli v grobnici **egipčanskih piramid**; sta kočnika, povezana z zlato žico, med katerima je bil eden zdrav, drugi pa majav zaradi gnojnega vnetja obzobnih tkiv. Čeprav ne gre za pravi zobni nadomestek, primer dokazuje, da so že tedaj poskušali zdraviti zobe s protetičnim načinom.

Uporaba nadomestnih zob sega daleč v stari vek, nadomeščali pa so jih z živalskimi ali s človeškimi zobmi ter zobmi iz lesa,



Pogled na hišo nekdanjega upravnika ljubljanske bolnišnice, ki je bila po drugi svetovni vojni dodeljena novoustanovljeni Stomatološki kliniki (iz fotoarhiva Stomatološke klinike UKCL).

kosti in slonovine. Kozmetični učinek umetnih nadomestkov je bil običajno slab, material pa ni bil odporen na delovanje kislin v ustni votlini in je običajno razpadal ter se zabarval.

Prvi znani **protetični izdelki** izvirajo iz italijanske **Etrurije**, kjer so v grobiščih našli pet dobro ohranjenih fiksnih protez iz 9. stoletja pr. n. št. Ti prvi zobni nadomestki so s svojimi zlatimi trakovi služili bolj estetskim kot funkcionalnim namenom in so bili izdelani iz zbrušanih ali spiljenih živalskih zob. Podobno so tudi **Feničani** nadomeščali izgubljene zobe: z zlato žico so spretno pričvrstili živalski zob, enega ali tudi več, ob naravne zobe. Isto tehniko so kasneje uporabljali Rimljani, ki v zobni protetiki niso bistveno napredovali. Iz srednjega veka so ohranjena le skromna izročila o tedanjem stanju zobozdravstva. Razprave o zobnih protezah zasledimo ponovno v 16. stoletju. V njih znameniti francoski kirurg **Ambroise Paré** (1510–1590) opisuje izdelavo zobne proteze, kot se je tega naučil od nekega brivca. Proteze so v tistem času izdelovali rezbarsko iz slonovine ali iz ploščatih živalskih kosti. Proteza je bila izdelana iz enega kosa in z zlatimi ali srebrnimi žičkami pritrjena na preostale zobe.

V zgodovini zobozdravstva in zobne protetike zaseda posebno mesto Francoz **Pierre Fauchard** (1678–1761), avtor prve monografije o dentalni medicini – **Zobozdravnik** (*Le chirurgien dentiste*) – iz leta **1728**. Fauchard je prvotno dobival materiale za umetne zobe iz živalskih zob. Prvi je tudi vstavljal **zatič v**

korenino in nanj pričvrstil umetni zob, v čemer je zametek fiksne protetike. Poleg tega je Fauchard v 18. stoletju izdelal tudi **prve totalne proteze**, ki jih je v njihovem dorzalnem delu pritrdil z vzmetmi. Še vedno je uporabljal naravne materiale (živalske in človeške zobe, kosti, slonovino), vendar je že uvajal umetne snovi, morebiti **porcelan** in **naravne smole**. Izdeloval je tudi umetne zobe in za krono uporabil zbrušena živalski zob, ki ga je pritrdil s posebno zmesjo pečatnega voska. **Sredi 19. stoletja** so **umetne zobe** začeli **tovarniško izdelovati**. Prva tovarna je bila ustanovljena leta 1841 v Philadelphiji (ZDA) pod imenom S. S. White (SSW).

Prvi mavčni model čeljusti, ki je postal predloga za izdelavo proteze iz živalske kosti, je izdelal nemški kirurg **Mathaeus Gottfried Purmann** (1648–1721). Prvo knjigo o **zobni protetiki** pa je leta **1746** napisal **Claude Mouton**. Etienne Bourdet je leta 1775 poročal o izdelavi zlate baze za snemno protezo, na katero so bili pritrjeni zobje iz slonovine z zlatimi zatički. **Prvo porcelansko zobno protezo** v enem delu je izdelal **Nicholas Dubois de Chamant** leta **1788**. Začetnik izdelave posamičnih **porcelanskih zob** pa je bil **Guissepeangelo Fonci** okoli leta **1808**. Hitrejši razvoj protetike je temeljil na novih umetnih materialih in novi tehnologiji dela. Šele z uvedbo **vulkanizacije kavčuka** (Goodyear, 1845) in njegovo uporabo v zobozdravstvu pa so se pojavile proteze, katerih osnova je natančna reprodukcija čeljustnega grebena.

Razvoj zobne protetike teoretično delimo glede na metodološke novosti na obdobje **naravnih materialov** (do 1850), obdobje **kavčuka** (do 1940) in obdobje **umetnih smol** (akrilata). Fauchard je prvi poskušal **izdelati zobe iz kovine** in jih **preobleči s porcelanom**. Izdelovanje porcelanskih zob se je začelo v drugi polovici 18. stoletja. Lekarnar Duchateau se je leta 1776 domislil, da bi umetne zobe izdelal s pečenjem porcelanskega prahu, a se je pri tem porcelan zelo krčil, zato se te proteze niso natančno prilegale podporni površini.

Parodontologija

Prve zapise o **etiologiji bolezni obzobnih tkiv** zasledimo že pri Hipokratu. Sredi 16. stoletja je **H. Gardanus** opisal, da je lahko žariščna infekcija dentogenega izvora. Oče modernega zobozdravstva Pierre Fauchard je v svoji knjigi *Zobozdravnik* že pisal o alveoralni pioreji, za katero je menil, da jo povzročajo lokalni dejavniki in da jo je treba zdraviti z lokalno aplikacijo zdravil, masažo dlesni in izpiranjem ust. V 19. stoletju so spoznali, da prenaša obzobno tkivo vsa biopatološka dogajanja med zobom in organizmom. Prva resnejša opozorila o nevarnosti dentogene žariščne infekcije so iz leta **1910**, ko je na to opozoril angleški internist **W. Hunter** in so temo nadalje raziskovali predvsem ameriški zobozdravniki. Sodoben pogled na parodontopatije pa je nastal pred začetkom druge svetovne vojne, pri nas pa v drugi polovici 20. stoletja. Prodrla so tudi spoznanja o vplivu prehrane in socialnega stanja prebivalstva na pojav parodontane bolezni.



Udarniško delo pri gradnji vzhodnega trakta Stomatološke klinike ob Zaloški cesti (v ozadju nekdanja Gluhonemnica, kasneje stavba B Onkološkega inštituta) (iz fotoarhiva Stomatološke klinike UKCL).

Zobne bolezni

Zobne bolezni so od nekdaj predstavljale hudo tegobo, saj jih običajno spremlja bolečina. Zato so take zobe večinoma pulili. Zdravljenje obolelih zob pa se je postopoma razvijalo, pojavljale so se nove metode dela in spoznavali su ustrezne materiale. Četudi so čisto zlato za plombe uporabljali že prej, je prvi podatek o njegovi uporabi za **polnilni material** za zobe prišel z bolonjske univerze šele leta **1480**, pod njim pa je bil podpisan Italijan **J. Arculanus**. Iz tega obdobja je tudi opis čiščenja zobne gnilobe pred polnitvijo, ki ga je podal prav tako Italijan **Giovanni da Vigo** (1460–1520).

S Fauchardom in z nastankom novega obdobja v zobozdravstvu je nemški zdravnik **Philipp Pfaff** (1716–1780) leta 1756 opravil **kritje zobne pulpe**. Bil je prvi, ki je v svoji zobozdravstveni knjigi opisal **instrumentalno odstranjevanje karioznih mas, oblikovanje kavitet in plomiranje zob**. Fauchard je za polnjenje kavitet uporabljal **svinec, kositer in zlato** v tanko zvaljanih lističih. Kombinacijo živega srebra in srebra, **srebrno pasto**, je izdelal in objavil **M. Traveau** leta **1826** in je pomenila **začetek dentalnih amalgamov**, ki so jih **Kitajci** uporabljali že stoletja pred tem. Ob koncu 18. stoletja je znanje o patologiji in terapiji zob vedno bolj napredovalo. V 19. stoletju so nastala nova pojmovanja o konzervirajočem zobozdravstvu, od katerih nekatera še vedno veljajo. Takrat je nastala tudi nova teorija o nastanku **zobnega kariesa**, za katero danes velja, da je multifaktorialna in kompleksna.

Prvi instrument za **brušenje zob** so bile **pile**. Z njimi so ponekod pri primitivnih ljudstvih obredno brusili zobe, da bi izgledali bolj strašni ali pa je to sodilo k obredom iniciacije. Prve **zobne vrtalke** so bile ročne, leta **1864** pa so iznašli vrtalni stroj, ki je deloval s pomočjo vzmeti. Leta 1868 je nastal prototip današnjih **turbinskih zobnih vrtalk**, kjer je zrak poganjal sveder. Leta **1871** so v ZDA (J. Morrison) izdelali prvo zobno vrtalko



Slavje diplomantov stomatološke klinike ob koncu petdesetih let 20. stoletja (iz fotoarhiva Stomatološke klinike UKCL).

na nožni pogon, ki je bila patentirana leta 1871. Od leta **1874** pa je že **elektrika** poganjala zobno vrtalko. **Sredi 20. stoletja** so nastale **današnje zobne vrtalke** »turbine«, ki jih poganja stisnjen zrak. V tem pregledu dodajmo še veliko ime moderne zobozdravstva, Američana **G. V. Blacka** (1836–1915), ki je vsestransko vplival na razvoj sodobnega zobozdravstva, tudi zobne vrtalke.

Zobna in čeljustna ortopedija

Nepravilnosti zobovja so poskušali odpravljati že stari narodi, a prve znane zapiske o nepravilni razvrstitvi zob je zapustil **rimski** enciklopedist **Kornelius Celzus** (1. stol.) v svojih knjigah *De re medica libri octo*. Nekaj več opažanj je v zapisih Pavla iz EGINE (7. stol.), ki je priporočal ekstrakcije mlečnih zob, kadar stalni zobje niso mogli pravilno izraščati. Nato medicinska literatura srednjega in prve polovice novega veka skoraj ne omenja nepravilnosti žvekalnih organov, tako da je **ortodontija** postala pomembna šele **konec 19. stoletja**.

Ortodontski razvoj so sprva pogojevale **izkušnje**, ko zdravniki niso poznali vzrokov ortodontskih nepravilnosti, niso znali speljati njihove diagnostike in tudi ne klasifikacije. Nepravilno postavljene zobe, najpogosteje sekalce, so uravnavali z grobimi aparati, ki so jih izdelali glede na obstoječe znanje in ročne spretnosti. Osnova uravnavanja je bila izključno simptomatska, uporabljali pa so relativno visoke sile. Najbolj znana osebnost tega obdobja t.i. **mehaničnega diletantizma** je bil ponovno Pierre **Fauchard**, ki je prvi razmišljal o vzrokih zobnih nepravilnosti. Premikanje zob s pomočjo stalne sile pa je podrobneje preučeval angleški kirurg **John Hunter** (1728–1793).

Na prehodu iz **19. v 20. stoletje** ortodontija relativno hitro napreduje tudi na teoretični ravni. V tem obdobju so že uporabljali **standardizirane aparate: labialni lok** po Anglu in **lingvalni lok** po J. C. Mershonu. Spoznali so, da so velike sile škodljive za parodontalna tkiva, da ne smejo prekoračiti kapilarne pritiska,



Prvi kolektiv Stomatološke fakultete Medicinske visoke šole leta 1955. Z leve se vrstijo učitelji: Branko Palčič, Vladimir Volovšek, Valter Krušič, Vera Lenart, Dušana Lavrič, Jože Rant, Lojze Brenčič, Franc Čelešnik, Anton Logar, Milan Perušek in Vekoslav Šmid (iz fotoarhiva prim. Andreja Ranta).

zato so uvedli merjenje. Vpeljali so tudi **morfološko klasifikacijo nepravilnosti**: najpomembnejša je bila razvrstitev po **E. H. Anglu** (1898).

V ortodontiji sledi čas intenzivnega **znanstvenoraziskovalnega dela** s preučevanjem vzrokov nepravilnosti in njihovim **genetiskim** preučevanjem. Mnoga temeljna in številna aplikativna raziskovanja ter niz praktičnih rešitev so obogatili ortodontijo, tako da se je postopno razvila v samostojno stomatološko disciplino. Sočasna tehnična odkritja so pripomogla k natančnejši analizi primerov in boljši diagnostiki, oboje pa k uspešnejši terapiji in realnejši prognozi.

Razvoj stomatologije na Slovenskem do izgradnje Stomatološke klinike

Do konca 19. stoletja je bila na Slovenskem oskrba zob prepuščena neizkušnim ranocelnikom, brivcem, kovačem idr. **Prvi šolani zobozdravnik** v Ljubljani je bil najverjetneje **Markus Padovany**, ki je le začasno opravljal svoje storitve in jih oglašal v ljubljanskem časopisu *Laibacher Zeitung* (1814). **Prvi zobozdravnik**, ki pa se je leta 1835 stalno naselil v Ljubljani, je bil **Lukas Erwerth**.

Pred drugo svetovno vojno so se slovenski zdravniki lahko specializirali za zobozdravstvo predvsem v Avstriji, Italiji, Nemčiji, na Češkem in Madžarskem, redkeje pa v Zagrebu in Beogradu. Po drugi svetovni vojni pa so se postopoma pojavile možnosti izobraževanja tudi v Ljubljani. Stomatologija kot samostojna stroka se je pojavila pri Slovencih šele z **ustanovitvijo Stomatološke klinike v Ljubljani** leta 1945, katere prvi predstojnik je

bil **dr. Jože Rant** (1896–1972). Klinika se je leta **1949** razdelila na **sedem enot**: čeljustna kirurgija, boleznih zob, parodontoz in ustne bolezni, čeljustna ortopedija, otroško zobozdravstvo in preventiva, snemna in fiksna protetika ter predklinična protetika. Razvejanost vede in njeni prvi strokovnjaki ter učitelji Jože Rant, Franc Čelešnik, Anton Logar, Lojze Brenčič in Branko Palčič s sodelavci so pripomogli k razvoju slovenske stomatologije. Vzporedno so nastala tudi prva slovenska strokovna dela in učbeniki stomatologije.

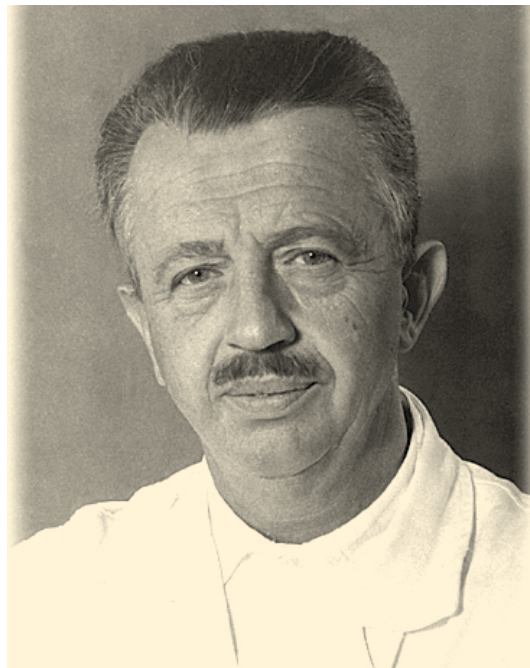
Stomatologija je postala integralni del javnega zdravstva in so jo sprva izvajali v zasebnih in javnih ordinacijah, po režimski prepovedi zasebne prakse pa le še v zdravstvenih domovih. Nova oblast je prevzela organizacijo zobozdravstvene službe in šolanja vseh kadrov ter postavila načelo **socialne stomatologije**, kjer naj bi vsi brezplačno dobili vse oblike zobozdravstvenega zdravljenja in oskrbe.

Nastanek in razvoj Stomatološke klinike

Z ustanovitvijo popolne Medicinske fakultete leta **1945** je bila ustanovljena tudi **Stomatološka klinika**. Takratni minister za zdravstvo LRS, dr. Marjan Ahčin, je **21. julija 1945** izdal dekret, s katerim je imenoval **dr. Jožeta Ranta**, zasebnega zobozdravnika iz Ljubljane, za **rednega profesorja** za predmet **Klinična stomatologija**. Za **predstojnika** novoustanovljene Stomatološke klinike pa je bil izvoljen v avgustu istega leta. Hkrati so ga zadolžili za **organizacijo študija stomatologije** v Sloveniji. Prof. Rant je postal predstojnik klinike, ki je sprva obstajala le na papirju in so zanj



Prof. dr. Jože Rant, prvi predstojnik Oddelka za ortodontijo (iz fotoarhiva Stomatološke klinike UKCL).



Akad. Franc Čelešnik, začetnik čeljustne kirurgije pri Slovencih (iz fotoarhiva Stomatološke klinike UKCL).

šele po njegovem imenovanju iskali primerno lokacijo. Dodeljena ji je bila najmanjša zgradba v sklopu bolnišnice, izpraznjena stanovanjska vila upravnika ljubljanske mestne bolnice na **Lipičevi ulici 1**, ki je imela običajne prostore stanovanjske hiše: štiri sobe, kuhinji, jedilni shrambi in dve kleti. A za razvoj stroke je bilo odločilno organiziranje timskega in interdisciplinarnega dela, za vzgojo lastnih zobozdravnikov pa ustanovitev samostojnega stomatološkega odseka na Medicinski fakulteti (1949).

Za preureditev te stavbe v domovanje slovenskih stomatologov je skrbel poseben odbor, ki so ga sestavljali člani Stokovne sekcije zobozdravstvenih delavcev ter Zveze uslužbencev zdravstvenih in socialnih ustanov Slovenije (ZUZSUS). Ta odbor se je leta **1946** preimenoval v **Društvo zobozdravstvenih delavcev Slovenije**, vodja pa je postal **prof. dr. Jože Rant**. Ožji sodelavci so bili dr. Franc Čelešnik in takrat še študent Branko Palčič, dentist Vojko Pečenko, arhitekt Jože Platner in drugi. Dentist Gustav Zupet Jerič, tedanji prvi referent za zobozdravstvo pri Ministrstvu za narodno zdravje, je odboru veliko pomagal in stanovanjska hiša je bila v slabem letu preurejena. Zobozdravstveno opremo zanjo sta prof. Rant in njegov prvi asistent dr. Čelešnik iskala in izbirala tudi med vojnim plenom. Dobila sta nekaj vojaških zobozdravniških kompletov ter nekaj ordinacijskih stolov in ročnih inštrumentov, zobozdravnik in pisatelj dr. Lojz Kraigher pa je ustanovi poklonil svoj Unit s stolom.

Ko so za silo zbrali potrebni instrumentarij in zaposlili nujno potrebno zdravstveno osebje, je bila **18. maja 1946** uradno **odprta Stomatološka klinika**. Imela je oddelke za čeljustno kirurgijo, ortodontijo s pedontologijo, konzervativo (zobne bolezni), parodontozo in stomatološko protetiko. Vsi oddelki so bili

nameščeni v pritličju stavbe, kjer je hkrati delovala tudi **zobna poliklinika**. V prvem nadstropju sta bila **operacijska soba** čeljustne kirurgije in **centralni zobotehnični laboratorij**, na podstrešju pa **tri bolniške sobe s 17 posteljami**. V vseh opremljenih delovnih prostorih se je odvijalo klinično in ambulantno delo ter praktični pouk za specializante, slušatelje višje dentistične šole in študente stomatologije. Lastne predavalnice klinika takrat še ni imela. Tudi osebje je bilo maloštevilno: redni profesor, asistent, dve zobni asistentki, bolničarka, strežnica in uradnica. Zaradi hude prostorske stiske, slabih higienskih razmer in pomanjkanja zdravniškega osebja pa so bili pogoji dela na kliniki zelo slabi.

S selitvijo zobotehničnega laboratorija so leta **1948** pridobili prostor in ga predelali za čeljustno kirurgijo. Oddelek je tako dobil svojo **ambulanto s tremi stoli, hematološki laboratorij** in **aseptično operacijsko sobo**. K oddelku so spadale še štiri sobe z **18 posteljami**, čajna kuhinja in soba za dežurno instrumentarko.

Leta **1949** je bila zaradi velikega pomanjkanja zobozdravstvenega osebja ustanovljena **Višja dentistična šola**, ki je praktični pouk izvajala v prostorih takratne Stomatološke klinike. Ta šola je vzgojila dva letnika, nato pa je bila leta **1953 ukinjena**.

Dne **23. decembra 1949** je bila na **Medicinski visoki šoli** v Ljubljani **ustanovljena Stomatološka fakulteta**, ki je bila takrat samostojna ustanova, saj se je odcepila od Univerze v Ljubljani. Hkrati so se na Stomatološki kliniki splošni zdravniki specializirali za zobozdravstvo, organizirali pa so tudi razne podiplomske tečaje, kar je poleg rednih vaj zelo utesnjevalo delo na kliniki. Potrebe po dodatnih prostorih so postajale vse večje, zato so leta **1950**



Prvi delavski svet Klinike za čeljustno kirurgijo, september leta 1965. Z leve si sledijo: Erna Smerajc – glavna medicinska sestra, prof. Franc Čelešnik – predstojnik klinike, NN – sestra z otroškega oddelka in katedre, doc. Vera Lenart, M. Sivka – zobotehnik, asist. Marijan Jurca, predsednik delavskega sveta, M. Engelman, višja medicinska sestra z oddelka za odrasle (iz fotoarhiva Stomatološke klinike UKCL).

po dolgotrajnem prizadevanju vodstva klinike sprejeli odločitev, da se **stavbo** Stomatološke klinike **dogradi**. Skromna sredstva je dalo ministrstvo za zdravstvo, zaradi pomanjkanja denarja pa se je kolektiv klinike odločil, da bo tudi sam opravljal težška dela in tako pripomogel k hitrejši zidavi. Zaposleni so vsak dan ob 11. uri prekinili delo, nekaj ur **kopali temelje**, jih **betonirali** in pozneje **pomagali pri zidavi**. Prostovoljno so sodelovali tudi slušatelji Višje dentistične šole, Zobotehnične srednje šole in osebje ljubljanskih ambulatorijev, ki jih je spretno organiziral **doc. dr. Anton Logar**. Z izboljšanjem finančnega stanja se je gradnja leta 1952, zlasti pa v letu 1953, izrazito pospešila. Decembra 1953 je bilo prvo nadstropje novega **vzhodnega trakta ob Zaloški cesti** končano in so se oddelki preselili v nove prostore. **6. oktobra 1954** je bilo uradno **odprtje** povečane Stomatološke klinike.

Po dobrih petih letih so začeli graditi še dodatni **južni trakt klinike ob Lipičevi ulici** in so **gradnjo sklenili** leta **1963**. S tem je nastala zunanja podoba Stomatološke klinike, kakršna je še danes. Posamezni oddelki so dobili lastne prostore in pričeli pospešeno razvijati stroko.



Pogled na Stomatološko kliniko z zahodne strani v osemdesetih letih (iz fotoarhiva Inštituta za zgodovino medicine MF UL).

Razvoj dentalne medicine po strokah

Protetika

V Sloveniji so vse do leta 1945 fiksno protetično oskrbo izvajali le zasebni zobozdravniki in dentisti, ki so se šolali v različnih šolah nekdanje Avstro-Ogrske in drugod po Evropi. Tako je bila fiksno protetična oskrba slovenskega prebivalstva na ravni takratnega znanja in sprejetih doktrinarnih stališč. Ceniki protetičnih storitev Zobozdravniške zbornice pred letom 1941 kažejo, da je bila protetika cenovno težko dostopna.

Razvoj **fiksne protetike** sta prevzela kasnejša profesorja **Branko Palčič** (1912–1971) in **Rajko Sedej** (r. 1927). Zaradi pomanjkanja strokovnjakov je predstojniško mesto **Oddelka za fiksno protetiko** prevzel takrat še študent medicine in dentist Branko Palčič. Delovni pogoji so bili klavrni, saj je imela celotna protetična dejavnost na razpolago le **dva klinična stola in majhen laboratorij** za zobna tehnika. V prvi fiksno protetični skupini so sodelovali še asistentka Marija Hari ter zobni tehnik Božo Česnik. K pionirskim razmeram, ki so trajale prva desetletja, je prispevala ekonomska zaprtost države z omejevanjem uvoza dentalne opreme. Prof. dr. Palčič je z optimizmom, zavzetostjo in lastno ustvarjalnostjo reševal težave in ustvarjal moderno fiksno protetiko. S sodelavci je pripravil učni načrt predmeta in ga predaval na stomatološki fakulteti. Bil je izredno prodoren pri izobraževanju in objavljanju ter izdelal učne pripomočke, predvsem diapozitive za številne nove generacije slušateljev. Napisal je **učbenik Klinika mostov in prevlek** (1961).

Z vselitvijo novozgrajenega trakta klinike leta **1954** je fiksna protetika pridobila **sedem kliničnih stolov**, kabinet za predstojnika, skupni kletni laboratorij za pet zoboteknikov in skupno učilnico (fantomski laboratorij) za 14 študentov. Z izgradnjo južnega trakta leta **1963** sta se takratni Klinika za fiksno protetiko in Klinika za snemno protetiko preselili v prvo nadstropje, Inštitut za predklinično protetiko s fantomsko vajalnico pa iz barake ob Stomatološki kliniki v podpritičje tega trakta. Kasneje sta se kliniki preimenovali v oddelka Stomatološke klinike. Fiksna protetika je dobila **ordinacijsko dvorano z 11 zobozdravniškimi stoli**, kabinet za predstojnika in sobo za asistenta, laboratorij za klasično fiksno protetiko in v poznih sedemdesetih letih 20. stoletja tudi laboratorij za porcelansko tehniko.

Oddelk za snemno protetiko je svoje delo prav tako začel v skromnih razmerah: bil je brez lastnih prostorov in imel je le enega višjega asistenta. Pedagoško in znanstvenoraziskovalno delo je bilo oteženo predvsem zaradi nedostopnosti tuje strokovne literature. Leta 1958 je oddelk razpolagal s prostorom za klinično delo s štirimi ordinacijskimi mesti, osebje pa so sestavljali: docent, asistent, štiri zobni tehniki in dve instrumentarki. Leta 1946 se je Stomatološki kliniki pridružil **prof. dr. Vladimir Volovšek** (1905–1986), ki je postal prvi predstojnik Oddelka za snemno protetiko. Po letu 1950 se je prof. Volovšek izpopolnjeval na oddelku za snemno protetiko **zobne klinike v Zürichu**, ki je takrat veljala za vrh evropske stomatološke



Prof. dr. Branko Palčič (1912-1971), prvi predstojnik Oddelka za fiksno protetiko (iz fotoarhiva Stomatološke klinike UKCL).

protetike. Med študijskim bivanjem v Švici se je seznanil z organizacijo, razvojem in stanjem takratne stomatologije in protetike ter takratnim slovenskim študentom stomatologije posredoval to znanje.

Takratne **delne proteze** so bile **akrilatne** in polne žičnih retencijskih elementov, saj je bila temeljna zahteva pri njihovi izdelavi prav retencija. Tudi kasneje, ko je naslonka postala enakovreden sestavni del delne proteze, so zaradi premajhnega znanja o dentalni proprioceptiji le posredno obremenjevali podperne zobe. Z elastičnim prenosom in vgrajevanjem vmesnih žičnih peres so bile delne proteze večinoma le gingivalno podprte. Tehnologijo izdelave **delnih protez z ulito bazo** so v svetu razvili leta 1952, prof. Volovšek se je z njo seznanil leta 1954 v Nemčiji, a ocenil, da pri nas takrat še ni bilo pogojev za njen razvoj. Specializirani laboratorij za ulite baze so v Ljubljani odprli leta 1971.

Leta **1968** sta se **katedri** za snemno in fiksno protetiko **združili** v **Katedro za stomatološko protetiko** Medicinske fakultete. Oddelk za snemno protetiko in Oddelk za fiksno protetiko pa sta v Univerzitetnem kliničnem centru ostala organizacijsko ločeni enoti.

Ustne bolezni in parodontologija

Zdravljenje ustnih bolezni in parodontologija sta v Sloveniji kot samostojni stomatološki panogi zaživel po 2. svetovni vojni. Prvi, ki je parodontologiji kot samostojnemu predmetu posvečal posebno pozornost, je bil čeljustni kirurg **prof. dr. Franc Čelešnik**, ki je že leta 1948 napisal knjigo **Parodontoza** in v njej obdelal problematiko parodontalne bolezni na ravni takratnega znanja. Po



Prvi predstojnik Oddelka za snemno protetiko prof. dr. Vladimir Volovšek (1905-1986) (iz fotoarhiva Stomatološke klinike UKCL).

ustanovitvi **Katedre za parodontozo** leta **1951** je prof. Čelešnik področje parodontologije prepustil **prof. dr. Lojzetu Brenčiču** (1894-1981), ki je oddelek vodil do leta 1967, od leta 1956 pa je na oddelku delala zobozdravnica in višja asistentka Dušana Lavrič.

Oddelk za ustne bolezni in parodontologijo je v prvih dveh desetletjih zaznamovalo dejstvo, da so takratni zobni bolniki množično obolevali predvsem za zobno gnilobo in bili potrebni stomatoprotetične oskrbe delne in/ali popolne brez zobosti. Zato je bila večina kadrovskih in finančnih zmogljivosti tedanjega zobozdravstva usmerjena v **kariologijo** in stomatološko protetiko. Prof. Brenčič je zato s peščico sodelavcev oralno ledino na tem področju in poskušal opozoriti, da je poleg preprečevanja zobne gnilobe pomembna tudi **preventiva bolezni obzobnih tkiv**. V svojih člankih je poudarjal tesno povezanost med sistemskimi dejavniki in parodontalno boleznijo. Najbolj znano je njegovo preučevanje povezanosti med parodontozo in larviranim encefalitisom. Večino svojih spoznanj in raziskav je objavil v skriptah **Pulpopatije in pulpogene parodontopatije** (1956) ter **Marginalne parodontopatije in parodontoza** (1966).

Zobne bolezni

Z ustanovitvijo Stomatološke klinike je nastal **Oddelk za zobne bolezni**, v katerem so opravljali rutinsko delo **konzervative in endodontije**. Od leta 1949 so na oddelku potekale tudi klinične vaje maloštevilnih študentov stomatologije in številnejših iz dentistične šole. Leta 1954 se je oddelk preselil v večino pritličja nove stavbe ob Zaloški cesti, kjer se nahaja še danes, in pridobil veliko nove opreme. Ordinacijska dvorana je imela **17 zobozdravniških**



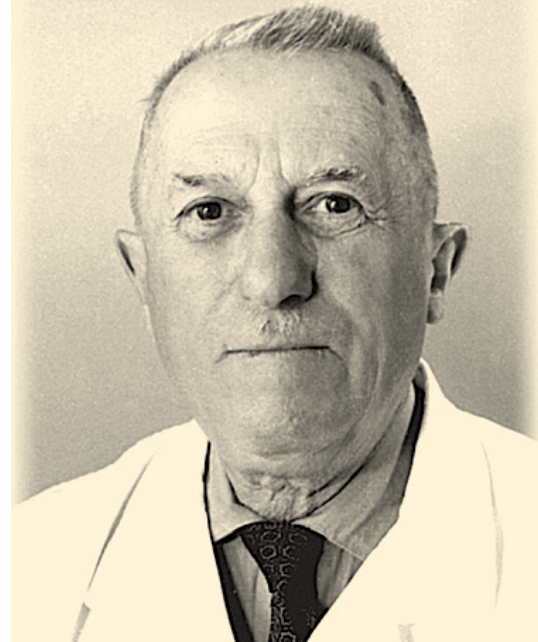
Prof. dr. Anton Logar (1902–1983), prvi predstojnik Oddelka za zobne bolezni (iz fotoarhiva Stomatološke klinike UKCL).

stolov, ki so bili za tiste čase razmeroma dobro opremljeni. Oddelek je imel tudi lastno sterilizacijo instrumentov.

Prvi predstojnik oddelka je postal **prof. dr. Anton Logar** (1902–1983). Vodil ga je do leta 1969. Pomembna strokovna dejavnost oddelka in katedre je bila posredovanje **enotne strokovne doktrine** stomatologom in dentistom na slovenskem ozemlju, ki so se šolali v različnih evropskih zobozdravstvenih središčih. Društvo zobozdravstvenih delavcev Slovenije je v ta namen organiziralo **sobotne mesečne sestanke**, na katerih so pripravljali **predavanja vseh stomatoloških strok** za vse zobozdravstvene poklice. Strokovna izpopolnjevanja so potekala nepretrgoma, vendar so bila vsebinsko razdeljena. Sprva so oddelčni predavatelji utemeljevali Blackova načela preparacije kavitet, njihovo pravilno polnjenje in pomen kontaktne točke. Poudarjali so primat zobne pulpe in endodontskega načela dela, tudi z metodo hidroksilne ionoforeze, opozarjali na nevarnosti pri uporabi turbinskih vrtalk (visokoturažne se vrtijo z okoli 400.000 obrati na minuto) in podobno. Objavili so niz člankov v **Zobozdravstvenem vestniku** o nepravilnostih v razvoju trdih zobnih tkiv. Prvotno so bili članki namenjeni študentom stomatologije, obravnavano gradivo pa je vsebovalo tudi strokovna navodila zobozdravnikom. Takrat so uvedli tudi sodobno endodontsko zdravljenje. Kasneje so zobozdravnike na strokovnih srečanjih in v člankih seznanjali tudi z novimi **dentalnimi materiali** in postopki pri obravnavi karioznih zob in infekcij ter obravnavo bolnikov s povečanim tveganjem za zobne bolezni.

Čeljustna in zobna ortopedija

Obdobje **prof. dr. Jožeta Ranta** (1945–1967), prvega predstojnika Oddelka in Katedre za ortodontijo, je bilo v ortodontiji vsebinsko in materialno najzahtevnejše, saj je bilo potrebno začeti iz nič. Zaradi pomanjkanja osebja je



Prof. dr. Lojze Brenčič (1894–1981) je leta 1951 nasledil delo prof. dr. Franca Čelešnika in postal prvi predstojnik Oddelka za ustne bolezni in parodontologijo (iz fotoarhiva Stomatološke klinike UKCL).

sprva prirejal tečaje ortodontije in poučeval predvsem diagnostiko in terapijo orofacialnih anomalij. Kasneje je v rednem programu izobraževal specializante, napisal **skripta**, priredil **simetrooskop** za analize modelov, leta **1972** pa je izdal tudi **knjigo o čeljustni in zobni ortopediji**. Pomembno delo je opravil tudi z uveljavitvijo financiranja ortodontskega dela pri zdravstveni zavarovalnici, s čimer je Slovenija postala prva država na svetu, ki je uvedla brezplačno zdravljenje disgnatij pri mladini.

Ob ustanovitvi leta **1946** je bila ortodontska ambulantna majhna soba z **dvema zobozdravniškima stoloma**, a je obenem bila **edina tovrstna ambulanta v Sloveniji**. Prvo ortodontsko ekipo so sestavljali prof. dr. Jože Rant, zobotehnik Ivan Kmetič in zobozdravniška asistentka Mira Letonja. Kasneje so se ji pridružili še zobozdravniki Ivo Antolič in Vlado Wolf ter zobotehnik Edo Kjuder. Takrat je bil v Sloveniji en ortodont na 100.000 otrok v starosti od 9 do 14 let. Korektivno in retentivno zdravljenje je okvirno trajalo pet do šest let ob minimalnem osipu otrok (5–8 odstotkov). Na oddelek so **letno sprejeli na zdravljenje 150 do 200 otrok iz vse Slovenije**.

Pomembno prelomnico v razvoju ortodontije na Slovenskem je leta **1949** pomenila lastna **ordinacijska dvorana**, opremljena z **11 zobozdravniškimi stoli**. Dva izmed njih so leta 1963 odstopili čeljustni kirurgiji, izprazen prostor pa uporabili za spravljanje modelov. Z novogradnjo je oddelek pridobil svoj zobotehnični laboratorij, individualno ordinacijo, prostor za rentgensko slikanje, ordinacijsko dvorano, garderobo, seminarski prostor in zdravniške sobe.

Prof. Ranta je strokovno nasledil **prof. dr. Ivo Antolič** (1967–1989), ki je oblikoval slovenski model **socialne ortodontije**, uveljavljen še danes. Z načrtovanjem regionalnih centrov pa mu je uspelo ortodontsko dejavnost enakomerno porazdeliti po vsej Sloveniji.

Ortodonti so pod svojim okriljem razvijali tudi otroško zobozdravstvo. V Sloveniji so bili sistematski pregledi zob šolske mladine uvedeni že leta 1945, v večjih krajih so ustanovili šolske ambulante, ki pa so delale brez enotne usmeritve in nepovezano. Kot stroka se je otroško preventivno zobozdravstvo začelo razvijati v šestdesetih letih, velik napredek pa je doživelo leta 1971 pod okriljem stomatologije na Medicinski fakulteti, ki je takrat uvedla podiplomski študij. Rezultat tega je bil, da je do leta 1976 specializacijo opravilo 10 pedontologov.

Sklep

Ob 50-letnici Stomatološke klinike (1946–1996) leta 1996 so pod vodstvom takratnega direktorja prof. dr. Mitje Bartenjeva obnovili posamezne oddelke, popravili streho in žlebove ter prenovili fasado klinike. Leta 2005 so obnovili še predavaličnico, pred tem pa tudi klinično knjižnico. **Strokovno delo** se danes razvija v okviru šestih centrov za otroško in preventivno zobozdravstvo, čeljustno in zobno ortopedijo, ustne bolezni in parodontologijo, zobne bolezni, fiksno protetiko in snemno protetiko. Podporo centrom nudijo ustrezni **zobotehnični laboratoriji** in **radiološka služba**. V vseh organizacijskih enotah zobozdravniki in njihovi sodelavci obravnavajo bolnike s **celostno oralno patologijo**, ki zahteva specialistično in interdisciplinarno oskrbo bolnikov iz celotne Slovenije. Obenem je Stomatološka klinika tudi mesto, kamor na konziliarne preglede prihajajo bolniki iz Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani, ki potrebujejo zdravljenje zob, obzobnih tkiv in bolezni ustne sluznice pred zahtevnimi kardiovaskularnimi, transplantacijskimi in drugimi kirurškimi posegi. Specialistične stomatološke obravnave so deležni tudi bolniki z infekcijskimi, krvnimi, kožnimi in drugimi sistemskimi boleznimi. V zadnjih desetletjih so okrepili še zobozdravstveno oskrbo v splošni anesteziji za otroke in odrasle s posebnimi potrebami. Takšne zobozdravstvene oskrbe zaradi velikega pomanjkanja anesteziologov ne morejo zagotoviti vsem bolnikom.

Na področju čeljustne in zobne ortopedije zdravijo na Stomatološki kliniki najtežje nepravilnosti, ki zahtevajo poglobljeno sodelovanje čeljustnih kirurgov, parodontologov in protetikov. V **Centru za zobne bolezni** se še vedno kažejo potrebe po zahtevni in sodobni **endodontiji** s pomočjo mikroskopa, v **Centru za ustne bolezni** pa se povečuje priliv bolnikov z boleznimi ustne sluznice. Zaradi neustrezne diagnostike in ukrepov na primarni zobozdravniški ravni je postal velik problem povečano število bolnikov z napredujočo parodontalno boleznijo. V okviru **Centrov stomatološke protetike** izvajajo rehabilitacijo tistih bolnikov, ki potrebujejo kompleksno protetično oskrbo po poškodbah ali posegih v maksilofacialnem področju.

Stomatološka klinika in oddelek za dentalno medicino Medicinske fakultete UL s svojim delom stopajo po poti sodobnega zobozdravstva v svetu in ga s svojim osebjem prenašajo na ves slovenski prostor.

Zahvala

Za pomoč pri pripravi zapisa se zahvaljujem posameznim zobozdravnikom.

Literatura:

- Bernardini F, Tuniz C, Coppa A, Mancini L, Dreossi D, et al. (2012) Beeswax as Dental Filling on a Neolithic Human Tooth. <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0044904>
- <http://dentistry.askdeine.com/>
- Kajič Z, Muzej dentalne medicine na Dunaju se predstavi. *Zobozdrav Vestn* 2012; 67: 103.
- Čupar I. Stomatologija. Medicinska enciklopedija, zv. 6, Zagreb: Leksikografski zavod Jugoslavije 1970: 132–3.
- Borisov P. Uvod v zgodovino stomatologije. 2. popravljena in razširjena izdaja. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Inštitut za zgodovino medicine; 1990.
- Suvin M. Povijest zubne protetike. Medicinska enciklopedija, zv. 5, Zagreb: Leksikografski zavod Jugoslavije 1970: 445.
- Sedej R. Kratek pregled razvoja zobne protetike. *Zobozdrav Vestn* 1967; 22: 71–3.
- <http://dentistry.askdeine.com/>
- http://en.wikipedia.org/wiki/Dental_drill
- http://en.wikipedia.org/wiki/Greene_Yardiman_Black
- Bolf Ž, Lapter V. Ortodontija. Medicinska enciklopedija, zv. 5, Zagreb: Leksikografski zavod Jugoslavije 1970: 95.
- Vrbič V. Zobozdravstvo. Enciklopedija Slovenije zv. 15. Ljubljana: Mladinska knjiga, 2001: 213.
- Antolič I. Stomatološka klinika in organizacija študija stomatologije (1945–1955). Zbornik dveh simpozijev o zgodovini zobozdravstva na Slovenskem. Ljubljana, 1990: Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije: 46–65.
- Razgovor uredništva Zdravstvenega vestnika s prof. dr. Jožetom Rantom. *Zdrav Vestn* 1971; 40: 214–6.
- Pavšič I. Ob 50. obletnici ustanovitve Stomatološke klinike. *Zobozdrav Vestn* 1996; 51: 29–34.
- Marion L. Fiksna in predklinična protetika včeraj, danes in jutri. *Zobozdrav Vestn* 1996; 51: 35–40.
- Palčič B. Poročilo o desetletnem delu na fiksni protetiki. *Zobozdrav Vestn* 1958; 13: 177–85.
- Volovšek V. Poročilo o delovanju klinike za snemno protetiko. *Zobozdrav Vestn* 1958; 13: 186–8.
- Funduk N. Pet desetletij slovenske snemne protetike. *Zobozdrav Vestn* 1996; 51: 41–3.
- Skalerič U. Razvoj in perspektive oddelka za ustne bolezni in parodontologijo. *Zobozdrav Vestn* 1996; 51: 51–4.
- Müller J. Razvoj parodontološke doktrine v SR Sloveniji. *Zobozdrav Vestn* 1980; 35: 85–8.
- Rant J. Razvoj zobne in čeljustne ortopedije. V: Smerdu F. (ur) Poslanstvo slovenskega zdravnika. Ljubljana: Slovenska matica, 1956: 252–4.
- Pavšič I. Razvoj in perspektive čeljustne in zobne ortopedije v Sloveniji. *Zobozdrav Vestn* 1996; 51: 44–6.
- Bartenjev M. Otroško preventivno zobozdravstvo, ES, zv. 8. Ljubljana, MK, 1994: 209.
- 60 let stomatološkega študija v Sloveniji – *Zobozdrav Vestn* 2010; 65, 3
- http://www.zobozdravvestn.si/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=47&Itemid=40
- http://en.wikipedia.org/wiki/Dental_drill

E-naslov: zvonka.slavec@gmail.com

Jubilej Metode Rejc Novak, dr. dent. med.

Anamarija Čigon, Maja Ovsenik, Franc Farčnik

Prim. dr. Metoda Rejc Novak, doktorica dentalne medicine, se je po končanem študiju na Medicinski fakulteti v Ljubljani, Odsek za dentalno medicino, zaposlila v ZD Šiška v novoopremljeni ordinaciji za predšolske in šolske otroke. Specializacijo iz čeljustne in zobne ortopedije je opravila na Stomatološki kliniki Univerze v Ljubljani pri profesorju Jožetu Rantu in se po opravljenem specialističnem izpitu vrnila v ZD Šiška v specialistično ortodontsko ambulanto. Njena glavna zasluga je bila vse od prvih dni njenega strokovnega dela, da je ves čas skrbela za napredek in razvoj preventive predšolskih in šolskih otrok ter za razvoj na področju čeljustnoortopedske obravnave. V novejšem času je ustanovila zasebni zavod Ortlina, kjer še danes aktivno deluje kot specialistka čeljustne in zobne ortopedije.

Kot gonilna sila napredka je bila vedno korak pred drugimi. Sprva je aktivno delovala v okviru Slovenskega zdravniškega društva, nato pa je na pobudo profesorja Farčnika leta 1991 skupaj s stanovskimi kolegi (slika) sodelovala pri ustanovitvi Društva za »Fiksno ortodontsko tehniko«. Ista skupina stanovskih kolegov je leta 1992 ustanovila Slovensko ortodontsko društvo, ki mu je z nekaj prekinitvami predsedovala 13 let vse od ustanovitve do leta 2007, ko je bila na mesto predsednice izvoljena njena hčerka dr. Martina Drevenšek.

Polno zaposlena v ordinaciji je prim. dr. Rejc Novakova vedno našla čas za organiziranje strokovnih srečanj in skrbela za udeležbo na številnih domačih in mednarodnih strokovnih izobraževanjih. Uspešno je opravila tečaj iz javnega zdravstva, potem tudi magistrirala in okronala svoje uspehe še z doktoratom iz čeljustne in zobne ortopedije. Kljub temu pa je imela še vedno čas, da smo se skupaj odpravili na strokovna izobraževanja, združena s potovanji in kulturnimi dogodki doma in po svetu. Za svoja dela in uspehe je prejela številna priznanja, o katerih ne želi govoriti.

Draga in spoštovana prim. dr. Metoda Rejc Novak, spoštovana kolegica, prijateljica in vzornica ..., v imenu vseh slovenskih ortodontskih kolegic in kolegov, Zavoda Orthos, Katedre za čeljustno in zobno ortopedijo Vam kličemo še na mnoga zdrava in uspehov polna leta.

E-naslov: maja.ovsenik@dom.si



STROKOVNO SREČANJE OB JUBILEJU PRIM. DR. METODE REJC-NOVAK



PROF. DR. DAVID L. TURPIN / PROF. DR. GREG J. HUANG

2. APRIL 2013 / MEDICINSKA FAKULTETA / LJUBLJANA, SLOVENIJA

Evidence Based Orthodontics

Dr. David Turpin je diplomiral na Stomatološki fakulteti Univerze Iowa in nadaljeval specializacijo iz čeljustne in zobne ortopedije na Univerzi Washington. V preteklih 26 letih je bil urednik treh ortodontskih vestnikov: PCSO Bulletin (10 let); Angle Orthodontist (11 let) in American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics (od 1999 do danes). Ob tem znanju je ohranil zanimanje za klinično prakso in objavljanje znanstvenega gradiva. Posebno zanimiv je vpliv kliničnih prakse, ki se ravna po rezultatih raziskav in vpliva na sporočanje izsledkov kliničnega raziskovalnega dela. Dr. Turpin je delal v zasebni praksi od leta 1966 do 2005 v Auburnu, Washington. Kot predavatelj na Univerzi Washington še naprej kroji prihodnost ortodontije.



Deepbite Stability - Results from a Systematic Review

Dr. Huang je študiral dentalno medicino na Univerzi Florida, diplomiral in nato specializiral iz ortodontije na Univerzi Washington leta 1989. Iz epidemiologije je magistriral na Univerzi Washington. Dr. Huang je znan kot zagovornik ortodontije, podprti z rezultati zdravljenja, in je o tej temi obširno predaval. Trenutno je profesor in predstojnik Oddelka za ortodontijo na Univerzi Washington. Aktivno se posveča raziskavam v ortodontiji in je nedavno dokončal več projektov, pri katerih je uporabljal dentalna znanstvenoraziskovalna omrežja, temelječa na praksi. Dr. Huang je diplomiranelec Ameriške komisije za ortodontijo (Board of Orthodontics) in deluje pri Ameriškem združenju ortodontskega sveta za znanstvene zadeve (American Association of Orthodontics Council of Scientific Affairs). Je tudi sourednik revije AJODO in referent za Svet ameriškega zobozdravstvenega združenja za dentalne akreditacije (American Dental Association's Council on Dental Accreditation). Dr. Huang opravlja zasebno prakso z nepolnim delovnim časom v mestu Bellevue v državi Washington.

Vse dodatne informacije lahko dobite na elektronskem naslovu: ortho@mf.uni-lj.si

Nadgradnja intranetnega portala Zdravniške zbornice Slovenije

V želji, da vam ponudimo najbolj kakovostne in aktualne informacije ter omogočimo čim bolj kakovostno izvedbo storitev, smo na Zdravniški zbornici Slovenije vzpostavili sodoben intranetni in internetni portal.

V okviru intraneta smo vzpostavili tudi povezavo s podatkovnimi bazami zbornice in vam preko spletnega portala omogočili dostop do večine informacij, ki jih vodimo o članstvu, 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. V kolikor ju še nimate, vas vabimo, da se obrnete na Milana Kokalja (milan.kokalj@zss-mcs.si), ki vam bo skupaj z natančnimi navodili posredoval uporabniško ime in geslo (slednjega boste ob prvem obisku zbornične intranetne strani seveda lahko spremenili).

Vabljeni k obisku internetnih in intranetnih strani Zdravniške zbornice Slovenije!

Opolnomočenje bolnika s sladkorno boleznijo

Prvo DiaMind srečanje 19. aprila 2012 v Ljubljani
– na pragu drugega srečanja 4. aprila 2013

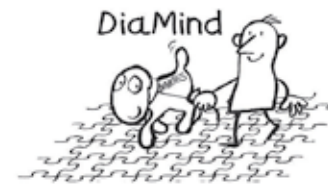
Karin Kanc Hanžel

S ponosom se v društvu DRZNI (DRuštvo za ZNanost in Izobraževanje) s predsednikom dr. Miho Kosom oziram na prvo mednarodno srečanje DiaMind (Diabetes & Mind), ki je potekalo 19. aprila 2012 v Mestnem muzeju v Ljubljani, in se veselimo že drugega srečanja DiaMind, ki bo na istem mestu potekalo v četrtek, 4. aprila 2013.

Kaj je DiaMind? Zamislili smo si, da bi z udeleženci – zdravstvenimi delavci s pomočjo izkustvenih delavnic raziskali psihološke vidike sladkorne bolezni. Z našim srečanjem orjemo ledino na tem področju v Sloveniji, na kar smo še posebej ponosni. Sama sem kot diabetologinja že davnega leta 1994 pri prof. dr. Heineju med doktorskim študijem v Amsterdamu spoznala, kako pomemben je timski pristop k zdravljenju sladkorne bolezni. Pri njih je bil »obvezni« član tima psiholog ali nekdo, ki se je poglobil in dodatno izobrazil v psihologiji oz. psihoterapiji. Tak strokovnjak je znal pri obravnavi zapletenih primerov ljudi s sladkorno boleznijo pojasniti nekatere vidike, o katerih se med šolanjem na medicini oz. pri zdravstveni negi drugi člani tima nismo učili. Prav to me je spodbudilo, da sem postala ena prvih članic PSAD (Psychosocial Aspects of Diabetes), delovne skupine pri Evropskem združenju za diabetes (EASD), kjer sem se med rednimi letnimi srečanji izobraževala o psiholoških vidikih sladkorne bolezni in tudi skupaj s kolegi raziskovala na tem področju.

Ob svojem dodatnem študiju integrativne psihoterapije v zadnjih letih sem razumela, da bi bile izkustvene delavnice tiste, ki bi omogočile, da se znanje o psiholoških vidikih sladkorne bolezni razširi med moje kolege in njihove time. Tako je dozorela ideja o srečanju DiaMind. Lani smo ga organizirali prvič. Rdeča nit srečanja je bila opolnomočenje (*empowerment*) človeka s sladkorno boleznijo in pritegnila ter navdušila je vseh 100 strokovnjakov (kolikor jih lahko največ sprejmemo na to srečanje) s področja obravnave sladkorne bolezni iz Slovenije in tujine.

Večina strokovnjakov si želi v svojem vsakdanjem delu bolnika čim bolj opolnomočiti, da bo razumel in dobro vodil svoje življenje s sladkorno boleznijo. Vendar – kaj pravzaprav pomeni opolnomočenje? Ali zdravstveni delavci razumemo svojo vlogo v tem procesu? Kako se ob tem počuti bolnik in kaj so njegovi največji izzivi in cilji – se ti izzivi/cilji razlikujejo od naših? Na vsa ta in še na mnoga druga vprašanja so udeleženci dobili odgovor ob sodelovanju na izkustvenih delavnicah



Program

- 8:00 Registracija in jutranja 
- 9:00 Uvodni nagovor
- 9:15 Namestitev v sobah za delavnice
- 9:30 Izkustveni delavnice – prvič:
 - Putting the Empowerment Into Practice (Bob Anderson, ZDA)
 - Facilitating Behaviour Change in People with Diabetes (Laurie Ruggiero, ZDA)
- 12:00 
- 13:30 Izkustveni delavnice – drugič
- 16:00 
- 16:30 Facing a 'Difficult Patient' – a Mindfulness-Based Approach (Karin Kanc, Slovenija)
- 17:00 Diabetes prevention and self-care support: Novel Delivery Models (Laurie Ruggiero, ZDA)
- 17:30 The ABC of CBT: cognitive behavioural approaches for diabetes (Arie Nouwen, Velika Britanija)
- 18:00 Razprava
- 18:25 Oblikovanje povzetka srečanja
- 18:30 Zaključek srečanja

Srečanje organizirata:



Letošnji program DiaMind.



Tiskovna konferenca DiaMind 2012 (z leve): dr. Miha Kos, ga. Melita Kramar Kline, prof. Bob Anderson, dr. Vibeke Zoffmann, dr. Karin Kanc.



Mojca Funkl in Boris Ostan v igri vlog.

prvega DiaMind. Ker je ta tema neizčrpna, smo jo na pobudo udeležencev izbrali tudi za drugi DiaMind aprila letos.

V veliko čast in veselje nam je bilo, da je bil lani z nami prof. Bob Anderson, ki je kot psiholog in profesor medicinskega izobraževanja na Univerzi v Michiganu, ZDA, prvi pred več kot 12 leti uporabil pojem opolnomočenja na področju sladkorne bolezni. Je revolucionar na svojem področju in predstavlja zgled tisočem zdravstvenih delavcev po svetu. Ukvarja se z ljudmi, ki imajo sladkorno bolezen tipa 2. Udeležence je navdušil in upam, da bo tudi letos tako, saj je nosilec teme opolnomočenja tudi na letošnjem DiaMindu.

Lani je z izkustveno delavnico sodelovala tudi Vibeke Zoffmann, medicinska sestra, *edukatorka* in doktorica znanosti s področja Vodenega samoodločanja (Guided Self-Determination), ki v Steno centru na Danskem raziskuje in išče vedno nove pristope k mladini in odraslim s sladkorno boleznijo tipa 1. Njen model se širi po Danskem in tudi v svetu. Vemo, da je pristop k tej ciljni skupini ljudi s sladkorno boleznijo še posebej kompleksen in predstavlja vsakodnevni trd oreh našega dela.

V popoldanskem delu so se zvrstila tri polurna predavanja.

O svoji izkušnji po transplantaciji trebušne slinavke in ledvice je govorila Baerbel Somavilla, medicinska sestra in *ekspertna edukatorka* za sladkorno bolezen iz Salzburga. Sicer je sama z mnogimi izvirnimi pristopi k izobraževanju pomembno vplivala na nove rodove zdravstvenih delavcev doma in v tujini.

Dr. Arie Nouwen iz Univerze v Birminghamu je kot vrhunski raziskovalec/klinični psiholog s področja depresije in diabetesa govoril o vedenjskih vzorcih pri debelosti. Svoje trditve je podprl z nevroznanstvenimi izsledki s pomočjo najmodernejših tehnologij, kot je na primer funkcionalni MRI.

V svojem predavanju sem se posvetila zdravstvenemu delavcu, za katerega je pomembno, da pozna svoj lastni stil navezanosti (*attachment style*) in tako lahko bolj pristopa k človeku s sladkorno boleznijo. Po krajšem teoretičnem uvodu sem pristope praktično prikazala s komentarji na igro dveh igralcev, Mojce Funkl (zdravnica) in Borisa Ostana (bolnik). Svojo vlogo sta odlično odigrala in požela buren aplavz. Zdravnica se v prvem primeru ni zavedala svojega stila navezanosti, v drugem primeru pa ga je poznala in celotno srečanje z bolnikom se je za oba odvijalo veliko bolj konstruktivno kot v prvem primeru.

Prvi DiaMind smo izpeljali s pomočjo pokroviteljev Lilly, NovoNordisk, MSD in Novartis.

Z veseljem najavljam DiaMind 2, kjer se nam bo na novo pridružila prof. Laurie Ruggiero, profesorica javnega zdravja iz Detroita.

Program za DiaMind 2 vidite na prejšnji strani, podrobneje pa na spletni strani srečanja. Teme so zanimive in še kako aktualne.

Z nami se podajte na to čudovito dogodivščino!

Prijavite se čim prej na <http://www.drzni.si/diamind>.

Število udeležencev je omejeno na 100.

E-naslov: karin.kanc@be.si

Texas Medical Center – slovenska učna oaza čez lužo

Žiga Snoj

Texas Medical Center (TMC) je največji medicinski center na svetu in je mednarodno uveljavljen ne le zaradi kliničnih uspehov zdravljenja, temveč tudi zaradi številnih dosežkov na področju znanosti. Razteza se na površini 5 km² in vsebuje 49 z medicino povezanih institucij – 13 bolnišnic, dve medicinski fakulteti, štiri zdravstvene fakultete, fakulteto za farmacijo in številne druge. V sklopu tega je neposredno zaposlenih 93.500 ljudi – medicinsko osebje in osebje z drugih področij. Posredno zaposlenih je še dodatnih 121.500 ljudi, kar je skupaj skoraj četrtilijona delovnih mest. Vsako leto v TMC sprejemo več kot šest milijonov bolnikov in 5.700 mednarodnih študentov. V tej številki smo zajeti tudi slovenski študentje medicine, saj je bil pred leti podpisan sporazum o opravljanju klinične prakse med Medicinsko fakulteto Univerze v Ljubljani in St. Luke's Episcopal Hospital (SLEH) ter Medicinsko fakulteto Univerze Teksas. Sporazum se je oblikoval na pobudo prof. dr. Igorja D. Gregoriča, diplomanta ljubljanske medicinske fakultete, ki se je pred 28 leti odločil svojo kariero nadgraditi v eni izmed najboljših bolnišnic na svetu na področju kardiovaskularne kirurgije. V TMC se je do sedaj izobraževalo že več kot 700 slovenskih študentov. Vsako leto se več kot 10 odstotkov študentov naše fakultete odloči, da bo opravljal vaje iz kirurgije v Houstonu. Število študentov, ki opravljajo vaje iz interne medicine, je manjše, a na podlagi pozitivnih izkušenj študentov, ki so izbrali to pot, v zadnjih letih zanimanje narašča.

Študentje smo do lani opravljali vaje v 29-nadstropni stavbi SLEH, ki je v svetu znana po prvi uspešni presaditvi srca v ZDA leta 1968 in prvi vstavitvi umetnega srca. Oba dosežka sta zaslugi dr. Dentona A. Cooleya, enega izmed pionirjev kardiovaskularne kirurgije, ki je leta 1962 ustanovil Texas Heart Institute (THI), v sklopu katerega so potekale naše klinične vaje.

Dr. Cooley je bil tesen sodelavec Michaela E. DeBakeyja, enega od velikanov svetovne kardiovaskularne kirurgije na Baylor College of Medicine v Methodist Hospital, ki je oddaljena le nekaj sto metrov od SLEH. Dr. DeBakey je že v študentskih letih dokazal, da bo obetaven zdravnik. Že pri 23 letih (leta 1931) je izumil posebno črpalko, ki so jo pričeli uporabljati šele po dvajsetih letih, in sicer kot enega pomembnejših sestavnih delov naprave za ekstrakorporalno membransko oksigenacijo, ki je ključnega pomena za operacije na odprtem srcu še danes. V svoji bogati karieri je dr. DeBakey sredi 60. let obiskal tudi Slovenijo. Skupaj s pokojnim prof. dr. Mirom Košakom je vstavil eno prvih umetnih srčnih zaklopk v Sloveniji.

Po sporu z dr. DeBakeyjem se je dr. Cooley preselil v SLEH, kjer je postal predstojnik klinike in jo v svojem 92. letu starosti kot zaslužni profesor nekajkrat tedensko obiskuje še danes.

Po dr. Cooleyju – po mnenju mnogih najboljšem kardiovaskularnem kirurgu vseh časov – je danes poimenovan tudi del SLEH-bolnišnice, ki je bil dograjen leta 2002 – Cooley Building. Desetnadstropna zgradba ima 30.000 m² površine, namenjene tako kliničnemu kot raziskovalnemu delu. Tu smo študentje preživeli večino časa, saj je v drugem nadstropju 12 kirurških dvoran s pooperativnim oddelkom, v tretjem nadstropju pa klinika, kjer smo opravljali vaje iz interne medicine. Medtem ko smo čakali na operacije, smo si krajšali čas v petem nadstropju v knjižnici in velikem prostornem atriju s počivalniki. Počitek na njih se prileže, da malo zatisneš oči, medtem ko čakaš pozno v noč na transplantacijo srca in veš, da ne boš v stanovanju pred četrto uro zjutraj.

Vaje iz interne medicine

Vsako jutro smo lovili odhod avtobusa ob 6.15, saj smo imeli tako dovolj časa, da smo se preoblekli v *scrubs* (uniforma, ki jo



Prof. dr. Gregorič (na sredini), obdan s študenti med transplantacijo srca. Iz zastekljene sobe nad operacijsko dvorano je mogoče opazovati operacijo.



Na poti na vaje v Texas Medical Center: na sredini je stavba O'Quinn Medical Tower bolnišnice St. Luke's Hospital – s 145 m je druga najvišja bolnišnica na svetu.

vsi nosijo) in bili na oddelku ob 6.30, pripravljeni na jutranjo vizito. Na viziti smo se seznanili z bolj zapletenimi bolniki v tretjem in osmem nadstropju. Prisotni so bili vsaj trije specialisti interne medicine, pogosto se je je udeležil tudi kirurg in za nas najpomembnejše – slovenski specializant s Kliničnega oddelka za intenzivno interno medicino Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani, ki si je vedno vzel čas za nas in nam natančno opisal potek zdravljenja posameznega bolnika.

Vsak dan je bil po jutranji viziti sestanek ob 7.30, katerega smo se morali v sklopu kroženja na interni medicini obvezno udeležiti. Na sestanku so bili specialisti in specializanti ter vodje ostalih strok, ki so zadolženi za pooperativno nego bolnikov (klinični farmaceuti, medicinske sestre, dietetičarke). Preko projektorja smo pogledali nove izvide bolnikov. Sestanek je trajal približno eno uro, nato smo imeli študentje pol ure časa do prihoda specialistov na kliniko. Čas smo večinoma izkoristili za načrtovanje urnika kroženja v naslednjem tednu pri tajnici prof. dr. Gregoriča – gospe Evi Pongratz. Eva je zelo prijazna in poskuša v največji mogoči meri ustreči željam in interesom študentov, tako da bi videli čim več in od vaj odnesli največ. Tako smo si ogledali tudi raziskovalno enoto, kjer živalim vstavijo inovacije kardiovaskularnih naprav in nato spremljajo njihovo delovanje. Po poizkusnih operacijah na 38 teličkih je FDA (Food and Drug Administration – agencija, ki v ZDA nadzoruje vsa zdravila in pripomočke za zdravljenje bolnikov) odobrila operacijo na ljudeh. Študentje smo imeli srečo, saj so v času našega obiska vstavili umetno srce 55-letnemu bolniku z amiloidozo. Mehanska cirkulatorna naprava (umetno srce) sta dva modificirana LVAD (Left Ventricular Assisted Device), ki delno ali v celoti nadomestita funkcijo srca tako, da eden služi kot desna, drugi pa kot leva polovica srca. Pacient je po operaciji živel slab mesec in tako so k ostalim dosežkom bolnišnice in THI dodali tudi prvo uspešno vstavev umetnega srca s konstantno perfuzijo. Operacijo smo spremljali iz zastekljene



Študentje pod mentorstvom prof. dr. Gregoriča aprila 2011 pred glavnim vhodom v St. Luke's Episcopal Hospital.

sobe nad operacijsko dvorano, med operaterji je bil tudi prof. dr. Gregorič. Nato smo vsakodnevno spremljali pacienta – posebno zanimivo se nam je zdelo, da ni imel tipnega pulza, na ekranu se je izrisovala le rahlo valovita črta. Tako smo si lahko ogledali celoten proces raziskovalne dejavnosti – od poskusov na živalih do prenosa ugotovitev v klinično prakso.

Med opravljanjem vaj smo imeli možnost obiska tudi številnih drugih oddelkov. Najbolj nas je pritegnila urgencia, kjer so nam dovolili veliko samostojnosti, saj smo sami naredili status in anamnezo ter nato poročali dnevnu mentorju. Sam sem bil prijetno presenečen v kateterizacijskem laboratoriju, kjer je zaposlen specialist tega področja dr. Zvonimir Krajcer, ki je diplomiral na Medicinski fakulteti v Zagrebu.

Vaje iz kirurgije

Začele so se z jutranjo vizito ob 6.30, nato je vsak študent odšel v operacijsko sobo, za katero je bil razpisan. Od dvanajstih operacijskih sob smo študentje sodelovali v osmih. Baza slovenskih študentov je bila soba št. 5, v kateri je operiral prof. Gregorič. Leta 2011 je tudi MF Univerze v Mariboru priznala opravljanje vaj v Houstonu kot reden del učnega programa, tako da sem imel priložnost spoznati in sodelovati z dvema kolegom z MF Maribor. Slovenci pa nismo edini tuji študentje na TMC, saj so bili tam tekom mojih vaj tudi študentje iz Nemčije, Jordanije, Anglije in Nizozemske. Študentje smo bili razpisani v več operacijskih dvoran. Tako smo lahko sodelovali pri različnih kardiovaskularnih operativnih posegih in z različnimi kirurgi. Asistirali smo pri različnih operativnih posegih: srčnih obvodih, implantacijah zaklopk, implantacijah LVAD, transplantacijah... V operacijski dvorani smo bili med vsemi postopki. Sodelovali smo pri pripravi pacienta na operacijo (britje, vstavljanje urinskega katetra...), po končani operaciji pri transportu pacienta nazaj na oddelek (prelaganje pacienta na posteljo, nastavev kisikove maske oziroma ambuja, če je bilo potrebno). Asistirali

smo predvsem na začetku operacije (pri odpiranju prsnega koša) in ob koncu operacije (zapiranje prsnega koša, vstavljanje drenov, šivanje). Najbolj smo se veselili transplantacij, saj so posegi, pri katerih bi sicer težko dobili možnosti za sodelovanje. Med opravljanjem vaj sem imel možnost sodelovati pri transplantaciji srca, pljuč in ledvice. Najbolj globoko se mi je vtisnila v spomin ena izmed transplantacij srca, saj mi je prof. Gregorič pustil narediti elektrokonverzijo transplantiranega srca.

Prof. Gregorič nam je med operativnim posegom prijazno in potrpežljivo opisoval in razlagal postopke, saj zaradi majhnega operativnega polja ni bilo vedno mogoče videti vsega dela. Tik preden je pričel s šivanjem zaklopke in tudi po koncu se je za trenutek umaknil in nam omogočil, da pogledamo. Včasih nam je zastavil tudi kakšno zagonetno vprašanje, o katerem smo nato razpravljali. Za operacijsko mizo smo se vedno pogovarjali v angleščini, saj kot pravi, se moramo zavedati, da smo gostje, in bi bilo nevljudno, če nas ostali ne bi razumeli.

Celotna ekipa: sestre, inštrumentarji, perfuzionisti itd., so bili vedno zelo prijazni do nas in vedno pripravljeni pomagati, saj so bili vajeni, da so tuji študentje v prvih dneh zgubljeni. Izkušnje v bolnišnici, ameriški način dela in Houston na splošno so za slovenskega študenta zelo pozitivna izkušnja. Ne le, da lahko sodelujemo pri velikih operacijah, smo v največjem medicinskem centru na svetu, ampak tudi topel občutek, ki ga začutiš, ko vstopiš v malo slovensko oazo čez lužo, je nepopisen. V času, ko smo bili tam, je poleg šestih študentov pridobivalo izkušnje na svojih področjih tudi pet slovenskih specializantov različnih usmeritev.

Vse generacije študentov, ki so že pridobivale izkušnje v največjem medicinskem centru na svetu, in tiste, ki jih še bodo, smo

hvaležne prof. Gregoriču, slovenskemu kardiokirurgu, ki si je zgradil uspešno kariero v ZDA. Ob tem ni pozabil na svoje korenine in dosledno skrbi za izobraževanje slovenskih študentov medicine. Z napredkom kariere prof. Gregoriča so se z njim tudi vaje za slovenske študente preselile le slab kilometer stran od SLEH v Memorial Hospital, ki je v sklopu Medicinske fakultete Univerze Teksas. Študentje smo hvaležni tudi prof. dr. Pavlu Poredošu, predstojniku Katedre za interno medicino, in prof. dr. Vladimirju Smrkolju, predstojniku Katedre za kirurgijo, ki sta priznala vaje, opravljene v TMC, kot reden del učnega programa. S tem sta nam omogočila tudi možnost pridobitve državne štipendije in sta na široko odprla vrata pridobivanju novih znanj in izkušenj slovenskih študentov v državi z najsoodnejšo medicino.

Za konec pa še misel, ki visi na steni intenzivnega oddelka pooperativne nege, ki sva jo s kolegom z Medicinske fakultete Univerze v Mariboru dodobra premelela in hitro ugotovila povezavo z najino izkušnjo v St. Luke's Episcopal Hospital, Houston, Teksas.

Power of attitude

»Our lives are not determined by what happens to us but how we react to what happens; not by what life brings to us, but by attitude we bring to life. A positive attitude causes a chain reaction of positive thoughts, events and outcomes. It's a catalyst... A spark that creates extraordinary results.«

Anon.

E-naslov: ziga.snoj@gmail.com

Slovenske knjige v »drvarnici« in nekaj drugih medvojnih otroških spominov

Jurij Kurillo

Ob začetku 2. svetovne vojne sem bil star osem let. Spomnim se še, kako sem ob blagoslovitvi butaric na cvetno nedeljo videl ob kranjski župni cerkvi skupine mobiliziranih jugoslovanskih kraljevih vojakov s ploskimi čeladami in podkolenskimi obujki. Vsi so sedeli okrog piramid, postavljenih iz pušk, in se pri tem očitno kar malo zabavali. Po radiu smo pri nekem sosedu tudi slišali iz Beograda glasen govor generala Simovića, češ da je »bolji rat nego pakt!«, vendar otroci kajpada tega sploh nismo razumeli.

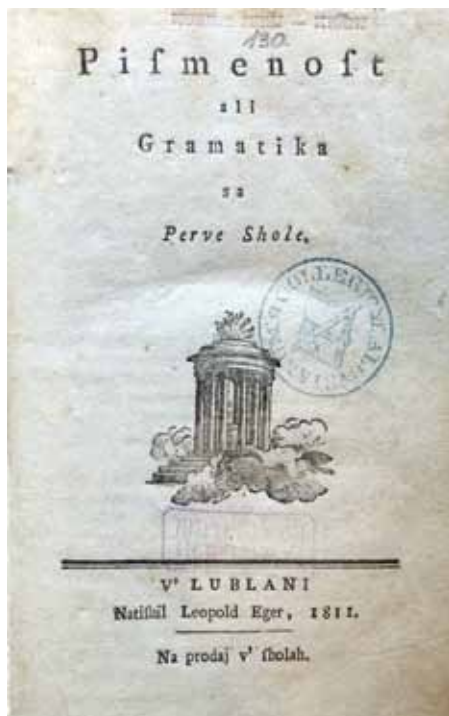
Potem pa so kaj kmalu prikorakali na kranjski glavni trg sivozeleni mrki nemški vojaki, na katerih smo otroci malodane občudovali njihovo bleščečo vojaško opremo. Razširil se je glas, da ti vojaki delijo prebivalcem dobro hrano, in tako sem se tudi sam podal k vojaškemu kotlu, stoječemu pred cerkvijo, in v kanglici

odnesel košček mesa s špinačo in pire krompirjem. To je bil pač zgolj propagandni začetek, saj smo kmalu dobili najnujnejša živila samo na karte. Mleko je bilo menda samo za nosečnice, drugi so ga večinoma kupovali pri bližnjih kmetih. Začuda smo pa dobili nakazane velike količine surovega masla, tako da sva nekoč z mamo – ne boste verjeli – iz tega masla naredila po posebnem receptu z lugom pravo pravcato milo. Gospodinje so se pač znašle! Tako so dajale v potice namesto orehov kar nastrgano posušeno rumeno korenje. In te potice sploh niso bile slabe! »Nemški« kruh iz pekarn je bil pa nasploh zelo zanič – to je bil nizek hlebec z nekakšnim gostim spodnjim robom. Pravili so, da naj bi ga izdelovali kar iz krompirja. In še za ta kruh so bile pred pekarnami že od ranih jutranjih ur dolge vrste. Ko so

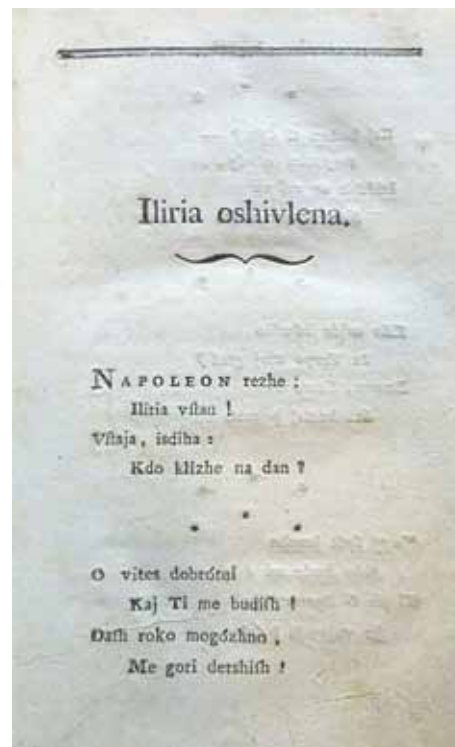
pričeli v gospodinjstvih kupljeno moko sejati skozi sito, je postal tudi doma pečen kruh bolj okusen. Za lažjo kuho s skromnimi sredstvi je dobilo vsako gospodinjstvo mesečno publikacijo »Deine kleine Helferin – Tvoja mala pomočnica«. V zadnih letih vojne je zelo manjkalo tudi sladkorja. Ker so pravili, da je tega živila dovolj in brez kart v Celovcu, sva se z mamo večkrat odpravila tjakaj ponj. Vsakokrat sva tja potovala z direktnim vlakom iz Kranja, dokler nisva zadnjikrat v že nekoliko zbombardiranem Celovcu obsedela v nekem zaklonišču skoraj ves dan. To je bilo sicer nekakšno šolsko zaklonišče in šolarji so dobili tudi nek topel obrok, pri čemer so pa mene popolnoma prezrli.

Ob začetku vojne sem predčasno dobil slovensko spričevalo za drugi razred osnovne šole, vendar ga Nemci niso priznali in sem zato moral jeseni s sošolci spet obiskovati drugi razred. Pouk je bil že od vsega začetka popolnoma v nemščini, saj naj bi bile učiteljice ozirom redki učitelji pravi Nemci; čeprav se je govorilo, da ni povsem res in da so med njimi tudi slovenski Korošci. Okupatorji so pač hoteli ponemčiti najprej mlade generacije. Sicer se pa spomnim iz članka v nekem nemškem koledarju, da smo Gorenjci pravzaprav poslovenjeni Nemci, kar naj bi dokazovale besede, kot denimo »šuštar«, »žnidar«, »šporget« in kar je še takih popačenk. Da bi te domnevne »Nemce« spet vrnili v pravo domovinsko naročje, so oblasti prirejale tudi za odrasle najrazličnejše jezikovne tečaje.

Prve mesece smo bili ob takem enojezičnem pouku učenci precej nemočni, potem smo se pa počasi kar dobro navadili tujega jezika, v katerem so bili napisani tudi vsi učbeniki. Sam sem menda še nekaj časa po vojni tudi v slovenski šoli računal po nemško. Nasplošno se nas je večina kar dobro učila. Se je pa zgodilo, da smo tudi ubogi slovenski učenčki pokazali »zobe«! Nekoč smo se zmenili, da na učteljičin običajni jutranji pozdrav »Heil Hitler!« ne bomo odgovorili z enakim pozdravom. In ko je naslednje jutro prestopila prag učilnice, smo na njen »Heil Hitler!« odgovarjali z »Guten Tag!«, »Guten Morgen!« in podobnimi »nevtralnimi pozdravi«. Popolnoma šokirana je pri priči odhitela k ravnatelju, ki se je takoj pojavil na vratih. Na pogled krepak, kar malo strah zbujajoč možki nas je najprej pošteno nahrulil, nato pa zahteval, da vstanemo kakih desetkrat in odzdravimo s hitlerjanskim pozdravom.



Dragocen izvod *Pismenosti ali Gramatike za Prve Šole* Valentina Vodnika hrani Mestna knjižnica Kranj. Knjiga je izšla leta 1811 pri ljubljanskem založniku Leopoldu Egerju.



V tem izvodu je ohranjena *Iliria oshivljena*, oda Napoleonu, ki so jo dale pozneje avstrijske oblasti odstraniti iz teh učbenikov.

Okupatorji so dosledno izbrisali vsa javna slovenska besedila, za čuda pa je ostal slovenski napis na kranjski hiši, kjer je umrl France Prešeren. Menda zato, ker so ga imeli tudi za nemškega pesnika. Sam sem doma sicer imel nekaj slovenskih mladinskih knjig, vendar sem domala vse že po nekajkrat prebral. In zato sem bil zelo vesel, ko sem od prijatelja izvedel, da je v nekakšni drvarnici na kranjskem Gasilskem trgu polno slovenskih knjig, ki jih je mogoče tudi odnesti. Tako sem se ob prvi priložnosti tudi sam splazil skozi ozko odprtino večje drvarnice, kjer so ležale na visokem, morda kar dvometrskem kupu nametane razne slovenske knjige, ki so jih bili Nemci očitno pripeljali iz različnih gorenjskih knjižnic. To »knjižnico v drvarnici« sem pozneje še nekajkrat obiskal in si tako nabral kar čeden kupček knjig. Med njimi je bila zagotovo najdragocenejša *Pismenost ali gramatika* Valentina Vodnika, ki je imela v uvodu natisnjeno pesem »Ilirija oživljena«. Zaradi tega francoskemu cesarju Napoleonu naklonjenega besedila so pesem pozneje, po vrnitvi avstrijske oblasti, iztrgali iz knjig. Za te okoliščine sem kajpak izvedel šele po vojni, ko sem *Pismenost* predal svojemu gimnazijskemu profesorju Stanku Buncu, ustanovitelju kranjske Študijske knjižnice. Ta dragoceni izvod hrani danes nova Mestna knjižnica v Kranju.

Dragocen vir slovenskih knjig je bila zame tudi stara skrinja ali nemara omara nekega maminega sorodnika, kjer sem našel

predvsem »Slovenske večernice« Mohorjeve družbe, med katerimi so mi posebej ostale v spominu zgodovinske zgodbe Ivana Zorca *Beli menihi* in *Izgnani menihi*.

Med okupacijo seveda ni bilo mogoče dobiti v nobeni knjigarni ali knjižnici knjige v slovenščini – vse je bilo nemško! Zato sem bil toliko bolj vesel, ko sem že proti koncu vojne izvedel, da je mogoče dobiti slovenske knjige v domobranski kasarni, ki je bila v barakah blizu današnjega kranjskega zdravstvenega doma. Ne bodi len sem se ob prvi priložnosti odpravil tja, prešel oboroženo stražo pri vhodu in nato naletel na komandanta – njegov sin je bil celo moj sošolec. Kar strogo me je prijel, češ od kod da prihajam. No, ko sem mu povedal, da sem iz Čirč, je dejal: »O, tam so pa sami

fejst ljudje!« in me spustil naprej. V baraki so bile na klopi številne slovenske knjige iz Slovenčeve knjižnice, izdane v Ljubljani – kot sem ugotovil pozneje. Srce mi je kar zaigralo, ko sem si ogledoval različna knjižna dela z zanimivo vsebino. Zaradi skromne količine nemških mark, ki sem jih imel v žepu, sem si lahko privoščil zgolj zbirko Nika Kureta *Veselja dom*, Janeza Jalna *Bobre* in neki koledar. Kljub temu sem odšel domov ves vesel, da sem dobil v last tako lepe nove slovenske knjige.

Pa še eno doživetje s slovensko knjigo! Takoj po osvoboditvi sva z mamo odšla prvič po štirih letih v Ljubljano, kjer smo malo pred vojno tudi živeli. Odšla sva kajpada v prvo knjigarno, kjer sem zagledal zame nadvse privlačno delo Julesa Verna *Dvajset tisoč milj pod morjem*. Mama mi jo je že hotela kupiti, pa ni imela zadosti lir. Ko je to opazil neki ob nama stoječi gospod, je takoj primaknil razliko iz svojega žepa in me s tem dobesedno osrečil. Toliko mi je takrat pomenila slovenska beseda v knjigi...

E-naslov: jurij.mihail@siol.net

Spričevalo za 4. razred nemške osnovne šole v Kranju (Krainburg) za šolsko leto 1943/44. Zanimive so takratne ocene, ki so popolnoma nasprotna našim: sehr gut (1) - zelo dobro, gut (2) - dobro, befriedigend (3) - zadovoljivo, ausreichend (4) - zadostno, mangelhaft (5) - pomanjkljivo, ungenügend (6) - nezadostno. To spričevalo je bilo po osvoboditvi nostrificirano po uredbi o priznavanju in veljavnosti v času okupacije opravljenih tečajev in izpitov ter doseženih izpričeval in diplom. Učenec pa je takrat tudi opravil sprejemni izpit za I. razred srednjih šol. Glej besedilo ob robu dokumenta!



Nemška vadnica za 1. razred meščanske šole, ki je bila med vojno v veljavi na okupiranem Gorenjskem.

Svetovni dan ledvic in deset resnic o kronični ledvični bolezni

Jelka Lindič

Svetovni dan ledvic bo letos 14. marca. Pobudo za Svetovni dan ledvic sta leta 2006 podali organizaciji Zveza ledvičnih društev (Federation of Kidney Foundations, IFKF) in Mednarodna nefrološka zveza (International Society of Nephrology, ISN). ISN je neprofitno strokovno združenje nefrologov z več kot 9.000 člani iz 126 držav, ki že več kot 50 let deluje na področju izobraževanja, diagnostike, zdravljenja in preprečevanja ledvičnih bolezni tako v razvitem kot nerazvitem svetu. Osnovni namen delovanja je pospeševati napredek v nefrologiji in zmanjšati obolenost ljudi zaradi ledvičnih bolezni. Največja vsakoletna preventivna akcija je Svetovni dan ledvic, pri kateri v Sloveniji sodelujemo že od samega začetka, letos že sedmič. Poglavitni namen dogodka je osveščanje laične in strokovne javnosti o pomenu preprečevanja, zgodnjega odkrivanja in pravočasnega zdravljenja kronične ledvične bolezni.

Prva resnica – Kronična ledvična bolezen je zelo pogosta

Kronično ledvično bolezen ima kar vsaka 10. odrasla oseba. Zakaj je to pomembno? Ljudje s kronično ledvično boleznijo imajo 10- do 20-krat večje tveganje za nastanek srčno-žilnih bolezni in umirajo mlajši od vrstnikov. Večina jih zato ne živi dovolj dolgo, da bi prišlo do končne ledvične odpovedi in potrebe po zdravljenju z dializo ali presaditvijo ledvice. Delež bolnikov s kroničnimi boleznimi v razvitem svetu znaša že več kot 70 odstotkov in še narašča, čeprav je možno večino teh bolezni preprečiti z zdravim načinom življenja in s pravočasno ugotovitvijo upočasnitvi njihovo napredovanje. Pri tem kronična ledvična bolezen ni nobena izjema, prej pravilo. Trenutno v svetu zaradi srčno-žilnih bolezni letno umre najmanj 12 milijonov ljudi s kronično ledvično boleznijo, več kot 1,5 milijona se jih zdravi z dializo ali presaditvijo ledvice. Za orientacijo – bolnikov s končno ledvično odpovedjo je v Sloveniji približno 2.000 ali 0,1 odstotka populacije, 10 odstotkov populacije odraslih pa naj bi imelo kronično ledvično bolezen, kar je več kot 150.000 ljudi.

Druga resnica – Tveganje za kronično ledvično bolezen je največje pri sladkornih bolnikih, bolnikih z arterijsko hipertenzijo in tistih z boleznimi srca in ožilja

Še vedno je premalo poznano, da kronično ledvično bolezen v večini primerov povzročijo tri najpogostejše bolezni sodobnega sveta, ki so:

- sladkorna bolezen,
- arterijska hipertenzija in

- aterosklerotična srčno-žilna bolezen, ki se kaže kot ishemična bolezen srca, srčno popuščanje, periferna arterijska okluzivna bolezen in cerebrovaskularna bolezen.

Pri teh bolnikih se kronična ledvična bolezen pokaže s pojavom proteinurije in slabšim ledvičnim delovanjem oziroma zmanjšanjem hitrosti glomerulne filtracije (oGF). Eritrociturije ti bolniki nimajo.

Za nastanek kronične ledvične bolezni so sicer bolj ogroženi tudi starejši od 50 let in ljudje s sorodnikom prvega in drugega kolena z znano kronično ledvično boleznijo ne glede na vzrok. Pogostejša je pri predebelih z indeksom telesne mase več kot 30 kg/m² in kadilcih. Tisti, ki kadarkoli prebolijo akutno ledvično okvaro, so tudi bolj ogroženi za nastanek kronične ledvične bolezni, in to je sporočilo, ki ga letos ob Svetovnem dnevu ledvic še posebej izpostavljamo.

Tretja resnica – Najpogostejša znaka kronične ledvične bolezni sta proteinurija in zmanjšanje hitrosti glomerulne filtracije pod 60 ml/min./1,73 m²

Kronično ledvično bolezen ugotovimo s pregledom seča in krvi. Na osnovi izvidov preiskave seča sklepamo o treh stvareh:

- o vrsti ledvične bolezni,
- tveganju za napredovanje kronične ledvične bolezni in
- tveganju za srčno-žilne zaplete.

Z oceno hitrosti glomerulne filtracije (oGF), ki jo laboratorij poda na osnovi serumske koncentracije kreatinina, pa ugotovimo, kako dobro delujejo ledvice.

Kadar ima bolnik akutno simptomatiko, za diagnozo običajno zadošča že analiza enega vzorca seča in oGF. Če iščemo kronično ledvično bolezen, pa moramo bolezensko najdbo (proteinurijo ali zmanjšanje oGF) potrditi vsaj dvakrat v obdobju treh mesecev.

Presejalne preiskave opravljamo v standardiziranih pogojih, da izločimo zunanje dejavnike, ki lahko vplivajo na rezultat. Na serumsko koncentracijo kreatinina namreč vpliva več dejavnikov, med katerimi sta v praksi najpomembnejša uživanje mesa pred preiskavo in večji telesni napor. Ker oba povečata serumsko koncentracijo kreatinina, je treba preiskovanca opozoriti, da dva dni pred preiskavo krvi ali urina ne uživa mesa in ni zelo telesno aktiven (tek, kolesarjenje, intenzivna hoja navkreber in podobno). Moške opozorimo, da so en dan pred preiskavo spolno vzdržni, da ne nastane lažna proteinurija. Pri ženskah preiskav seča v času menstruacije ne opravljamo zaradi kontaminacije seča s krvjo.

Vedno preiskujemo srednji curek drugega jutranjega seča med neprekinjeno mikcijo. Pri starejših ali slabše pokretnih ljudeh je odvzem srednjega curka drugega jutranjega seča pravi podvig, ki brez sodelovanja medicinskega osebja dostikrat ne uspe, tako kot bi si želeli. Nepravilen odvzem najpogosteje napove najdba številnih ploščatih uropiteltnih celic v sedimentu seča, ki izhajajo iz distalne sečnice in nožnice. Pri napačnem odvzemu urina ni možno interpretirati nobenih najdb pri preiskavi seča s testnim lističem ali v sedimentu seča. Zato čim večkrat opozorimo bolnike in zdravstveno osebje na pravičen odvzem urina!

Četrta resnica – Kronično ledvično bolezen lahko prej ugotovimo s preiskavo seča kot pa z določitvijo serumskega kreatinina

Proteinurija je najpomembnejši znak kronične ledvične bolezni in se lahko pojavi še pred zmanjšanjem hitrosti glomerulne filtracije. Preiskave seča so zato za odkrivanje kronične ledvične bolezni še bolj ali vsaj tako pomembne kot določitev oGF na osnovi serumske koncentracije kreatinina.

Peta resnica – Enako pomembno, kot je ugotoviti proteinurijo, je ugotoviti, kako velika je

Proteinurijo najprej določimo z običajnim urinskim testnim lističem, s katerim ugotovimo tudi druge lastnosti seča. Ker je testni listič občutljivejši na albumine kot na druge proteine, ga vedno dopolnimo z določitvijo beljakovin s precipitacijsko metodo, npr. s sulfosalicilno ali trikloroacetno kislino, s katero zaznamo prisotnost drugih »nealbuminskih« beljakovin. Precipitacijska metoda namreč zaznava tudi tubulne beljakovine in glomerulno proteinurijo, pri kateri se zaradi večje poškodbe glomerula poleg albuminov izločajo tudi IgG in beljakovine večje molekulske mase, ki jih s testnim lističem ne zaznamo. Nesorazmerno majhna albuminurija pri testu z urinskim testnim lističem v primerjavi s proteinurijo, določeno s precipitacijsko metodo, je značilna za prisotnost lahkih verig in imunoglobulinov v seču (prelivna proteinurija) in z njo že postavimo sum na npr. plazmocitom. Vsi laboratoriji v Sloveniji morajo zato vedno sočasno z izvidi osnovne preiskave seča podati še vrednost proteinurije, določene s precipitacijsko metodo.

Če s testiranjem s testnim lističem in precipitacijsko metodo ugotovimo proteinurijo 1 ali več, ne vemo, kako velika je in kaj se bo zato z bolnikom zgodilo, zato jo je potrebno v laboratoriju natančneje kvantitativno ovrednotiti. Pozitiven rezultat je namreč lahko posledica močno koncentriranega urina, negativen pa obratno, posledica razredčenja urina. Zato rezultat preverimo z določitvijo beljakovin v drugem jutranjem vzorcu seča (U-beljakovine) skupaj z določitvijo kreatinina (U-kreatinin) in vrednost podamo kot razmerje U-beljakovine/U-kreatinin v g/mol. Normalna vrednost je do 20 g/mol. Če je vrednost U-beljakovine/U-kreatinin enaka 100 g/mol, to orientacijsko pomeni proteinurijo 1 g dnevno. In to vrednost si je treba zapomniti, saj je proteinurija > 1 g dnevno zanesljiv napovednik hitrejšega slabšanja kronične

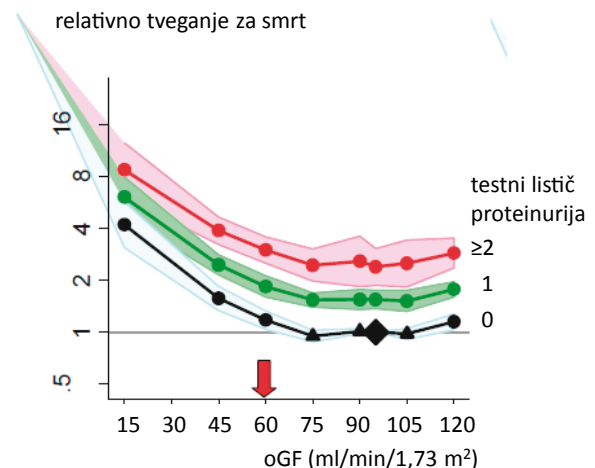
ledvične bolezni. V primeru suma na kronično ledvično bolezen je potrebno proteinurijo vedno potrditi v dveh vzorcih drugega jutranjega seča od treh preiskovanih v obdobju treh mesecev, saj je izločanje variabilno, se čez dan spreminja in je lahko posledica fizioloških vzrokov, npr. napora ali zvišane telesne temperature.

Šesta resnica – Proteinurija »ubija«

Vsaka bolezenska proteinurija je odraz poškodbe žilnega endotela. V glomerulu se poškodba žilnega endotela pokaže kot povečana prepustnost glomerulne bazalne membrane s posledično proteinurijo (ali v zgodnji fazi z mikroalbuminurijo). Proteinurija zato odraža povečano tveganje za srčno-žilne zaplete, s tem povezano večjo smrtnost in smrtnost na splošno (slika 1). Če s testnim lističem ugotovimo proteinurijo 1 in je oGF normalna (nad 90 ml/min./1,73 m²), je relativno tveganje za smrt celo večje kot pri izoliranem zmanjšanju oGF na 45 do 60 ml/min./1,73 m² brez sočasne proteinurije! Proteinurija je zato »okno v srce«. Z zmanjšanjem proteinurije z zdravili ne upočasnimo samo slabšanja ledvičnega delovanja, ampak zmanjšamo tudi srčno-žilno tveganje in smrtnost bolnikov.

Sedma resnica – Določanje proteinurije je boljše presejalna preiskava kot določanje albuminurije

Zakaj pa namesto proteinurije (U-beljakovine/U-kreatinin) pri iskanju kronične ledvične bolezni ne določamo albuminurije (U-albumin/U-kreatinin), ki je prvi znanilec okvare glomerulne



Slika 1. Relativno tveganje za smrt pri prisotni proteinuriji in pri zmanjšanju oGF. Če se oGF zmanjša pod 60 ml/min./1,73 m², se povečuje tudi relativno tveganje za smrt. Že minimalna proteinurija poveča relativno tveganje za smrt. Toda: že proteinurija 1 ali več, določena s testnim lističem, bolj poveča tveganje za smrt kot pa izolirano zmanjšanje hitrosti glomerulne filtracije v območju 45 do 60 ml/min./1,73 m² brez sočasne proteinurije! Povzeto po Levey AS et al. *Kidney Int* 2011; 80: 17–28.

bazalne membrane? Prvi vzrok je, da lahko v takšnem primeru kar pri 20 odstotkih bolnikov spregledamo proteinurijo, ki nastane zaradi tubulne okvare ali glomerulne proteinurije, ki je posledica izločanja beljakovin z večjo molekulsko maso, ki niso albumini. To velja tudi za okvaro ledvic bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2. Drugi vzrok je, da se v primeru večanja albuminurije zaradi posledične resorpcijske okvare tubulov povečuje tudi tubulna proteinurija in je celokupna proteinurija zato večja kot izolirana albuminurija in bolnik zato bolj ogrožen. Tretji vzrok je, da lahko spregledamo prelivno proteinurijo in morebitni plazmocitom ali boleznimi odlaganja, saj ne opazimo povečanega izločanja IgG in lahkih verig v seču. In četrti, ne tako nepomemben razlog: metoda določanja albuminurije je bistveno dražja od določanja proteinurije. Določanje izolirane albuminurije kot presejalna preiskava ali za spremljanje poteka bolezni zato pri nobeni populaciji bolnikov nima posebnih prednosti pred določitvijo proteinurije, če je le-ta bolezenska. Če proteinurije ne dokažemo in iščemo začetno diabetično ledvično okvaro ali večje tveganje za srčno-žilne dogodke, pa je smiselno določati albuminurijo (U-albumin/U-kreatinin), ki ji v tem primeru rečemo mikroalbuminurija).

Osma resnica – Trajno zmanjšanje oGF pod 60 ml/min./1,73 m² pomeni prisotnost kronične ledvične bolezni

Kako dobro delujejo ledvice, nam pove ocena hitrosti glomerulne filtracije (oGF), ki jo laboratorij izračuna iz serumske koncentracije kreatinina po enačbi študije »Modification of diet in renal disease« (oGF MDRD) ali enačbi študije »Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration« (oGF CKD-EPI). Slednja se je v zadnjih letih izkazala za primernejšo, ker realneje oceni oGF. Podatek o oGF mora v Sloveniji avtomatsko podati vsak laboratorij skupaj z rezultatom serumske koncentracije kreatinina in če ga ne poda, jih je potrebno na to opozoriti in vztrajati, dokler tega ne dosežemo. Če za določitev kreatinina laboratorij uporablja metodo, sledljivo do standarda, izraža oGF s številko v območju pod 90 ml/min./1,73 m² ali kot > 90 ml/min./1,73 m², če metoda ni umerjena do standarda, pa izraža oGF s številko samo v območju pod 60 ml/min./1,73 m² ali kot > 60 ml/min./1,73 m².

Če ugotovimo zmanjšano oGF, je potrebno analizo ponoviti že v 1 do 2 tednih, da na ta način ne spregledamo akutne ledvične okvare. V primeru stabilne vrednosti določitev oGF ponovimo v času do treh mesecev, da ocenimo, kako stabilna je bolezen. Ker je dovoljena variabilnost pri določanju serumske koncentracije kreatinina kar ± 15 odstotkov, to vpliva tudi na izračunano oGF, zato spremembo oGF ocenjujemo v tem kontekstu. Običajno se oGF po 30. letu starosti zmanjšuje za do 1 ml/min./1,73 m² na leto. Najhitreje se ledvično delovanje slabša pri nezdravljenih ali slabo zdravljenih sladkornih bolnikih, saj upada kar za 10 ml/min. letno, torej 10-krat hitreje kot v običajni populaciji. Če jim uredimo krvni tlak, upočasnimo upadanje hitrosti glomerulne filtracije na 5 ml/min. letno, če uredimo še krvni sladkor, pa na 1 do 2 ml/min. letno.

Večina ljudi s kronično ledvično boleznijo je starejših. Pri starejših od 70 let smo pri vrednotenju oGF previdni, saj ne odraža realne hitrosti glomerulne filtracije in je treba izvid vrednotiti v kontekstu ostalih pridruženih bolezni. Pri 75-letnem hipertoničniku po možganski kapi z zmanjšano in stabilno oGF pod 30 ml/min./1,73 m², urejenim krvnim tlakom in proteinurijo pod 1 g dnevno niso potrebni nobeni dodatni ukrepi s strani nefrologa, saj so renoprotektivni cilji doseženi, zato se lahko vodi še naprej pri izbranem zdravniku.

Deveta resnica – Majhna proteinurija in urejen krvni tlak napovedujeta stabilno kronično ledvično bolezen

Tveganje za napredovanje kronične ledvične bolezni je večje v treh primerih:

- pri proteinuriji, še posebej če presega 1 g dnevno,
- pri previsokem krvnem tlaku in
- neurejeni sladkorni boleznimi.

Nastale škode ne moremo popraviti, lahko pa upočasnimo potek bolezni. Kako? S poučitvijo bolnikov o zdravem načinu življenja (o redni telesni aktivnosti, zdravi prehrani z omejitvijo soli in živalskih maščob, opustitvijo kajenja...), antihipertenzivnimi zdravili v primeru zvišanega krvnega tlaka, ureditvijo glikemije pri sladkornih bolnikih, predpisovanjem zaviralcev ACE ali/in sartanov v primeru proteinurije, zdravljenjem hiperlipidemije in uvedbo aspirina pri srčno-žilni ogroženosti po veljavnih priporočilih.

Želeni cilji so:

- krvni tlak pod 140/80 mm Hg in pri sladkornih bolnikih pod 130/80 mm Hg,
- čim manjša proteinurija oziroma vsaj pod 1 g dnevno,
- dobra urejenost sladkorne bolezni, tako da bo HbA1c ≤ 7 % (a brez hipoglikemij).

V takšnem primeru bo ledvično delovanje stabilno ali pa se bo slabšalo tako zelo počasi, da do končne odpovedi ledvic ne bo prišlo. Ko se pojavijo zapleti kronične ledvične bolezni, je potrebno tudi zdravljenje ledvične anemije, presnovne kostne bolezni in poprava presnovne acidoze, kar običajno vodi nefrolog.

Deseta resnica – Najbolj uspešno zdravimo kronično ledvično bolezen tako, da jo preprečimo

Kronično ledvično bolezen preprečujemo z zdravim načinom življenja, torej z zdravo prehrano z omejitvijo soli, redno vsakodnevno telesno aktivnostjo, primerno telesno težo in opustitvijo škodljivih razvad, kot je kajenje, saj na ta način preprečimo tudi večino drugih kroničnih bolezni, kot so sladkorna bolezen, arterijska hipertenzija in srčno-žilne bolezni, ki okvarijo ledvice.

Pri ljudeh z dejavniki tveganja za nastanek kronične ledvične bolezni enkrat letno opravimo presejalne preiskave za odkrivanje kronične ledvične bolezni: izmerimo krvni tlak, opravimo analizo urina in določimo oGF. Če bolezen zgodaj ugotovimo, hitreje odkrijemo vzrok in bolnika uspešneje zdravimo.

Svetovni dan ledvic je dan resnic o ledvicah, za katere še niste vedeli ali se jih zavedali

V sodelovanju med Zvezo društev ledvičnih bolnikov in nefrologi, združenimi v Slovenskem nefrološkem društvu, s številnimi preventivnimi akcijami, informacijskimi točkami, medijskimi objavami in brezplačnim testiranjem urina s testnimi lističi vsako leto povečujemo osveščenost laikov in zavedanje strokovne javnosti o pomenu preprečevanja in zgodnjega odkrivanja kronične ledvične bolezni. V času Svetovnega dneva ledvic za zdravnike vsako leto organiziramo podiplomsko šolo o boleznih ledvic z naslovom Nefrologija 2013, ki bo letos že štirinajsta v 13 letih. Za laike in bolnike smo pripravili izobraževalni program »Za dobro ledvic«, ki obsega 21 poljudnih zloženek za bolnike, ki so dostopne na spletnem naslovu Zveze društev ledvičnih bolnikov in Slovenskega nefrološkega društva. Z dosedanjimi vsakoletnimi aktivnostmi smo poudarjali:

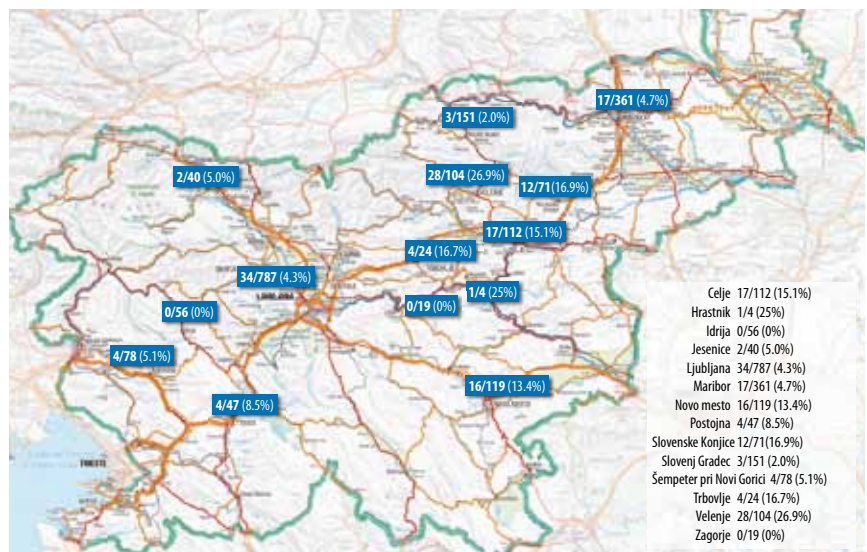
- v letu 2006 zdrav način življenja za preprečevanje nastanka kronične ledvične bolezni (»So vaše ledvice zdrave?«),
- v letu 2007 zgodnje odkrivanje in zdravljenje kronične ledvične bolezni (»Kronična ledvična bolezen je pogosta in škodljiva, a se jo uspešno zdravi!«),
- v letu 2008 pomen zdravih ledvic za ohranjanje zdravja (»Čudovite ledvice!«),
- leta 2009 pomen arterijske hipertenzije pri nastanku kronične ledvične bolezni (»Čuvaj ledvice – zdravi zvišan krvni tlak!«),
- leta 2010 pomen sladkorne bolezni pri nastanku kronične ledvične bolezni (»Čuvaj ledvice – zdravi sladkorno bolezen!«),
- leta 2011 preprečevanje nastanka kronične ledvične bolezni za ohranitev zdravja srca (»Čuvaj ledvice – ohrani srce!«),
- leta 2012 pomen darovanja ledvic ljudem s končno odpovedjo ledvic, ki rešuje in podaljšuje njihova življenja (»Daruj ledvico – podari življenje!«).

Iz leta v leto je naraščalo število informacijskih točk v zdravstvenih ustanovah v primarnem zdravstvu, v katerih so zelo zavzeto sodelovali Vzgojno-varstveni centri, v bolnišnicah in večjih trgovskih središčih po vsej Sloveniji, na katerih so prostovoljci,

ledvični bolniki, dijaki, študentje medicine in zdravniki osveščali laike o pomenu preprečevanja, zgodnjega odkrivanja in zdravljenja kronične ledvične bolezni. V letu 2012 je bilo v izvedbo aktivnosti na »Svetovni dan ledvic« tako vključenih več kot 200 prostovoljcev na 97 informacijskih točkah. V tem času je bil 4.184 obiskovalcem izmerjen krvni tlak, krvni sladkor pa 3.600 obiskovalcem. V 22 zdravstvenih ustanovah po Sloveniji je bilo leta 2012 s pomočjo donacije testnih lističev družbe Roche omogočeno brezplačno testiranje seča na prisotnost beljakovin, ki se ga je udeležilo 1.973 ljudi (slika 2). Pri 7,2 odstotka testiranih je bila ugotovljena proteinurija in so bili napoteni na ponovno testiranje k svojemu zdravniku.

Tudi letos želimo poudariti, kako pomembno je iskati proteinurijo, saj ne pove le, da ima nekdo ledvično okvaro, ampak tudi, da je zelo ogrožen zaradi srčno-žilnih bolezni in ima večje tveganje za smrt. Če drži, da s pomočjo določitve troponina zelo enostavno ugotovimo akutno poškodbo srčne mišice, to je stanje, ki ga v Sloveniji dobro obvladujemo, potem drži tudi, da je proteinurija dokaz kronične žilne in »srčne« okvare, ki zahteva nujne ukrepe, česar pa (sploh?) ne vemo, ne poznamo dovolj in na žalost premalo uporabljamo. Koliko ljudi z boleznijo srca ali ožilja ali arterijsko hipertenzijo in sladkornih bolnikov ima opravljeno osnovno analizo seča vsaj enkrat v zadnjih petih letih, koliko v zadnjem letu? Pri tem pa je preiskava seča s testnim lističem tako enostavna (in poceni), da bi jo lahko opravil vsak zdravnik ali za to poučena sestra kar v ambulanti. Ljudje so nas že sprejeli, komaj čakajo na vsakoletno brezplačno testiranje seča, kdaj nas bo sprejela tudi stroka?

Na kaj opozarjamo ob letošnjem svetovnem dnevu ledvic? Letošnji poudarek je namenjen ozaveščanju laične in strokovne javnosti o preprečevanju akutne ledvične okvare, ki je eden od



Slika 2. V času Svetovnega dneva ledvic je bilo omogočeno brezplačno iskanje proteinurije s testnimi lističi za skupine s povečanim tveganjem za kronično ledvično bolezen, ki se ga je udeležilo 1.973 ljudi, 7,2 odstotka vzorcev seča je bilo pozitivnih.

manj poznanih dejavnikov tveganja za nastanek kronične ledvične bolezni. Letošnji slogan se zato glasi »Ledvice za vse življenje – preprečimo akutno ledvično okvaro!« Za njen nastanek so bolj dovzetni starostniki, bolniki s sladkorno boleznijo, boleznijo srca in ožilja in tisti s cirozo jeter, pa seveda bolniki z že znano kronično ledvično boleznijo. Do akutne ledvične okvare najpogosteje pridevajo predledvični vzroki (srčno popuščanje, hipovolemija zaradi bruhanja, driske, krvavitve, dekompenzacija ciroze jeter) in porenalni vzroki (obstrukcija zaradi povečane prostate, sečnih kamnov, malignomov sečil in rodil itd.), redkeje so vzrok intrinzični ledvični vzroki (primarni in sekundarni glomerulonefritisi, tubulointersticijske bolezni, bolezni ledvičnih žil). Vzrok so lahko tudi zdravila, na primer jemanje nesteroidnih antirevmatikov in zdravljenje z nekaterimi antibiotiki. Akutna ledvična okvara nastane zaradi različnih vzrokov pri do 20 odstotkih hospitaliziranih bolnikov in poveča njihovo tveganje za smrt. Vse bolnike, ki so imeli akutno ledvično okvaro, je potrebno po odpustu kljub izboljšanju ledvičnega delovanja zaradi možnega nastanka kronične ledvične bolezni še naprej skrbno spremljati in zdraviti v skladu s priporočili.

Ob letošnjem Svetovnem dnevu ledvic je modro znova poudariti in čim bolj na glas povedati:

- da z zdravim načinom življenja zmanjšamo tveganje in preprečimo nastanek kronične ledvične bolezni;
- da je potrebno pri ljudeh z dejavniki tveganja za kronično ledvično bolezen enkrat letno opraviti pregled seča, določiti serumsko koncentracijo kreatinina in oGF;
- da so zvišan krvni tlak, sladkorna bolezen in srčno-žilne bolezni najpomembnejši vzroki za nastanek kronične ledvične bolezni;
- da je razširjenost kronične ledvične bolezni v razvitem svetu tako velika, da lahko govorimo o epidemiji;
- da večina bolnikov s kronično ledvično boleznijo umre zaradi bolezni srca in ožilja, še preden potrebujejo nadomestno zdravljenje z dializo ali presaditvijo ledvice;
- da lahko s pravočasnim zdravljenjem kronične ledvične bolezni preprečimo nastanek končne odpovedi ledvic;
- da je zdravljenje končne odpovedi ledvic zelo drago;
- da so stroški enoletnega zdravljenja z dializo za eno osebo s končno odpovedjo ledvic enaki stroškom preventivnih preiskav za odkrivanje kronične ledvične bolezni za več kot 5.000 ljudi, zato je nujno potrebno začeti s preventivnimi presejalnimi programi v primarnem zdravstvu;
- da je opustitev uvajanja presejalnih preiskav za odkrivanje kronične ledvične bolezni v primerjavi s »širjenjem epidemije kronične ledvične bolezni« s posledičnimi zapletmi na srcu in ožilju in povečano smrtnostjo samo navidezni kratkoročni prihranek, ki bo z leti prinesel izjemno veliko nesmiselno izgubo življenj in denarja;
- da je presaditev ledvice najboljši način zdravljenja končne odpovedi ledvic, ker bolniki po presaditvi živijo dlje in

kvalitetnejše, stroški zdravljenja pa so manjši kot pri dializnem zdravljenju;

- da je smiselno bolnika s kronično ledvično boleznijo uvrstiti na čakalni seznam za presaditev ledvice umrlega darovalca, še preden prične z dializnim zdravljenjem, ko je oGF pod 20 ml/min./1,73 m² in se postopoma zmanjšuje, saj je preživetje presajene ledvice najboljše, če se jo presadi pred pričetkom zdravljenja z dializo ali v prvem letu dializnega zdravljenja;
- da je darovanje organov po smrti ali za časa življenja eno od najbolj humanih dejanj, kar jih obstaja;
- da v Sloveniji zaradi učinkovitega sistema nadzora zares ni mogoča zloraba pri darovanju in presajanju organov;
- da sta peritonealna dializa in hemodializa enakovredni in komplementarni metodi dializnega zdravljenja pri končni odpovedi ledvic;
- da moramo vse naštetost zdravstveni delavci vedeti, poznati in v naši praksi živeti, ne samo sanjati, a ne sami in osamljeni, ampak s pomočjo sistema zdravstvenega zavarovanja in zdravstvene politike, ki ji je mar za zdravje ljudi.

Literatura:

1. Aspevall O, Hallander H, Gant C, Kouri T. European guidelines for urinalysis: a collaborative document produced by European clinical microbiologists and clinical chemists under ECLM in collaboration with ESCMID. Clin Microbiol Infect 2001; 7: 173–8.
2. Chin HJ, Ahn JM, Na Ky et al. The effect of the World Kidney Day on the awareness of chronic kidney disease and the status of risk factors for



- cardiovascular disease and renal progression. *Nephrol Dial Transplant* 2010; 25: 413–9.
3. ECLM-European Urinalysis Group. European urinalysis guidelines. *Scand J Clin Lab Invest* 2000; 60: 1–96.
 4. Fogazzi GB, Passerini P, Ponticelli C, Ritz E. The urinary sediment. An integrated view. London; Chapman & Hall Medical, 1994.
 5. Fogazzi GB. Bedside urinary microscopy. CME Slides Forum. XLII ERA-EDTA Congress, June 4–7, 2005, Istanbul.
 6. Hojs R, Gorenjak M, Krsnik M, Lainščak M, Lindič J, Meško Brguljan P, Možina B, Zaletel Vrtovec J. Presejalne metode za kronično ledvično bolezen: ocena glomerulne filtracije. *ISIS* 2009; 18: 44–43.
 7. KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl* 2013; 3: Suppl 1.
 8. Lindič J, Flisar Ž, Krsnik M, Gorenjak M, Hojs R, Lainščak M, Meško Brguljan P, Možina B, Zaletel Vrtovec J. Presejalne metode za kronično ledvično bolezen: ocena proteinurije in albuminurije. *ISIS* 2009; 18: 42–47.
 9. Myers GL, Miller WG, Coresh J at al. Recommendations for improving serum creatinine measurement: a report from the laboratory working group of the national kidney disease education program. *Clin Chem* 2006; 52: 5–18.
 10. Skitek M, Trampuš Bakija A. Priporočeni postopek za odvzem, zbiranje, hranjenje, stabiliziranje in transport urina. Ljubljana: Slovensko združenje za klinično kemijo, 2001.

E-naslov: jelka.lindic@kclj.si

Prve izkušnje pri uvajanju neinvazivnega predrojstnega testiranja najpogostejših aneuploidij v Sloveniji

Anamarija Brezigar

Uvod

Predrojstna diagnostika aneuploidij je že več kot tri desetletja pomemben člen preventivnega zdravstvenega varstva v času nosečnosti. Odkar jo izvajamo v Sloveniji, se je pojavnost le-teh bistveno zmanjšala, kljub stalnemu naraščanju povprečne starosti matere ob rojstvu otroka, ki je pomemben vzročni dejavnik za pojav aneuploidije. V primeru visokega tveganja za Downov sindrom (starost nosečnice, ugotovljeno visoko tveganje po presejalnih testih) lahko v vsakdanji praksi potrdimo aneuploidijo pri plodu s kariotipizacijo celic plodovnice ali horionskih resic, pridobljenih z invazivnim posegom amniocenteze ali horionske biopsije. Ker lahko po invazivnem posegu nastopijo zapleti, ki v 0,8–2 odstotkih primerov vodijo v prekinitve nosečnosti, potekajo že desetletja prizadevanja in raziskave za razvoj neinvazivne genetske predrojstne preiskave za najpogostejše kromosomske aneuploidije.

Sočasnost novih odkritij na področju neinvazivnega določanja genetske sestave ploda iz materine krvi in hiter tehnološki napredek v molekularni genetiki sta skupaj v zadnjih letih odprla možnost za neinvazivno odkrivanje kromosomskih aneuploidij pri plodu iz vzorca materine krvi. Kljub temu, da mineva manj kot 20 let od odkritja sledov prostih nukleinskih kislin ploda v materini krvi in manj kot 10 let od razvoja tehnologij visoko zmogljivega in cenovno dostopnega sekvenciranja humanega genoma, je združitev teh dveh odkritij na področju neinvazivnega predrojstnega testiranja že pokazala različne diagnostične lastnosti in velik potencial ter klinično uporabnost. V svetovnem merilu metoda hitro prodira v klinično rabo in številna prizadevanja so usmerjena v ustrezno klinično implementacijo testa.

Z namenom omogočanja dostopnosti in varne rabe testa v Sloveniji smo pristopili k vpeljavi metode v slovenskem prostoru.

V prispevku podrobneje predstavljamo metodologijo izbora neinvazivnega testiranja za aneuploidije, pregled rezultatov diagnostičnih lastnosti testa v literaturi in prve klinične izkušnje z neinvazivnim testiranjem v slovenskem prostoru.

Neinvazivno predrojstno testiranje kromosomskih aneuploidij

Trenutno poznamo več pristopov k neinvazivnemu predrojstnemu testiranju kromosomskih aneuploidij iz vzorca periferne krvi matere. Prvi temeljijo na določanju prostih nukleinskih kislin ploda v materinem krvnem obtoku, drugi na razločevanju epigenetskih razlik plodove DNA v primerjavi z materino in tretji na določanju polimorfizmov posameznih nukleotidov plodove DNA v primerjavi z materinimi. Med vsemi naštetimi je različica prve metode, kjer se opravi globalno sekvenciranje vseh kromosomov na vzorcu proste izvencelične DNA iz materine krvi, edina, katere diagnostična točnost je že bila validirana v obsežnih študijah in predstavlja trenutno najbolj zanesljivo obliko neinvazivnega testa za kromosomske aneuploidije. S tem razlogom smo se odločili za izbiro te metode pri vpeljavi neinvazivne diagnostike kromosomskih aneuploidij v slovenski prostor.

Neinvazivno testiranje za aneuploidije s sekvenciranjem proste fetalne DNA v materinem krvnem obtoku

Odkritje celic ploda v materinem krvnem obtoku je že leta 1969 pokazalo na možnost genetskega testiranja ploda iz materine krvi.

Metoda določanja plodovih celic v materinem obtoku se je v sledečih študijah izkazala za slabo specifično in slabo senzitivno, saj se celice ploda v materinem krvnem obtoku lahko zadržujejo tudi več let po nosečnosti in tako lahko vplivajo na diagnostični rezultat pri trenutni nosečnosti. Po drugi strani je delež celic ploda v primerjavi s številom materinih celic majhen, ločevanje plodovih celic od materinih pa metodološko zahtevno.

Po drugi strani je razvoj metod za neinvazivno testiranje v letu 1998 prinesel odkritje nepričakovano visokega deleža prostih nukleinskih kislin ploda v materini plazmi. Sicer je že od sredine prejšnjega stoletja znano, da se v krvnem obtoku človeka nukleinske kisline ne nahajajo samo znotrajcelično, ampak tudi izven celic, v obliki nekaj sto baznih parov dolgih prostih odsekov izvencelične DNA (angl. *cell-free DNA*, cfDNA). Pokazano je bilo, da je v času nosečnosti populacija cfDNA v plazmi nosečnice sestavljena iz materine cfDNA in plodove cfDNA, delež slednje pa dosega vrednosti od 3,4 do 6,2 odstotka. Leta 1998 so Dennis Lo in sodelavci uspeli pokazati, da je mogoče z molekularno analizo cfDNA določiti prisotnost delcev kromosoma Y in tako neinvazivno določiti spol ploda iz vzorca materine plazme. Klinična uporabnost genotipizacije odsekov cfDNA je bila kmalu pokazana pri opredeljevanju RhD genotipa ploda v periferni krvi nosečnice, kar se v Sloveniji že nudi v namene predrojstnega testiranja Rh kompatibilnosti matere in ploda.

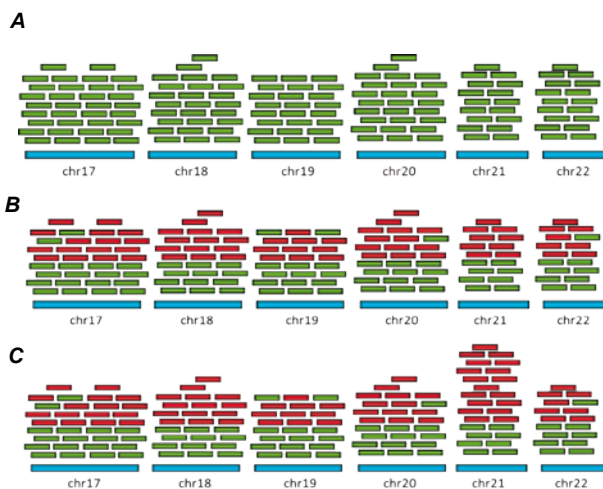
Napredek tehnologije v molekularni genetiki je z uvedbo visoko zmogljivih metod visoko paralelnega sekvenciranja v zadnjem desetletju omogočil hkratni vpogled v spremembe na nivoju celotnega genoma in tako odprl tudi možnost za odkrivanje sprememb na ravni kromosomskih aneuploidij. Pokazano je bilo, da je občutljivost teh metod dovolj visoka, da omogoča analizo cfDNA ploda v periferni krvi matere.

Neinvazivni test s sekvenciranjem poteka tako, da najprej s centrifugiranjem pridobimo iz materine krvi vzorec plazme, iz tega pa s posebnim postopkom izoliramo celotno populacijo cfDNA v periferni krvi matere. Pri tem ne ločujemo plodovih in materinih cfDNA, ampak takoj nadaljujemo s sekvenciranjem celotne populacije cfDNA. Pri sekvenciranju določimo zapis posameznih odsekov cfDNA in ko poznamo njihov zapis, lahko za vsak odsek določimo, iz katerega kromosoma izvira. Ko je sekvenciranje zaključeno, izračunamo število prebranih odsekov na posamezni bazni par v genomu, kar označujemo kot »pokritost«. V običajnem stanju pričakujemo, da bodo vsi kromosomi pokriti v enaki meri, v kolikor pa je pri plodu prisotna aneuploidija določenega kromosoma, bomo opazili nesorazmerje v pokritosti tega kromosoma v primerjavi z ostalimi. Ravno zaradi tehnološke prednosti, ki jo omogočajo nove visoko zmogljive tehnologije sekvenciranja, lahko odkrijemo tudi zelo majhna odstopanja v pokritosti kromosoma, tudi če je delež plodove cfDNA v primerjavi z materino majhen. Princip delovanja shematsko prikazujemo na sliki 1.

Pregled v literaturi objavljenih rezultatov validacijskih študij neinvazivnega testa za aneuploidije

Od prvih opisov metodologije neinvazivnega testiranja s sekvenciranjem je bilo opravljeno večje število študij, v katerih so

■ Materina cfDNA
■ Plodova cfDNA



Slika 1. Princip določanja aneuploidije kromosoma 21 s tehnologijo sekvenciranja nove generacije. Na sliki 1A je vidno stanje pri nenoseči ženski. Populacijo cfDNA v krvnem obtoku sestavljajo samo odseki, ki pripadajo materi. Pokritost vseh prestavljenih kromosomov je primerljiva. Tudi po predhodni nosečnosti se podobno stanje zelo hitro vzpostavi, saj znaša razpolovna doba cfDNA le nekaj minut in se s tem razlogom plodove cfDNA po porodu hitro izplavljajo iz materinega krvnega obtoka. Na sliki 1B je vidno stanje pri nosečnosti z evploidnim plodom. Pokritost prestavljenih kromosomov s cfDNA odseki matere je enakomerna, enako velja tudi za odseke, ki izvirajo iz celic ploda. Na sliki 1C pa je vidno stanje pri nosečnosti s plodom, ki ima trisomijo kromosoma 21. Pokritost kromosomov z odseki matere je enakomerna, razlika pa je opazna v pokritosti z odseki plodove cfDNA, ki je na kromosomu 21 opazno večja. Čeprav so odseki plodove cfDNA pomešani z materinimi, je obogatitev odsekov s kromosoma 21 še vedno jasno vidna. Zaradi jasnosti so razmerja velikosti odsekov in kromosomov na sliki prirejena, ravno tako tudi delež odsekov plodove cfDNA, ki je v dejanskem stanju manjši od prikazanega na slikah 1B in 1C.

preiskovali diagnostično točnost oziroma diagnostične lastnosti neinvazivnega testa. Glede na število vključenih preiskovank se objavljene študije med seboj zelo razlikujejo, saj število opravljenih testov z namenom validacije sega od nekaj 10 do nekaj 1.000 preiskav.

Ker so v literaturi dostopna številna in heterogena poročila o lastnostih neinvazivnega testa, smo rezultate študij, kjer so opravljali globalno sekvenciranje cfDNA s tehnologijo sekvenciranja nove generacije, zbrali in jih sintetizirali v smislu metaanalize. Pregledali smo devet objavljenih študij in zbrali podatke o številu ugotovljenih resnično pozitivnih, resnično negativnih, lažno pozitivnih in lažno negativnih rezultatov ter jih združili v skupno oceno diagnostične točnosti neinvazivnega testa s sekvenciranjem

(tabela 1). Vključili smo študije, kjer so neinvazivno preiskovali prisotnost treh najpogostejših aneuploidij – trisomije kromosoma 21, 18 in 13 in rezultate sočasno validirali s kariotipizacijo po invazivnem posegu (amniocentezi). Skupno je bilo v devetih študijah vključenih 5.456 nosečnic, od tega 572 s plodom, pri katerem so s kariotipizacijo po invazivnem odvzemu vzorca potrdili prisotnost ene izmed omenjenih trisomij. Delež lažno negativnih rezultatov je v skupnem znašal 0,14 odstotka, delež lažno pozitivnih pa je bil nekoliko večji in je znašal 2,0 odstotka, senzitivnost in specifičnost neinvazivnega testiranja s sekvenciranjem pa sta bili v skupnem visoki in sta znašali 0,988 in 0,998 (slika 2).

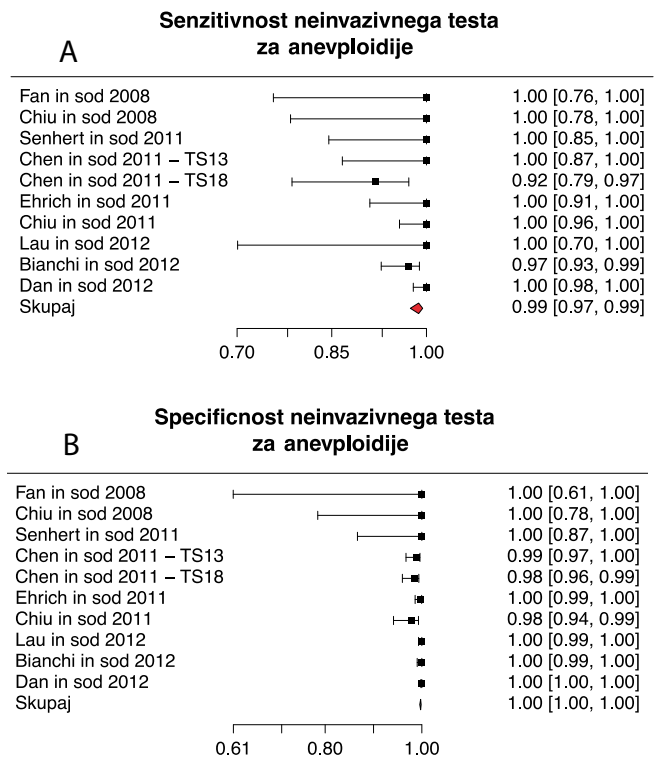
Prve izkušnje pri ponujanju neinvazivnega testa v Sloveniji

Novo preiskavo smo v Ambulanti za klinično genetiko Medgen uvedli v klinično prakso po temeljiti analizi dostopnih mednarodnih rezultatov, po priporočilih izvajalca molekularno-genetske analize BGI health, s katerim smo v tem obdobju sodelovali, in pri tem upoštevali priporočila RSK za medicinsko genetiko. Vzpostavili smo odlično sodelovanje med ginekologi, ki lahko nosečnicam prvi predstavijo možnost neinvazivnega testiranja, in kliničnimi genetiki, ki omogočajo genetsko svetovanje. Za testiranje se je od oktobra do decembra 2012 odločilo 18 nosečih žensk, pri katerih je bila v 13 primerih medicinska indikacija za testiranje starost nosečnice in v petih primerih visoko tveganje glede na kombinirani presejalni test nuhalne svetline in DHT, v prvem trimesečju nosečnosti. V vseh teh primerih je bila iz krvnega vzorca nosečnice izolirana DNK in na suhem ledu, pri - 80° C odposlana v diagnostični laboratorij. Rezultat smo prejeli v 18 primerih in ta je v 16 primerih pokazal na nizko tveganje za aneuploidijo preiskovanih kromosomov, v enem primeru pa je test pokazal na visoko tveganje za trisomijo kromosoma 21, eden od vzorcev je bil neinformativen. Nosečnici, pri kateri je bilo ugotovljeno visoko tveganje za trisomijo 21, je bila na genetskem posvetu, v skladu s smernicami RSK za medicinsko genetiko, priporočena invazivna preiskava. S predrojstno kromosomsko preiskavo po amniocentezi je bila trisomija 21 pri plodu potrjena. Pri pacientki z neinformativnim vzorcem smo odvzem krvi ponovili, rezultat je pokazal nizko tveganje za izbrane trisomije. Vse nosečnosti iz izvidom nizkega tveganja še potekajo. Po terminu poroda bomo rezultate naše preiskave preverili.

Omejitve neinvazivnega testa za kromosomske aneuploidije

Ob dobrih diagnostičnih lastnostih neinvazivnega testiranja za aneuploidije ima tovrstno testiranje tudi omejitve. Prve ocene diagnostičnih lastnosti iz relativno manjših in začetnih študij so bile slabše v primerjavi z invazivnim testom. Rezultati novejših, obsežnejših študij pa kažejo, da se z napredkom metodologije neinvazivno testiranje po diagnostični točnosti neprestano približuje invazivnemu testiranju (8).

Neinvazivni test v trenutni obliki za razliko od diagnostične kariotipizacije podaja rezultate le za izbrane najpogostejše trisomije,



Slika 2: Drevesna diagrama diagnostičnih lastnosti neinvazivnega predrojstnega testa (NIPT) z globalnim sekvenciranjem cfDNA v materini krvi. Prikazani so mere za senzitivnost in specifičnost na podlagi sistematično zbranih podatkov iz devetih študij, poleg tega pa so prikazani skupni rezultati iz vseh pregledanih študij. Iz slike 2A je razvidno, da test z izjemo dveh študij dosega 100,0-odstotno senzitivnost, združeni podatki iz vseh študij skupaj kažejo na 99,0-odstotno senzitivnost testa. Iz slike 2B je razvidno, da neinvazivni test za aneuploidije prav tako dosega specifičnosti 100,0 odstotkov, odstopanje od te vrednosti je vidno pri treh študijah. Intervali zaupanja, predstavljeni na sliki, znašajo 95 odstotkov.

ne razkriva pa prisotnosti aneuploidij drugih kromosomov in manjših kromosomskih nepravilnosti. Rezultati novejših študij kažejo, da bo s hitrim razvojem metode v bližnji prihodnosti verjetno možno tudi neinvazivno odkrivanje tovrstnih sprememb, vendar zanesljive potrditvene študije na tem področju še niso bile opravljene. Test je trenutno samoplačniški, kar ima za posledico omejitve pri enaki dostopnosti do preiskave za vse nosečnice. Trenutno je tudi še zelo drag, vendar prve ekonomske ocene nakazujejo, da bo ob pričakovanem nižanju cene testiranja vpeljava v zdravstveni sistem v bližnji prihodnosti že ekonomično smotrna.

Ob predstavljenih omejitvah je pri ponujanju testa ključna razumljiva in kakovostna informacija, nedirektivno genetsko svetovanje pri kliničnem genetiku in informirana privolitev pacientke pred testom.

Število primerov		Tedni gestacije	Senzitivnost (%)	Specifičnost (%)	Študija	Citat
Tip in število nosečnosti z aneuploidijami*	Število evploidnih nosečnosti					
14 TS21	14	14	100,0	100,0	Chiu in sod., 2008	
9 TS21 2 TS18 1 TS13	6	10–35	100,0	100,0	Fan in sod., 2008	
86 TS21	146	13	100,0	97,9	Chiu in sod., 2011	
39 TS21	410	16	100	99	Ehrich in sod., 2011	
13 TS21 8 TS18	25	15	100	100	Sehnert in sod., 2011	
37 TS18	227	13	92	98	Chen in sod., 2011, podatki za trisomije 18	
25 TS13		13	100	98	Chen in sod., 2011, podatki za trisomije 13	
11 TS21 10 TS18 2 TS13	576	12	100	100	Lau in sod., 2012	
89 TS21 36 TS18 14 TS13	311	8–31	78,6–100	100	Bianchi in sod., 2012	
139 TS21 41 TS18	2820	9–28	100	99,96	Dan in sod., 2012	

Tabela 1: Primerjava rezultatov objavljenih študij. Vključene so študije, pri katerih je bilo opravljeno globalno sekvenciranje cfDNA. Oznake TS21, TS18 in TS13 pomenijo v istem vrstnem redu trisomijo 21, trisomijo 18 in trisomijo 13.

Zaključek

Neinvazivno diagnostiko aneuploidij smo v Sloveniji vpeljali in jo ponudili v evropskem merilu med prvimi. Ob tem so bila naša prizadevanja usmerjena v to, da ponudimo preiskavo strokovno, varno in v medicinsko utemeljenih primerih po genetskem svetovanju, saj je slednje ključno za izbiro najprimernejše metode genetskega predrojstnega testiranja. Neinvazivno testiranje za najpogostejše kromosomske aneuploidije je samoplačniško. Nedvomno je ob visoki zanesljivosti slabost preiskave predvsem visoka cena. Upati je, da se bo v prihodnosti zniževala. Nedvomno pa je, da se bo metoda v prihodnosti neprestano izpopolnjevala in po pričakovanjih potencialno omogočila tudi širšo neinvazivno predrojstno genetsko diagnostiko.

Literatura:

- Bianchi, D.W., *Circulating fetal DNA: its origin and diagnostic potential—a review*. Placenta, 2004. 25 Suppl A: p. S93–S101.
- Chiu, R.W. and Y.M. Lo, *Noninvasive prenatal diagnosis empowered by high-throughput sequencing*. Prenat Diagn, 2012. 32(4): p. 401–6.
- Chiu, R.W., in sod., *Non-invasive prenatal assessment of trisomy 21 by multiplexed maternal plasma DNA sequencing: large scale validity study*. BMJ, 2011. 342: p. c7401.
- Walknowska, J., F.A. Conte, and M.M. Grumbach, *Practical and theoretical implications of fetal-maternal lymphocyte transfer*. Lancet, 1969. 1(7606): p. 1119–22.
- Lo, Y.M., *Noninvasive prenatal detection of fetal chromosomal aneuploidies by maternal plasma nucleic acid analysis: a review of the current state of the art*. BJOG, 2009. 116(2): p. 152–7.

- Lo, Y.M., in sod., *Quantitative analysis of fetal DNA in maternal plasma and serum: implications for noninvasive prenatal diagnosis*. Am J Hum Genet, 1998. 62(4): p. 768–75.
- Lo, Y.M., in sod., *Presence of fetal DNA in maternal plasma and serum*. Lancet, 1997. 350(9076): p. 485–7.
- Dan, S., in sod., *Clinical application of massively parallel sequencing-based prenatal noninvasive fetal trisomy test for trisomies 21 and 18 in 11 105 pregnancies with mixed risk factors*. Prenat Diagn, 2012. 32(13): p. 1225–32.
- Peters, D., in sod., *Noninvasive prenatal diagnosis of a fetal microdeletion syndrome*. N Engl J Med, 2011. 365(19): p. 1847–8.
- Garfield, S.S., O. Shannon, and B.A. Armstrong, *Clinical and Cost Consequences of Incorporating a Novel Non-Invasive Prenatal Test into the Diagnostic Pathway for Fetal Trisomies*. JMCM, 2012. 15(2): p. 34–41.

- Chiu, R.W., in sod., *Noninvasive prenatal diagnosis of fetal chromosomal aneuploidy by massively parallel genomic sequencing of DNA in maternal plasma*. Proc Natl Acad Sci U S A, 2008. 105(51): p. 20458–63.
- Fan, H.C., in sod., *Noninvasive diagnosis of fetal aneuploidy by shotgun sequencing DNA from maternal blood*. Proc Natl Acad Sci U S A, 2008. 105(42): p. 16266–71.
- Ehrich, M., in sod., *Noninvasive detection of fetal trisomy 21 by sequencing of DNA in maternal blood: a study in a clinical setting*. Am J Obstet Gynecol, 2011. 204(3): p. 205 e1–11.
- Sehnert, A.J., in sod., *Optimal detection of fetal chromosomal abnormalities by massively parallel DNA sequencing of cell-free fetal DNA from maternal blood*. Clin Chem, 2011. 57(7): p. 1042–9.
- Chen, E.Z., in sod., *Noninvasive prenatal diagnosis of fetal trisomy 18 and trisomy 13 by maternal plasma DNA sequencing*. PLoS One, 2011. 6(7): p. e21791.
- Lau, T.K., in sod., *Non-invasive prenatal screening of fetal sex chromosomal abnormalities: perspective of pregnant women*. J Matern Fetal Neonatal Med, 2012. 25(12): p. 2616–9.
- Bianchi, D.W., in sod., *Genome-wide fetal aneuploidy detection by maternal plasma DNA sequencing*. Obstet Gynecol, 2012. 119(5): p. 890–901.

E-naslov: anamarija.brezigar@guest.arnes.si

Klinični register bolnikov z rakom pljuč

Tanja Čufer, Mitja Košnik

Uvod

V zadnjih desetletjih je bil narejen velik napredek na področju obvladovanja raka. Zaradi novih načinov diagnostike in zdravljenja je rak postal kronična, pri velikem deležu bolnikov ozdravljiva ali vsaj za dalj časa zazdravljiva bolezen. Znanje o učinkovitih diagnostičnih in terapevtskih načinih smo pridobili predvsem v okviru kliničnih raziskav in s populacijskimi registri raka. Vendar ima zbiranje podatkov na tak način številne pomanjkljivosti. V klinične raziskave so vključeni le izbrani bolniki, ki zadovoljujejo vključitvenim kriterijem raziskave in so praviloma v boljšem splošnem stanju, z manj spremljajočimi obolenji in stanji, kot je splošna populacija bolnikov. Druga pomanjkljivost kliničnih raziskav je tudi razmeroma kratko opazovanje bolnikov, kar pogosto pomeni slabšo zaznavo neželenih učinkov in kasnih posledic zdravljenja. Populacijski registri pa nam nudijo v glavnem samo osnovne podatke o incidenci, prevalenci in umrljivosti zaradi raka.

Zakaj potrebujemo klinične registre

Klinični registri so orodje, s katerim na široki populaciji bolnikov, oskrbljenih v okviru vsakodnevne klinične prakse, pridobivamo nova spoznanja o učinkovitosti in varnosti posameznih diagnostičnih ter terapevtskih metod. Znano je namreč, da izsledki, pridobljeni v okviru kliničnih raziskav, pogosto ne sovpadajo z učinkovitostjo in varnostjo oskrbe rakavih bolnikov v vsakodnevni klinični praksi (1). S kliničnimi registri pridemo hitreje do določenih spoznanj, kot če bi uporabili klinične raziskave. Preko njih lahko hkrati preverjamo vpliv obravnave pri številnih podtipih bolezni. Klinični registri omogočajo zdravnikom sprotno spremljanje učinkovitosti in kakovosti njihovega dela, vodstvom bolnišnic in zdravstvenim avtoritetam pa omogočajo boljši nadzor nad stroški in upravljanje zdravstvenega sistema.

V Sloveniji imamo glede na razpoložljive podatke klinični register za maligni melanom (2). V Evropi je zelo lep primer domišljenega in izdelanega mednarodnega kliničnega registra register raka debelega črevesa EURECCA (3). V ZDA pa preko strokovnega združenja kliničnih onkologov (ASCO – American Society of Clinical Oncology) poteka velik projekt primerljive učinkovitosti v onkologiji (Comparative Effectiveness Research in Oncology) (4).

Ustanovitev kliničnega registra raka pljuč

Na Kliniki Golnik smo v letu 2010 vzpostavili klinični register raka pljuč. V ta register vpisujemo številne podatke o bolnikovem splošnem stanju, podatke, pridobljene z diagnostičnimi

postopki, ter podatke o zdravljenju. Vključeni so podatki vseh bolnikov s pljučnim rakom, diagnosticiranih na Kliniki Golnik. Spremljamo podatke o simptomih bolezni, spremljajočih stanjih in boleznih, delovanju notranjih organov, anatomskem obsegu raka, patološki klasifikaciji in molekularnih označevalcih. Za bolnike, zdravljene na Kliniki Golnik, pa tudi podatke o zdravljenju in izhodih zdravljenja.

Prva leta dela na kliničnem registru so povezana s številnimi težavami in pastmi. Najprej se postavi vprašanje, kako obsežen naj bo zajem podatkov. Načeloma je najbolje zajeti čim več podatkov, kar pa je zamudno. Dodaten problem je relevantnost podatkov na konziliarnih listih in v bolnišničnem informacijskem sistemu. In ne nazadnje, potrebno je upoštevati zakonodajo glede varovanja osebnih podatkov in bolnikovih pravic.

Če želimo iz registra pridobiti zanesljive podatke, moramo najprej poskrbeti za dobro kakovost, točnost in popolnost vnesenih podatkov. Zato smo pred začetkom dela registra pripravili ustrezne obrazce, predvsem konziliarni obrazec, iz katerega se vnaša velik del podatkov. Skupina zdravstvenih strokovnjakov naše klinike je v okviru projekta ARRS in v sodelovanju z ljubljansko Fakulteto za računalništvo in informatiko skrbno pripravila in oblikovala šifrant za vnos podatkov. Zaenkrat podatke ročno vnašamo iz konziliarnih obrazcev, zapisov preiskav in zdravljenja.

Prvo poročilo, pripravljeno decembra 2012, nam je dalo zanimive podatke o tem, da se tudi pri nas spreminja demografija bolnikov z rakom pljuč. Med njimi je večji delež žensk in adenokarcinomov, kot jih je bilo glede na objavljene podatke v letih 1996 in 2006 (5). Povsem novi in zanimivi pa so podatki o deležu bolnikov s prisotnimi EGFR-mutacijami v tumorju, takšnih je bilo 11 odstotkov. Analiza izhodov zdravljenja bolnikov nas še čaka.

Kako dalje

Prva tri leta pionirskega dela na kliničnem registru raka pljuč so nas pripeljala do določenih spoznanj in usmeritev za bodoče. Glede na velik obseg dela in omejene kadrovske možnosti, je tako kot pri drugih registriranih tudi v našem primeru potrebno zagotoviti neposreden prenos čim večjega števila podatkov iz bolnišničnega informacijskega sistema v kliničen register. Vzpostavili smo tudi že povezavo z Registrom raka Republike Slovenije. Povezava kliničnega registra s populacijskim registrom v smislu izmenjave skupnih osnovnih podatkov ter preživetij izboljša kakovost podatkov in nudi možnost še boljših analiz in izsledkov.

Naša želja je v sodelovanju z ostalimi institucijami združiti v tem registru podatke o bolnikih z rakom pljuč ne glede na to, kje v državi so diagnosticirani ali zdravljeni. Idealno bi bilo, če bi se v kliničnem registru združili podatki vseh treh največjih centrov za diagnostiko in zdravljenje raka pljuč, Klinike Golnik, kjer letno diagnosticiramo okoli 700 bolnikov z rakom pljuč, kar pomeni več kot polovico vseh bolnikov s tem rakom v Sloveniji, Onkološkega inštituta v Ljubljani in UKC Maribor.

Zaključek

Klinični registri raka postajajo pomembno orodje za učenje in pridobivanje novih znanj o oskrbi raka. Nudijo neprecenljive podatke o medicinski in stroškovni učinkovitosti naših pristopov k diagnostiki in zdravljenju raka. Izmenjava in objave podatkov kliničnih registrov raka danes že dopolnjujejo podatke populacijskih registrov raka.

Komorbidnost: podcenjeni socialnomedicinski, psihosocialni in psihiatrični problem

Dušan Nolimal, Sean Ivan Nolimal

Izraz »komorbidnost« pogosto uporabljamo pri osebah, ki so zasvojene z alkoholom, prepovedanimi drogami in/ali drugimi psihoaktivnimi snovmi (PAS), če imajo hkrati še druge duševne, osebne ali vedenjske motnje. Takšno kombinacijo motenj ugotavljamo pri približno polovici oseb z zgodovino škodljive rabe PAS. Prva slovenska Konferenca o komorbidnosti na področju obravnave oseb z duševnimi motnjami in boleznijo zasvojenosti je bila priložnost, da smo strokovnjaki iz različnih disciplin ter vladnih in nevladnih organizacij identificirali naše znanje in vrzeli ter prepoznali zmogljivosti na področju reševanja problematike te vrste komorbidnosti v Sloveniji. Konferenca je potekala 30. in 31. januarja 2013 v Cankarjevem domu v Ljubljani. Organizator je bilo Društvo SEEA net – mreža programov obravnave zasvojenosti. Vsaj 142 udeležencev, strokovnjakov z različnih področij duševnega zdravja in zasvojenosti, je imelo priložnost izmenjati dejstva, podatke, številke in tudi izraziti bolj čustveno obarvane izkušnje, pridobljene pri delu na tem podcenjenem področju.

Prispevek osvetljuje na tej konferenci obravnavano tematiko še iz socialnomedicinskega zornega kota. Sopojavnost duševnih motenj in zasvojenosti lahko uvrstimo tudi med velike socialnomedicinske oz. javnozdravstvene probleme, ker so zelo razširjeni, na njihov začetek močno vplivajo družbeni vplivi, negativno vplivajo na potomstvo, z njimi so povezani znatni neposredni ali posredni stroški, predvsem pa je na njih mogoče vplivati tudi z javnozdravstvenimi ukrepi.

Literatura:

1. Dreyer NA, Tunis SR, Berger M, et al. Why observational studies should be among the tools used in comparative effectiveness research. *Health Aff* 2010; 29: 1818–1825.
2. Hočevar M. Klinični registri v onkologiji. *Onkologija* 2011; 15: 14–17.
3. Van Gijn W, van den Broek CB, Mroczkowski P, et al. The EURECCA project: Data items scored by European colorectal cancer registries. *s sod.*, *Eur J Surg Oncol* 2012; 38: 467–471.
4. Lyman GH, Levine MN (eds). *Comparative Effectiveness Research in Oncology*. *J Clin Oncol* 2012; 30: (Suppl 34).
5. Debevec L, Jerič T, Kovač V, Bitenc M, Sok M. Is there any progress in routine management of lung cancer? A comparative analysis of an institution in 1996 and 2006. *Radiol Oncol* 2009; 43: 47–53.

E-naslov: mitja.kosnik@klinika-golnik.si

Smo dovolj pripravljeni?

Svetovna zdravstvena organizacija nas opozarja, da bodo v sedanji finančni krizi, ki ji še ni videti konca, najprej in najbolj prizadeti prav ranljivi in bolj ogroženi posamezniki in skupine ter da bomo vse težje ohranili višino sredstev za financiranje zdravstva, sociale in varovanja zdravja. Finančni vladni načrt za Slovenijo že predvideva, da se bodo sredstva za zdravstvene in socialne storitve v prihodnje znižala. Krčenje sredstev za ta dva sektorja prinaša negativne posledice za ljudi ter za vzdrževanje in razvoj programov psihiatrične in psihosocialne pomoči ter socialnomedicinske podpore. Že do sedaj nismo imeli dovolj razvitih programov za zdravljenje, rehabilitacijo in drugo obravnavo oseb, pri katerih prepoznavamo sopojavnost duševnih in osebnostnih motenj ter zlorabe psihoaktivnih snovi (PAS). Ključni oviri v razvoju ustreznih programov in služb sta pomanjkanje ustreznih informacij o naravi, razširjenosti in bremenu komorbidnih motenj ter »neprožna« ločenost upravnih, administrativnih in finančnih sistemov (Ministrstvo za zdravje, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve ter Ministrstvo za pravosodje), ki morajo zagotoviti pogoje za njihovo delovanje. To zapleta sodelovanje med strokovnjaki.

Problem pa je tudi sodelovanje samih oseb s komorbidnostjo, ki bi morale biti bolj udeležene pri načrtovanju in izvajanju njim namenjenih storitev. Sektorji, programi in službe, ki morajo obravnavati problem in osebe s komorbidnostjo, imajo različne strukture, različne vire financiranja in pripadajo različnim

hierarhijam in paradigmam, kar v praksi otežuje sodelovanje in usmerjenost v zadovoljevanje potreb, ki jih imajo komorbidni ljudje. Včasih je Urad Vlade Republike Slovenije za droge koordiniral sodelovanje med različnimi sektorji (ministrstvi in civilno družbo), disciplinami in nivoji. Vendar smo v letu 2004 Urad za droge politično ukinali, kar je v praksi ohromilo sodelovanje ter razvoj različnih programov in organizacij na področju drog in zasvojenosti. Umestitev te odgovornosti na eno ministrstvo (za zdravje) se ni obnesla. Zato ministrstvo na slovenski konferenci tudi ni predstavilo svoje vizije, politike in načrtov na področju komorbidnosti.

Obravnava tega področja sodi med najbolj zahtevne aktivnosti strokovnjakov družinske medicine, socialne medicine, psihiatrije, psihologije, socialnega dela, penologije in skupnostne skrbi. Osebe z duševno komorbidno motnjo je težko identificirati in vključiti v sistem obravnave. Pri njih pričakujemo tudi pogostejše recidive rabe PAS ter poslabšanja duševnih in drugih motenj. Osebe s to vrsto komorbidnosti so bolniki, ki lahko s svojim problematičnim vedenjem v družini in skupnosti povzročijo tudi veliko škode. V zadnjih desetih letih je v mnogih državah nastala potreba po boljši informiranosti o komorbidnosti ter njenih vzrokih in posledicah, pa tudi o učinkovitosti posegov in ukrepov. Temu so deloma botrovali zaostritev problemov na področju duševnega zdravja prebivalstva in posebej problemov, povezanih z rabo alkohola, prepovedanih drog in drugih PAS. Te prepletene motnje predstavljajo tudi enega večjih ekonomskih problemov. Zato je vse več zahtev po večji odgovornosti in učinkovitosti glede sredstev, vloženih v intervencije na teh področjih. Za oblikovanje z dokazi podprte politike ter načrtovanje ustreznih in smiselnih preventivnih, kurativnih in rehabilitacijskih služb, programov in ukrepov tudi v Sloveniji potrebujemo bolj kakovostne in primerljive podatke o komorbidnosti.

Definicija in etiologija

Svetovna zdravstvena organizacija je komorbidnost na področju duševnih motenj in rabe PAS opredelila kot sopojavnost motnje zaradi rabe PAS in drugih psihiatričnih motenj pri istem posamezniku (WHO, 1995). Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih pa je osebe z »dvojno diagnozo« definiral kot osebe, ki imajo poleg drugih diagnoz, običajno psihiatričnih, še diagnoze zlorabe alkohola in drog (UNODCCP, 2000). Evropski monitoring center za droge (EMCDDA, 2004) je zapisal, da se komorbidnost nanaša na začasno sopojavnost dveh ali več psihiatričnih ali osebnostnih motenj, od katerih gre pri eni za problematično rabo snovi. Včasih je ustrežneje govoriti tudi o »multimorbidnosti«, saj so pri prizadetih posameznikih običajno prisotne tudi somatske bolezni, npr. virus človeške imunske pomanjkljivosti (HIV) ali okužba z virusom hepatitisa C, druge kronične bolezni, kakor tudi socialne motnje, kot so družinski problemi, brezposelnost, prestajanje zaporne kazni ali vprašanje o tem, kaj je bilo prej: kokoš ali jajce? (Krausz 1999; Kassler, Aguilar-Gaxiola, Andrade 2001).

Sočasne bolezni, pridružene bolezni, komorbidnost, multimorbidnost, polimorbidnost ipd. so sopomenke, ki jih pri vsakdanjem delu uporabljajo tako v »somatski« kot »duševni« oz. »psihosocialni« medicini. Vendar se termin komorbidnost najpogosteje povezuje s sočasnimi psihiatričnimi boleznimi ali z le-tem pridruženimi telesnimi boleznimi. Druge veje medicine se izrazu komorbidnost bolj ali manj ognejo v velikem loku oz. je pojav drugih bolezni označen kot motnja pri sicer jasnih ukrepih ob posamezni, zlasti kronični bolezni (Kersnik, 2005).

Glede na biopsihosocialni model razlage nastanka duševnih motenj noben etiološki dejavnik (torej ne psihološki, ne biološki, niti socialni) nima prevlade nad drugim. Na primer, razlike v biološki in socialni občutljivosti pojasnjujejo, zakaj pri prizadetem posamezniku ne nastane nujno duševna motnja pod vplivom stresa ali zakaj v istih stresnih okoliščinah nekdo razvije eno vrsto bolezni, druga oseba pa drugo. Tudi določen sklop osebnostnih lastnosti lahko povečuje možnost razvoja vedenjskih, osebnostnih in/ali duševnih motenj. Prav tako genetski dejavniki sami po sebi nujno ne povzročajo motenj, če posamezniki niso izpostavljeni neugodnim razvojnim in/ali okoljskim situacijam. Zaradi teh kompleksnosti se rezultati raziskav o vzročnih povezavah pogosto razlikujejo. Dejstvo je, da simptomi duševnih, osebnostnih in vedenjskih motenj in zasvojenosti vplivajo drug na drugega. Duševne motnje se lahko pojavljajo v zgodnji mladosti in pred pojavom motenj, povezanih z rabo PAS in zasvojenostjo. To lahko pomeni večjo dovtetnosti prizadetih oseb za probleme, povezane z rabo PAS (Bakken et al., 2003).

Seveda pa se duševne in osebnostne motnje lahko poslabšajo zaradi rabe PAS oziroma se lahko pojavijo istočasno. Pri tem je negativni stres močan dejavnik razvoja duševnih motenj in zasvojenosti. Uporabniki prepovedanih drog se pogosto znajdejo v kazenskih postopkih zaradi različnih kaznivih dejanj, ki so največkrat povezana z rabo in pridobivanjem droge. Zato se v javnosti srečujemo z negativnimi stališči do te populacijske skupine. Mnogi razikovalci sklepajo, da je za osebe, zasvojene s prepovedanimi drogami, značilna antisocialna osebnostna motnja (Brooner et al. 1994; Benedik, 2003). Nekateri avtorji govorijo tudi o psihopatiji, antisocialnem vedenju ali antisocialnem življenjskem slogu (Beck 1990, Hare 1991, NICE, 2009). Ta vrsta komorbidnosti pri uporabnikih prepovedanih drog naj bi bila tesno povezana z negativnimi družinskimi in družbenimi dejavniki, kot je npr. zanemarjanje in zlorabe v otroštvu; vplivi prestopniških vrstnikov; revščina, stigmatizacija in socialna izključenost; kroničen negativni stres; z ideologijo podprta politika pretiranega nadzora in represije (»vojna proti drogam«). Grund s sodelavci (1992) ugotavlja odločilen vpliv družbenih razmer in političnih odločitev v zvezi s problematičnim vedenjem uporabnikov drog, vključno s higieno injiciranja drog. Oboje je povezano s tveganjem okužbe z virusom HIV, duševnim zdravjem in deviantnimi dejanji. Nekateri raziskovalci rabo drog pojasnujejo tudi kot poskus samozdravljenja duševnih ali osebnostnih motenj (Murray et al., 2003).

Veliko zanimivih patogenetskih informacij najdemo tudi v literaturi o »nadzorovani rabi PAS«. Na primer Reinerman, Murphy and Waldorf (1994) ugotovljajo, da so uporabniki prepovedanih drog, ki lahko nadzorujejo rabo, večinoma tisti, ki pred tem niso bili obremenjeni s svojimi duševnimi težavami ali niso uporabljali droge, da bi te težave reševali, ter niso hkrati zlorabljali drugih drog, posebej alkohola. Mogoče je bilo še bolj pomembno, da so tisti, ki so lahko nadzorovali rabo drog, imeli vsakdanje življenje socialno urejeno in so vlagali v promocijskega zdravljenja. Bili so predani tradicionalnim socialnim vlogam in odgovornostim na delovnem mestu. Rosenbaum (1981) je izpostavil pomen psiholoških varovalnih dejavnikov: dobri družinski in medosebni odnosi, socialna podpora, jasna življenjska usmeritev, nadzor nad svojim življenjem in »zasidranosti v konvencionalno življenje, ki s svojimi mehanizmi varuje pred zlorabo PAS«. Takšni ljudje svojega vsakdanjega življenja ne podrejajo duševnim težavam in rabi PAS, temveč narobe, duševne težave in rabo drog podrejajo odgovornostim vsakdanjega življenja. Prav tako, ali še bolj, so glede vplivov na zdravje in vedenje pomembni: ekonomska varnost, prehranska varnost in primerne stanovanjske razmere (Wilkinson, 2005). Ljudje, ki živijo v revščini, imajo večje tveganje za duševne motnje in zasvojenosti, saj so pogostejše socialno izključeni in stigmatizirani, imajo slabši dostop do izobraževanja, zdravstvenih in socialnih služb, so pogosto brezposelni, skratka živijo v nestabilnih družinskih in socialnih razmerah. Duševne motnje in problematično vedenje je manj verjetno med tistimi uporabniki drog, ki so povezani s konvencionalno družbo in njenimi institucijami (družino, šolo, službo).

Podcenjeno breme komorbidnosti

Sopojavnost duševnih motenj in zasvojenosti lahko uvrstimo med velike socialnomedicinske oz. javnozdravstvene probleme, ker so zelo razširjeni, na njihov začetek močno vplivajo družbeni vplivi, negativno vplivajo na potomstvo, z njimi so povezani znatni neposredni ali posredni stroški, predvsem pa je na njih mogoče vplivati z javnozdravstvenimi ukrepi. Proučevanje narave, razširjenosti in bremena komorbidnih motenj med prebivalstvom je izrednega pomena. Omogoča sklepanje o dejavnikih, ki vplivajo na sopojavnost duševnih bolezni in zasvojenosti ter načrtovanje preventivnih, kurativnih, tudi represivnih in drugih ukrepov. Osebe s komorbidnostjo so ranljive v svojem socialnem delovanju. Zato so posebej ogrožene v smislu kršenja človekovih pravic in svoboščin. Ocenjevanje ranljivosti je pomembno tudi z vidika ugotavljanja, katere skupine prebivalstva so posebej ogrožene in zakaj. Včasih moramo ranljivost posameznika presojati tudi v luči njegovega morebitnega antisocialnega in družbeno neodgovornega vedenja.

V razvitih državah proučevanju narave, razširjenosti in bremena sopojavnosti teh motenj namenjajo veliko pozornosti. Slovenski zdravstveni, socialni in pravosodni sektor pomanjkljivo, ali sploh ne, vplaga v proučevanje teh bremen in obravnavo problemov. Zato imamo številna odprta strokovna vprašanja, ki zmanjšujejo zanesljivost ocene razširjenosti in kakovosti

obravnave. Mnoga vprašanja o komorbidnosti na področju duševnih motenj in zasvojenosti so povezana z diskurzivnimi vrzeli med različnimi disciplinami, zlasti psihiatrijo, psihologijo, socialnim delom, socialno medicino, penologijo in viktinologijo. V praksi je težko ločevati med posameznimi boleznimi, motnjami in simptomi. Prav tako je težko opredeliti, ali je določeno stanje pridruženo osnovni bolezni, ali je vzrok za to bolezen, ali gre za osebnostno motnjo, ali gre za posledice širših družbenih dejavnikov... Zato so primerjave med posameznimi entitetami tvegane. Tudi vpliv komorbidnosti na koriščenje vladnih in nevladnih zdravstvenih in socialnih služb ter penalnih institucij je slabo poznan. Raziskave v tujini govorijo o »skritih stroških« nediagnosticirane komorbidnosti (Healey et al., 1998; Knapp, 2003) ter kažejo, da je komorbidnost tesno povezana z naraščanjem stroškov, ki nastajajo v zvezi z zapoznelo obravnavo (Uchtenhagen, Zeiglgänsberger, 2000; WHO, 2001). Obravnava teh motenj poteka dalj časa (npr. trajanje psihiatrične hospitalizacije), pogostejše so napotitve v različne specialistične obravnave, več je različnih zapletov pri zdravljenju in drugi obravnavi.

Komorbidne motnje ne pomenijo le zdravstvenega, socialnega in ekonomskega bremena posameznikov. Prizadenejo procese čustvovanja, mišljenja in funkcioniranja oseb s komorbidnostjo ter zmanjšujejo njihovo socialno vlogo in produktivnost. Komorbidne motnje so tudi veliko breme njihovih družin, strokovnih služb, skupnosti in države. Poseben problem so bolniki v kazenskih institucijah (zaporih). To breme je pogosto skrito, težko opredeljivo ter ga je težko meriti in vrednotiti. Gre tudi za podatke/informacije, ki zahtevajo visoko stopnjo varovanja. V zvezi s tem strokovnjaki sistematično izpuščajo duševne motnje in zasvojenosti kot razloge, ki bi jih morali obravnavati pri svojih bolnikih oz. klientih (tudi zapornikih), kar potrjuje izredno slaba zastopnost (evidentiranje) teh motenj v zdravstvenih, socialnih in pravosodnih statistikah (Nolimal et al., 2013). Zato so potrebne izboljšave v medsektorskem sodelovanju ter (skupna) večja vlaganja v merjenje, vrednotenje in spremljanje teh pojavov, kar bi prispevalo k izboljšanju odkrivanja in obravnave komorbidnosti v Sloveniji, obenem pa zmanjševalo ekonomsko breme neodkrite in neustrezno obravnavane komorbidnosti. Ustrezno usklajeni in preoblikovani zdravstveni, socialni in kazenski sistemi bi omogočili boljšo povezanost in sodelovanje med temi sektorji. To je ena ključnih ovir za boljše odzivanje na zdravstvene, socialne in varnostne grožnje komorbidnih motenj. Sistemske neusklajenosti ovirajo spremljanje epidemiološkega stanja ter integrirano obravnavo komorbidnih ljudi.

Nekatera epidemiološka in diagnostična orodja

Pri izboljševanju merjenja in vrednotenja komorbidnosti je pomemben tudi napredek v razvoju standardiziranih orodij za diagnosticiranje in raziskovanje ter pri klasifikaciji duševnih in osebnostnih motenj ter zasvojenosti. Znano dejstvo je, da je komorbidnost zelo težko prepoznati, diagnosticirati in klasificirati. Zasvojenost s PAS in/ali antisocialno vedenje, ki pogosto

prevladujeta v kliničnih slikah, prikrivata simptome duševne bolezni. Poleg tega lahko zloraba PAS povzroči psihiatrične simptome, ki se jih težko loči od tistih pri dupevnih boleznih (Berthel, 2003). Akutna zastupitev ali odtegnitev snovi pa lahko posnemata skoraj vsako duševno motnjo (Liappas, 2001). Pri tem je pogosto prisotna depresija in anksioznost. Strokovnjakom je na voljo široka izbira standardiziranih orodij za merjenje psihiatričnih simptomov, osebnostnih motenj in sprememb vedenja, npr. že dolgo je uveljavljen ASI (Addiction Severity Index) (McLellan et al., 1980; Öjehagen, Schaar, 2003). ASI je večnamensko orodje, ki ga lahko uporabljamo pri postavljanju diagnoz, načrtovanju zdravljenja in nadaljnjem spremljanju ter pri raziskavah. Prednost ASI je v tem, da je večdimezionalen, saj meri pretekle in sedanje probleme na več pomembnih področjih: zdravstveni status; zaposlitev in samostojno preživljanje; raba alkohola; raba drugih drog; pravni status; družinski in družbeni odnosi ter psihiatrični simptomi. ASI je preveden tudi v slovenščino. Omeniti velja še DIS (Diagnostic Interview Schedule), avtorja sta Robins in Helzer (1985), ki vsebuje poleg temeljnih vprašanj, ki se nanašajo na demografske značilnosti ter zasvojenosti, tudi vprašanja, ki se nanašajo na duševne in osebnostne motnje. Vsebuje ključna diagnostična merila tudi za diagnosticiranje tridesetih duševnih in osebnostnih motenj ter zasvojenosti glede na DSM-klasifikacijo. Prevedli smo ga tudi v slovenščino (Nolimal, Lahajnar, Rode, 1995, 1996).

Razširjenost

Problem sočasnih motenj, bolezni in stanj je raziskovalcem v socialni medicini dobro znan. Glede na osebna sporočila terapevtov na področju zasvojenosti je obsežnost problema sopojavnosti duševnih motenj pri zasvojenosti s PAS tudi v Sloveniji velika. Zato je zanimivo, zakaj je epidemioloških in drugih raziskav relativno malo. Med njimi je treba omeniti raziskovanje Delovne skupine za odvisnost od alkohola, ki je že leta 1990 poskušala uvesti na vseh oddelkih za zdravljenje odvisnosti v Sloveniji sorazmerno nov koncept pristopa k diagnosticiranju oseb, odvisnih od alkohola (Čebašek Travnik et al., 1997). Raziskovanje je opozorilo na problem interdisciplinarnega povezovanja v primerih soobstoja več diagnoz pri osebah, odvisnih od alkohola. Kolegice na Psihiatrični kliniki v Ljubljani so tudi pozneje opozarjale na pomen razvoja »medicinske odvisnosti kot stroke, ki bi bila pripravljena in usposobljena poskrbeti za celotno medicinsko oskrbo oseb, ki so odvisne od katere koli PAS« (Rus Makovec et al., 2002).

Prvo epidemiološko raziskavo o razširjenosti antisocialne osebnostne motnje in zasvojenosti s heroinom v Sloveniji smo izvedli leta 1992 (Nolimal, Lahajnar, Rode, 1995, 1996). Z metodo »snowballinga« (postopek za navezovanje stika s pripadniki »skritih« in težje dostopnih skupin prebivalstva) smo zajeli 97 (76 odstotkov) uporabnikov drog in 31 (24 odstotkov) kontrolnih oseb. Uporabili smo diagnostični raziskovalni vprašalnik, DIS (Diagnostic Interview Schedule). Identificirali smo 22 odstotkov »skritih« uporabnikov prepovedanih drog z diagnozo antisocialna osebnostna motnja (Nolimal, Lahajnar,

Rode, 1995, 1996). Potrdili smo povezanost antisocialnega vedenja pred 15. letom in kasnejše zasvojenosti z alkoholom ($p < 0,001$), ne pa tudi kasnejše zasvojenosti s prepovedanimi drogami ($p > 0,1$). Zato smo sklepali, da je večja verjetnost, da je zasvojenost s prepovedanimi drogami dejavnik tveganja za antisocialno osebnostno motnjo in ne obratno. Opozorili smo na potrebo po večjem razumevanju vplivov okolja ter družinskih, družbenoekonomskih, političnih in drugih determinant pri obravnavanju oseb s komorbidnostjo. Raziskovanja komorbidnosti so se v Sloveniji kasneje lotili tudi družinski zdravniki, ki so svoje izkušnje na področju multimorbidnosti predstavili v monografiji »Sočasne bolezni in stanja« (Kersnik, ed., 2005).

Novejša raziskava o zdravju in dostopnosti zdravstvenih storitev za brezdomce je opozorila na veliko obremenjenost te populacije s komorbidnostjo (Razpotnik, Dekleva, eds., 2009). Brezdomni ljudje ali ljudje, ki morajo živeti v negotovih in neprimernih bivališčih, so izpostavljeni številnim tveganjem, nevarnostim in travmatičnim dogodkom ter negativnemu stresu. Veliko informacij glede sopojavnosti duševnih motenj in zasvojenosti najdemo v publikacijah Evropskega monitoring centra za droge in zasvojenosti (EMCDDA, 2004), kjer se zbirajo tudi podatki o stanju na področju drog v Sloveniji. Na splošno EMCDDA beleži rastoč trend razširjenosti zasvojenosti z drogami v povezavi z duševnimi motnjami, čeprav nekateri trdijo, da k temu največ prispeva večje zaznavanje in poznavanje pojava komorbidnosti. Evropske epidemiološke raziskave govorijo o visoki prevalenci komorbidnosti v ranljivih populacijah – čez 50 odstotkov pri problematičnih uporabnikih drog in osebah z duševnimi motnjami (Langas, 2011, Hall, 2009; EMCDDA, 2011).

Na Finskem se je po podatkih registra odpustov iz bolnišnice število obdobji zdravljenja komorbidnih motenj povečalo s 441 v letu 1987 na 2.130 do leta 2001. Obdobja zdravljenja v zvezi z rabo opiatov ob hkratnih psihiatričnih motnjah so se od leta 1996 potrojila (EMCDDA, 2004). Tudi na Irskem se je stopnja prvega sprejema uporabnikov drog v psihiatrične bolnišnične oddelke med letoma 1990 in 2001 skoraj štirikratno povečala (EMCDDA, 2004). Špansko nacionalno poročilo poudarja, da je zaznano povečanje komorbidnosti deloma posledica povečanja odvisnosti od kokaina in drugih psihostimulansov (EMCDDA 2004). Tudi posamezne raziskave v različnih enotah za zdravljenje zasvojenosti z drogami in psihiatričnih enotah so pokazale, da ima tudi do 90 odstotkov bolnikov, ki pridejo po pomoč k strokovnjaku, več kot eno kronično motnjo. To število se s starostjo povečuje. Bolniki z več komorbidnimi motnjami hkrati so torej v enotah za zdravljenje prej pravilo kot izjema.

Obstaja občutna razlika v preučevanih populacijah, izbranih diagnostičnih kriterijih, uporabljenih instrumentih in času postavljanja diagnoz. Ker vsa metodologija teh raziskav žal (še) ni standardizirana, podatki med seboj niso v celoti primerljivi. Na primer primerjalna študija v Franciji in Grčiji je pokazala, da so znatne razlike v specifičnih psihopatoloških vzorcih pri

zdravljenih uporabnikih opiatov in opioidov v obeh državah. Razširjenost čustvenih motenj je bila na primer pri francoskih uporabnikih drog višja kot pri grških (19 odstotkov proti 7 odstotkom). Antisocialni osebnostni vzorci pa so bolj prevladovali v grškem vzorcu (20 odstotkov proti 7 odstotkom) (Kokkevi in Facy, 1995). Norveška študija je preučila razlike med spoloma pri osebah, ki zlorablajo več vrst PAS. Vzorec je vključil 93 odstotkov oseb s psihičnimi in osebnostnimi motnjami. Pri ženskah so ugotovili občutno višje stopnje hujše depresije, navadne fobije in mejnih osebnostnih motenj. Sopojavnost antisocialne osebnostne motnje je višja pri moških, ki zlorablajo več PAS (Landheim et al., 2003). Tudi Uchtenhagen in Zeiglgänsberger (2000) sta pri pregledu različnih raziskav ugotovila, da je najbolj običajna psihiatrična diagnoza med uporabniki drog osebna motnja, ki prizadene od 50 do 90 odstotkov uživalcev. Temu sledijo čustvena motnja (od 20 do 60 odstotkov) in psihotične motnje (20 odstotkov). Med 10 in 50 odstotkov bolnikov izkazuje več kot eno psihiatrično ali osebno komorbidnostno motnjo. Tudi drugi raziskovalci so potrdili, da sodijo osebnostne motnje med najpogosteje pridružene motnje pri zasvojenosti s PAS; sledijo depresija in anksiozna stanja; najmanj je psihoz. Znotraj skupine osebnostnih motenj posebej prevladujejo antisocialne (23 odstotkov), mejne (18 odstotkov) in paranoidne (10 odstotkov) motnje osebnosti (Verheul 2001).

V kriznem času je v vseh okoljih tudi veliko negativnega stresa. Ena pogostejših duševnih motenj v takšnih razmerah je posttravmatska stresna motnja kot posledica izpostavljenosti relacijskemu travmatičnemu dogodku ali dalj časa trajajočemu trpinčenju. Takšne travme lahko spremenijo strukturo možganov, kar tem ljudem še bolj onemogoči funkcionalno spopadanje s stresnimi situacijami. Njihov odziv je lahko beg v duševne motnje. Obenem so bolj podvrženi večjemu tveganju za razvoj zasvojenosti, saj PAS jemljejo v smislu »samozdravljenja«. Prisluhniti velja tudi poročilu slovenskih družinskih zdravnikov, ki ugotavljajo, da sta depresija in anksioznost najpogostejši duševni motnji v ambulantni družinske medicine. Obe duševni motnji se pogosto pojavljata skupaj, večina anksioznih bolnikov je tudi depresivnih. Te raziskave so pokazale, da je depresivna motnja pogostejša pri ženskah, pri ljudeh z nizkim družbeno-ekonomskim statusom, pri bolnikih s kronično somatsko boleznijo in bolnikih s kronično bolečino (Tratnik, Kersnik 2005). Glede tolmačenja podatkov o razširjenosti komorbidnosti pri nas kaže opozoriti tudi na opažanja, da se mnogi strokovnjaki izogibajo evidentiranju bolnikov z več boleznimi v kombinaciji z zasvojenostmi tudi zato, ker je njihovo zdravljenje zahtevno in drago ter se jim tak bolnik ekonomsko ne splača (Nolimal et al., 2013).

Problem stigme in »normalnosti«

Stigmo lahko opredelimo kot znamenje obsojanja posameznikov, ki odstopajo od ostalih ljudi v skupnosti. Pogosta posledica stigme je zavračanje in/ali osamitev označenega posameznika, lahko tudi celotne skupine. Zdravljenje v psihiatrični bolnišnici ali v centrih za zdravljenje odvisnosti je tesno povezano

s stigmo. Zato je pomembno razumevanje vzrokov stigme tudi pri komorbidnosti. Raziskovalci opozarjajo na probleme »multipliciranja« oz. krepitve stigme pri teh motnjah. Kvaternik in Grebenc (2008) opozarjata, da je lahko uporaba teh terminov celo ovira pri delu. Strokovnjaki, ki delajo s komorbidnimi osebami, potrebujejo koncepte in terminologijo, ki jih bo bolj približala k njihovim nalogam. Stigma lahko posameznike trajno zaznamuje, izključuje in jim onemogoča rehabilitacijo. Pri »multiplih diagnozah« (zasvojenost, HIV, drugačna spolna usmerjenost, depresija...) se soočamo tudi z »multiplimi« stigmami (Leskovšek, 2013). Stigma preusmerja pozornost na negativne lastnosti in preprečuje videnje pozitivnih sposobnosti (Rosenhan 1975, The Mental Health Commission of Canada 2012).

Zavirškova (2002) meni, da je redko katero področje človeškega življenja tako polno nerazumevanja, tabujev in stigme, kot so psihosocialne stiske ljudi in posledično njihove izkušnje psihiatričnih obravnav. Psihiatrične diagnoze identificiranim bolnikom in njihovim svojcem prilepijo negativne identitete, kot so npr. »človek, ki je nevaren sebi in drugim«; »družina, s katero je nekaj narobe«; »slaba mati ali slab oče«. Prevladuje prepričanje, da zasvojenosti lažejo, sleparijo, kradejo, manipulirajo in kršijo pravice drugih. Ko je nek posameznik enkrat označen z »dvojno diagnozo«, se te nalepke težko znebi. Gre tudi za strah pred drugačnostjo. »Antipsihiatri« ocenjujejo, da so psihiatrični bolniki in zasvojenosti zaradi svoje ranljivosti in kršenja uveljavljenih družbenih norm zelo prikladni za vlogo »grešnih kozlov« (Szasz, 1970; Reinerman, 1994). Z izključevanjem »grešnih kozlov« se problematična družbena razmerja lahko spreminjajo nazaj v urejena (Flaker, 1997; Rovatti, 2004). Zato se osebe s komorbidnostjo, ki naj bi motile »normalna« družbena razmerja, tej vlogi težko izogonejo. Psihiatrična in odvisniška stigma lahko človeka potisneta v položaj pasivnega in odvisnega objekta, ki mu »vedno nekaj manjka do priznanja normalnosti«. Pri tem se lahko stigma kronificira in zavzame centralni položaj, kar pomeni, da so ostale lastnosti in vedenje takšnega človeka nepomembni. Tudi zato so diagnoze, ki jih uporablja psihiatrija za prakso varovanja duševnega zdravja, v skupnosti neuporabne (Flaker, 1997). Na to opozarjajo ljudje, ki imajo tudi negativne izkušnje s psihiatrično hospitalizacijo in opisujejo škodljive pojave patronizacije, psihiatrazije in stigmatizacije (Lamovec, 1995).

Tudi skupina slovenskih psihiatrov opozarja, da »bolniki z dodatnimi duševnimi motnjami potrebujejo z njihovimi motnjami usklajen načrt obravnave in določanje stvarno dosegljivih ciljev zdravljenja, sicer lahko neopravičeno pridobijo »nalepko« nemotiviranega bolnika, s katerim se ne splača truditi oziroma mu omogočiti ustreznega zdravljenja« (Rus Makovec, 2002). Ključni problem, s katerim se soočajo posamezniki s komorbidnostjo, so torej predsodki drugih, ki pogosto temeljijo na popačeni predstavi o »normalnosti« oz. »nenormalnosti«. Predsodki in stigma so povezani z vsemi, ki so povezani s komorbidnimi

motnjami – z bolniki, njihovimi družinami, vrstniško skupino, strokovnjaki in ožjo skupnostjo.

Preprečevanje in zdravljenje komorbidnosti

S preventivnega, javnozdravstvenega zornega kota, zlasti ob podpori epidemiologije in socialne medicine, se obvladovanja komorbidnosti lahko lotimo na primarni in sekundarni ravni. Med prednostna področja sodijo: zmanjševanja negativnega stresa, stigme in neenakosti v zdravju, ki so močni dejavniki tveganja za komorbidne motnje. Ena od glavnih ovir pri preprečevanju in zdravljenju komorbidnosti pa je pomanjkljivo znanje na tem zelo širokem in multidisciplinarnem področju. Področja duševnega zdravja, duševne bolezni, zasvojenosti z alkoholom in zasvojenosti s prepovedanimi drogami so pri nas organizacijsko ločena ter pomanjkljivo sodelujejo. Paradigmatska razhajanja pogosto preprečujejo integrirano dojetje in obravnavo teh problemov. Strokovnjaki in njihove organizacije pomanjkljivo odkrivajo, preprečujejo, zdravijo in drugače obravnavajo problematiko komorbidnosti. Zato je tudi uspeh obravnave komorbidnosti na splošno majhen. Na primer, kadar osebe s komorbidnostjo poiščejo pomoč, se lahko zgodi, da njihove akutne psihične simptome in vedenjske motnje pomotoma zamenjajo za simptome zlorabe PAS; ali obratno, da simptome zastrupitve ali odtegnitve zmotno opredelijo kot posledice negativnega stresa ali duševne bolezni.

Te zamenjave in posplošitve seveda ne izključujejo dejstva, da nekatere organizacije, ki se ukvarjajo z zdravljenjem duševnih motenj in/ali zasvojenosti od drog, dosegajo dobre rezultate pri bolnikih s komorbidnostjo. Vendar je tudi prva slovenska konferenca s področja komorbidnosti pokazala, da je večina vladnih in nevladnih organizacij za zdravljenje in drugo obravnavo zasvojenosti pomanjkljivo usposobljenih, pripravljenih in zmožnih, da bi se celostno ukvarjale s potrebami te skupine ljudi. Ena od posledic takšnih razmer je pojav »vrtljivih vrat«, ko si različne službe podajajo problematične posameznike, ki bi potrebovali obravnavo, medtem ko se njihovo stanje slabša. Zato je izredno pomembno sporazumevanje med strokovnjaki različnih strok. Komorbidnost je povezana z večjim deležem napotitev med različnimi službami in ravni zdravstvenega in socialnega varstva ter zapor. V slovenskem sistemu so poleg družinskih zdravnikov tudi zdravniki v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) tisti, ki napotujejo komorbidne ljudi k specialistom na sekundarno raven. Dostopnost do zdravnika družinske medicine in zdravnikov v CPZOPD (na primarni ravni) je v načelu stalna in takojšnja, dostopnost do specialistov pa je lahko odložena in občasna. Osebe, ki imajo sočasno

izraženi dve ali več motenj, se tudi večinoma drugače odzovejo na obravnavo. Več bolezni hkrati predstavlja dodatno breme za obolelega človeka, nedvomno pa tudi za strokovnjake ter celoten sistem zdravstvenega in socialnega varstva ter kazenskih institucij.

Uspeh zdravljenja

Trajanje zdravljenja komorbidnih motenj je dolgotrajno, recidivi pogostejši. Večinoma so ti ljudje tudi objektivno in subjektivno bolj prizadeti. Prizadetost je deloma posledica sočasnega pojava motenj, ki pri teh osebah še niso bile ugotovljene. Deloma je to posledica dejstva, da je zdravljenje dveh ali več bolezni, ki se pojavijo sočasno, veliko bolj kompleksno in težje. Na primer, ena od težav, povezana z uveljavljanjem z dokazi podprtega zdravljenja komorbidnih bolnikov, je v tem, da večina zdravil ni bila preizkušena na komorbidnih bolnikih, ampak na tistih, ki so imeli samo eno motnjo. Ker ti bolniki praviloma niso vključeni v raziskovanje zdravil, je uporabnost zdravil pri njih še nepreizkušena. Zato lahko domnevamo, da so komorbidni bolniki pogosto žrtve napak v terapiji.

Znano je, da so komorbidni bolniki, ki prejemajo substitucijsko terapijo, ali tisti v socialnih programih (npr. v terapevtskih skupnostih) soočeni z zahtevami po spremembah vedenja, da bi lahko sledili strokovnim nasvetom. Obravnavo komorbidnosti zahteva sodelovanje bolnikov pri jemanju substitucijskih in drugih zdravil in spremembo življenjskega sloga. Sodelovanje se zdi boljše pri jemanju zdravil, slabše pa pri priporočenih spremembah življenjskega stila, ki jih na podlagi pozitivnih vzorcev telesnih tekočin na prepovedane droge ocenjujejo na 20 do 30 odstotkov (Nolimal, Čelan, 1995; sporočila zdravnikov v CPZOPD, 1994–1999). Torej je potrebno terapevtsko sodelovanje oseb s komorbidnostjo ves čas spremljati, da bo zdravljenje učinkovito.

Naša dolgoletna opažanja na področju varovanja duševnega zdravja so pokazala, da zdravljenje in druga obravnavo oseb s komorbidnostjo prinaša s seboj veliko med seboj prepletenih problemov. Mnogi bolniki so zaradi svojega skritega, toda razdiralnega in pogosto nasilnega vedenja ter čustvene nestabilnosti težje obvladljivi, zlasti tisti s težjimi oblikami osebnostnih motenj (Rugelj, 2000). Za njih je značilno nespoštovanje oz. kršenje pravil in neupoštevanje zahtev zdravljenja. Zaenkrat se zdi uspeh zdravljenja majhen (vendar resnih raziskav še ni). Na podlagi raziskovanja v Centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Ljubljani sredi devetdesetih let (Nolimal, Čelan, 1995) lahko sklepamo, da je delež tistih, ki predčasno zapustijo programe zdravljenja, visok. To podaljšuje obravnavo in jo draži.

Brez posebne dodatne pozornosti komorbidni oziroma multiorbidni problematiki v programih zdravljenja duševnih bolezni oz. zasvojenosti uspešna obravnava ni možna. Pomembno je razumevanje, kako pride do sočasnega pojavljanja različnih motenj na področju duševnega zdravja in zasvojenosti. Le na tak način je mogoče poiskati in raziskati tudi globlje vzroke in ustrezno ukrepati. Na primer, ko obravnavamo osebe z depresivnimi znaki, bomo z ustreznim zdravljenjem depresije verjetno vplivali tudi na samozdravljenje s PAS, s katerimi si te osebe pogosto skušajo same pomagati. In obratno, zdravljenje zasvojenosti pozitivno vpliva na pojavnost simptomov duševnih motenj.

Prikrita problematika komorbidnosti v zaporih

Tudi populacija zapornikov, ki imajo težave zaradi rabe PAS, zahteva posebno pozornost. Na primer v Sloveniji je imelo od skupnega števila vseh zaprtih oseb (4.975) v letu 2011 kar 9,9 odstotka težave z alkoholom in 21,6 odstotka težave zaradi rabe prepovedanih drog (MPJU 2001). Poročilo uprave za izvrševanja kazenskih sankcij govori tudi o 44 hospitalizacijah v psihiatričnih bolnišnicah in 1.583 obiskih zapornikov v specialističnih ambulantah zaradi »nevrotskih težav«. Informacij, koliko neprepoznane komorbidnosti se skriva za temi številkami, nimamo. Razširjenost rabe PAS, kot tudi razširjenost nekaterih psihiatričnih motenj v populaciji zapornikov, je znatno višja kot v splošni populaciji ter celo v populaciji psihiatričnih bolnikov (Black, 2010). Pogost problem v zaporih je prevalenca antisocialne osebnostne motnje, ki je glede na različne raziskave med 11 in 78 odstotki (Sigleton et al., 1997; Black, 2010). Na primer irski podatki kažejo, da je 48 odstotkov zapornikov in 75 odstotkov zapornic duševno motenih, medtem ko je 72 odstotkov zaprtih moških in 83 odstotkov žensk v življenju že poskusilo prepovedane droge (Hannon et al., 2000). Gerdner (2004) poroča, da je imelo na Švedskem med 72 in 84 odstotkov odraslih na obveznem zdravljenju zaradi zasvojenosti z drogami poleg problema zlorabljanja PAS tudi psihiatrične težave. Tudi naša opažanja kažejo, da je stopnja ponovitve težav med uporabniki drog, ki so bili v zaporu, visoka, ter dejstvo, da prestajanje zaporne kazni lahko pripomore k poslabšanju duševnih težav.

Sklepno razmišljanje

Na področju »duševne« komorbidnosti se bomo morali v prihodnje spoprijeti z nekaterimi izzivi, če želimo preprečiti naraščanje komorbidnosti na področju duševnega zdravja in rabe PAS. Med socialno-medicinskimi dejavnostmi, ki prihajajo vedno bolj v ospredje, je prav gotovo preprečevanje in zmanjševanje negativnega stresa, zlasti na delovnem mestu in v povezavi z brezposelnostjo, ki sta pomembna dejavnika v patogenezi komorbidnosti. Sopojevnost stresa, duševne motnje in rabe psihoaktivnih snovi ni nov pojav. Kaže, da je s temi problemi v kriznih časih prizadetih veliko oseb, s čimer je povezano tudi znatno ekonomsko breme, ki pa ga je težko natančno oceniti. Duševne komorbidne motnje imajo, tako kot telesne bolezni,

s katerimi se ukvarja večji del medicine oz. večina zdravnikov, svoje biološke, psihične ter ožje in širše socialne vzroke. Nikakor niso, kot zmotno velja zaradi pogoste povezanosti z antisocialnim vedenjem, odraz šibkega, lenega ali moralno sprijenega značaja identificiranih posameznikov. Med socialnimi vzroki so vse pomembnejše socialno-ekonomske neenakosti v zdravju, ko gre za razlike v zdravstvenih (duševnih in socialnih) stanjih med posamezniki in skupinami z različnim družbenoekonomskim statusom, ki jih lahko preprečimo in so nepravilne.

Zaenkrat komorbidne motnje (še) ne beleži noben informacijski sistem. Veliko je bilo zadevno narejenega na področju prepovedanih drog. Z letom 2013 na Inštitutu za varovanje zdravja (IVZ) strokovni javnosti ponujamo dopolnjen vprašalnik in nova metodološka navodila za »kazalnik potreb po obravnavi uživalcev drog« (IVZ, 2013). Gre za vprašalnik oz. zakonsko predpisano evidenco, ki poleg podatkov o škodljivi rabi prepovedanih drog in različnih tveganjih vedenjih predvideva tudi zbiranje sočasnih duševnih in telesnih motenj pri obravnavanih uporabnikih prepovedanih drog. V že delujoč informacijski sistem v mreži centrov za zdravljenje zasvojenosti od prepovedanih drog (CPZOPD) bi v prihodnosti kazalo vključiti tudi programe obravnave duševnih motenj in zasvojenosti v psihiatričnih bolnišnicah, zaporih, nevladnih organizacijah (terapevtske skupnosti) ter integrirati spremljanje obravnave zasvojenosti z alkoholom. Potreba po racionalizaciji ter optimizaciji stroškov in delovnih procesov na področju varovanja duševnega zdravja in zmanjševanja rabe alkohola, tobaka, prepovedanih drog in drugih PAS zahteva boljše prepoznavanje bremena komorbidnih (oz. multimorbidnih) motenj. Učinkoviti bodo predvsem ukrepi, ki bodo rezultat medsektorskega in multidisciplinarnega sodelovanja in ki bodo temeljili na dobrem poznavanju razširjenosti in patogeneze sopojevnosti duševnih motenj, povezanih z rabo PAS. Vendar večina političnih odločevalcev in strokovnjakov med rednim usposabljanjem pridobi premalo znanj o problematiki duševne komorbidnosti (oz. multimorbidnosti). Zato ni čudno, da je tudi veliko udeležencev prve slovenske konference s področja komorbidnosti izrazilo potrebo po nadaljnjem usposabljanju.

Zahvala

Pri zbiranju podatkov/informacij za prvo raziskavo s področja komorbidnosti med uporabniki prepovedanih drog s pomočjo DIS (Diagnostic Interview Schedule) so leta 1992 sodelovali takratni sodelavci Mirovnega inštituta in študentje Šole za socialno delo v Ljubljani, Mariboru in na slovenski obali. Pri izvedbi raziskave, obdelavi podatkov in interpretaciji izsledkov sta sodelovala psiholog Iztok Lahajnar in sociolog Nino Rode. Dokumentacija in literatura je na voljo pri prvem avtorju tega prispevka.

E-naslov: Dusan.Nolimal@ivz-rs.si

Uporaba novih peroralnih antikoagulacijskih zdravil v zdravljenju bolnikov z atrijsko fibrilacijo in vensko tromboembolijo

Monika Štalc, Tjaša Vižintin Cuderman, Nina Vene, Alenka Mavri

Uvod

Več kot pol stoletja smo v peroralnem antikoagulacijskem (AK) zdravljenju uporabljali izključno kumarine, med njimi najpogosteje varfarin. Kljub izjemni učinkovitosti ima zdravljenje z varfarinom številne pomanjkljivosti. Prav zaradi tega je bilo v zadnjih letih raziskovanje intenzivno usmerjeno k iskanju novih peroralnih AK-zdravil, ki bi imela hiter in predvidljiv AK-učinek, manj pogost laboratorijski nadzor, malo interakcij z drugimi zdravili in s hrano ter podobno učinkovitost in varnost kot varfarin. Kot najbolj obetavna zdravila, ki izpolnjujejo večino omenjenih zahtev, so se v velikih randomiziranih kliničnih raziskavah izkazali zaviralci trombina in aktiviranega faktorja X (Xa).

Dabigatran ima neposreden, reverzibilen učinek na trombin. Zdravilo doseže največjo koncentracijo v krvi v 1–3 urah po zaužitju, okoli 35 odstotkov zdravila je vezanega na plazemske proteine, razpolovni čas je 14 do 17 ur, izločanje poteka v 80 odstotkih preko ledvic.

Rivaroksaban in apiksaban imata neposreden, reverzibilen učinek na faktor Xa. Rivaroksaban doseže največjo koncentracijo v krvi v 1–3 urah po zaužitju, kar 95 odstotkov zdravila je vezanega na plazemske proteine, razpolovni čas je 8 do 13 ur, izločanje poteka v 33 odstotkih preko ledvic, ostali delež zdravila se metabolizira v jetrih. Apiksaban doseže največjo koncentracijo v krvi v 3–4 urah po zaužitju, 87 odstotkov zdravila je vezanega na plazemske proteine, razpolovni čas je 12 ur, izločanje poteka v 27 odstotkih preko ledvic.

Indikacije za zdravljenje z novimi AK-zdravili

Atrijska fibrilacija

Nova AK-zdravila so bila v raziskavah za preprečevanje tromboemboličnih zapletov pri bolnikih z atrijsko fibrilacijo (AF) vsaj enako učinkovita in varna kot zdravljenje s kumarini, pomembno manj pa je bilo možganskih krvavitev. Pri večini bolnikov z AF, ki potrebujejo AK-zdravljenje, imajo ta zdravila prednost pred zdravljenjem s kumarini. V Sloveniji sta trenutno razvrščena na pozitivno listo zdravil z omejitvijo predpisovanja dabigatran (pradaxa) in rivaroksaban (xarelto), medtem ko apiksaban (eliquis) še ni razvrščen.

Venska tromboembolija

Zdravljenje z novimi AK-zdravili se je v randomiziranih raziskavah, v katerih so preizkušali dabigatran, rivaroksaban in apiksaban, izkazalo za enako varno in učinkovito kot doslej uveljavljeno zdravljenje z nizkomolekularnim heparinom in kumarini tako pri bolnikih z vensko trombozo (VT) kot pri bolnikih s pljučno embolijo (PE). V Sloveniji je trenutno razvrščen na pozitivno listo zdravil z omejitvijo predpisovanja le rivaroksaban za zdravljenje VT. Rivaroksaban je v Evropi že odobren tudi za zdravljenje PE. Dabigatran in apiksaban v Evropi za zdravljenje venske tromboembolije (VTE) še nista odobrena.

Uvedba novega AK-zdravila, poučevanje in spremljanje bolnika

Novo peroralno AK-zdravilo lahko uvedemo bolnikom z novo odkrito AF, rivaroksaban tudi bolnikom z VTE. Pri bolnikih, ki zaradi AF ali VTE že prejemajo varfarin, zdravljenje z njim pa je dobro urejeno in poteka brez zapletov, prevajanje na nova AK-zdravila ni smiselno.

Pred uvedbo novega AK-zdravila vedno preverimo morebitne zadržke za zdravljenje in opravimo osnovne laboratorijske preiskave: hemogram, jetrne teste (AST, ALT, bilirubin), kreatinin ter ocenimo glomerulno filtracijo (oGF). Če ugotovimo anemijo ali trombocitopenijo, ju je pred uvedbo AK-zdravljenja potrebno opredeliti in zdraviti. Pri ledvični okvari z oGF pod 30 ml/min. zdravljenje z novimi AK-zdravili odsvetujemo, saj klinično ni bilo preizkušeno. Pri bolnikih s pomembno akutno ali kronično jetrno okvaro je uporaba novih AK-zdravil odsvetovana. Preverimo tudi seznam zdravil, ki jih bolnik prejema. Če so na seznamu zdravil močni zaviralci ali induktorji P-gp ali CYP3A4 (azolni antimikotiki, zaviralci proteaz, takrolimus, ciklosporin, rifampicin, dronaderon, karbamazepin, fenitoin, fenobarbital, šentjanževka), zdravljenje z njimi prekinemo, če je to možno. Če prekinitev zdravljenja ni možna, sočasno uporabo novih AK odsvetujemo. Novih AK-zdravil ne predpisujemo nosečnicam in doječim materam.

Bolnika in njegove svojce ob uvedbi ustrezno poučimo, najbolje v ustni in pisni obliki. Pri ustni poučitvi morajo imeti poseben poudarek: pomen rednega jemanja zdravila, ukrepi ob majhnih krvavitvah in ukrepi pred predvidenimi posegi. Material za

ustno poučitev je na voljo na spletni strani www.trombo.net, knjižico »Antikoagulacijsko zdravljenje: Navodila bolniku« pa bolnik dobi v pristojni AK-ambulantni, kamor ga vedno usmerimo takoj po uvedbi novega AK-zdravila.

Vodenje AK-zdravljenja z vsemi novimi AK-zdravili poteka izključno v AK-ambulantah, podobno kot že sedaj poteka zdravljenje z varfarinom. Število kontrolnih pregledov v AK-ambulantni je bistveno manjše kot ob zdravljenju z varfarinom, saj redne koagulacijske preiskave za nadzor zdravljenja niso potrebne. Bolniki obiščejo ambulanto trikrat v prvem letu zdravljenja, nato pa enkrat letno. Dodatni pregledi so potrebni pri bolj ogroženih bolnikih z več sočasnimi obolenji zaradi prilagajanja zdravljenja ob poslabšanju osnovne bolezni ali uvedbi novih zdravil, kot tudi pri bolnikih, ki jim je potrebno zaradi različnih posegov ali zapletov prilagoditi zdravljenje, ga začasno ali trajno prekiniti ali zamenjati AK-zdravilo.

Odmerjanje

Odmerjanje dabigatrana pri bolnikih z AF

Večino bolnikov z AF zdravimo z odmerkom 2 x 150 mg dnevno. Z manjšim odmerkom, 2 x 110 mg dnevno, zdravimo bolnike z oGF 30–50 ml/min. in tiste s povečanim tveganjem za krvavitev.

Odmerjanje rivaroksabana pri bolnikih z AF

Večino bolnikov z AF zdravimo z odmerkom 20 mg dnevno. Z manjšim odmerkom, 15 mg dnevno, zdravimo bolnike z oGF 30–50 ml/min.

Odmerjanje rivaroksabana pri bolnikih z VTE

Bolnike od potrditve bolezni zdravimo z rivaroksabanom brez začetnega zdravljenja z nizkomolekularnim heparinom. Prvih 21 dni bolnike zdravimo z odmerkom 15 mg dvakrat dnevno, 22. dan zdravljenja pa odmerek zmanjšamo na 20 mg dnevno (pri oGF pod 50 ml/min. na 15 mg dnevno).

Zdravljenje VTE z rivaroksabanom ni bilo preizkušeno pri bolnikih z rakom, antifosfolipidnim sindromom, nosečnicah in doječih materah ter bolnikih z VT na neobičajnih mestih. Pri teh bolnikih se odločamo za doslej uveljavljen način AK-zdravljenja.

Koagulacijske preiskave

Zaradi predvidljivega učinka novih AK-zdravil reden laboratorijski nadzor s koagulacijskimi preiskavami ni potreben. Za koagulacijske preiskave se odločamo le izjemoma: ob krvavitvi ali tromboemboliji med zdravljenjem, ob nujnem in velikem posegu, zaužitju prevelikega odmerka zdravila, poslabšanju ledvične ali jetrne funkcije, oceni compliance ter ob sumu na interakcijo z drugimi zdravili.

Za kakovostno oceno AK-učinka **dabigatrana** določimo aktivirani parcialni tromboplastinski čas (APTČ) ali trombinski čas (TČ). Za določitev koncentracije dabigatrana v plazmi pa lahko

uporabimo za dabigatran posebej prilagojeni trombinski čas (Hemoclot thrombin inhibitor).

Za kakovostno oceno AK-učinka **rivaroksabana** določimo protrombinski čas (PČ). Za določitev koncentracije rivaroksabana v plazmi lahko uporabimo za rivaroksaban posebej prilagojeni test določanja aktivnosti faktorja X (anti-Xa).

V večini nujnih stanj zadošča kakovostna ocena AK-učinka s koagulacijskimi testi, ki so široko dostopni. Za vrednotenje rezultata koagulacijskega testa je ključen podatek o času zaužitja zdravila pred odvzemom krvi.

Ukrepi ob krvavitvah

Učinka novih AK-zdravil ne moremo zavreti, saj s specifičnimi antidoti zaenkrat še ne razpolagamo. Zaradi njihove kratke razpolovne dobe pa lahko pričakujemo, da bo AK-učinek po prekinitvi zdravljenja dokaj hitro izzvenel. Ukrepe ob krvavitvah prikazuje tabela 1.

Po zaustavitvi velike ali majhne krvavitve je vedno potrebna skrbna presoja o nadaljevanju in izbiri vrste AK-zdravljenja. Na odločitev vplivajo: stanje bolnika, pridružene bolezni,

Majhna krvavitev	Velika krvavitev
Prekinitev zdravljenja	
Anamneza:	
čas od zaužitja zdravila, spremljajoče bolezni, interakcije z drugimi zdravili	
Laboratorijski testi:	
hemogram, kreatinin, oGF, jetrni testi, koagulacijski testi	
Simptomatski ukrepi: kompresija, nadomeščanje tekočin in krvnih pripravkov, endoskopski/kirurški posegi	
Specifični ukrepi:	
<ul style="list-style-type: none"> aktivno oglje (do 2 uri po zaužitju dabigatrana in do 8 ur po zaužitju rivaroksabana) pri dabigatranu hemodializa ali hemofiltracija pri življenju ogrožajoči krvavitvi: neaktivirani ali aktivirani koncentrat protrombinskega kompleksa (25–50 E/kg iv.) in/ali rekombinantni aktivirani faktor VII (90 µg/kg iv.) 	
Tabela 1: Ukrepi pri aktivni krvavitvi ob zdravljenju z novimi antikoagulacijskimi zdravili.	

ogroženost za ponovno krvavitev in trombembolični dogodek, pa tudi bolnikovo sodelovanje pri zdravljenju in compliance.

Ukrepi ob trombemboličnem dogodku

Vsak trombembolični dogodek med zdravljenjem z novimi AK-zdravili mora biti objektivno potrjen.

Bolnika s sumom na TIA ali možgansko kap napotimo k nevrologu in na CT glave. Pri bolniku, ki je ob zdravljenju z novim AK-zdravilom utrpel TIA in je bila s CT glave izključena možganska krvavitev, zdravljenja ne prekinjamo. Bolnika, ki je ob zdravljenju z novim AK-zdravilom utrpel možgansko kap, napotimo v bolnišnico. Zdravljenje z AK-zdravili prekinemo, določimo hemogram, kreatinin, oGF, jetrne teste in ustrezne koagulacijske teste. AK-zdravljenje ponovno uvedemo tedaj, ko ni več nevarnosti hemoragične transformacije.

Pri bolnikih, pri katerih med zdravljenjem z rivaroksabanom objektivno potrdimo ponovno VTE, rivaroksaban ukinemo in uvedemo nizkomolekularni heparin v terapevtskih odmerkih za 5–7 dni. V tem času opravimo preiskave za opredelitev vzroka za ponovitev bolezni. Po zaključenih preiskavah, če nismo dokazali malignoma, ponovno uvedemo peroralno AK-zdravilo.

Ukrepi ob posegih

Priprava na predvidene posege poteka v AK-ambulantni, ki naj jo bolnik obišče teden dni pred predvidenim posegom.

Majhni predvideni posegi, kamor sodijo majhni stomatološki posegi, odstranitev manjših kožnih sprememb in oskrba kožnih ran, operacija katarakte, punkcije bezgavk in kostnega mozga, pleuralne in abdominalne punkcije ter endoskopske preiskave prebavil, zahtevajo le kratko prekinitvev AK-zdravljenja. Od zaužitja zadnjega odmerka zdravila do posega naj preteče vsaj 18 ur. Zdravilo lahko ponovno uvedemo 12–24 ur po posegu.

AK-zdravilo	oGF ml/min.	Ukinitev pred posegom	Ponovna uvedba po posegu
Dabigatran, rivaroksaban	> 50	≥ 24 ur	≥ 24 ur
	30–50	≥ 48 ur	≥ 24 ur

oGF – ocena glomerulne filtracije

Veliki predvideni posegi zahtevajo daljšo prekinitvev AK-zdravljenja. Čas prekinitvev je odvisen od vrste posega (poseg z zmernim oziroma poseg z velikim tveganjem za krvavitev) in ledvičnega delovanja. Bolnikom vsaj pet dni pred posegom določimo serumski kreatinin, saj bo prekinitvev zdravljenja pred posegom daljša ob slabši ledvični funkciji (tabeli 2 in 3). Pred posegi z velikim tveganjem za krvavitev na dan posega opravimo tudi ustrezne koagulacijske teste. Poseg lahko izvedemo le, če so vse vrednosti koagulacijskih testov v mejah norme.

Nujni veliki posegi pri bolniku, ki prejema novo AK-zdravilo, predstavljajo velik problem predvsem zaradi nezmožnosti takojšnjega zavrtja AK-učinka. Ravnamo podobno kot ob veliki krvavitvi. Če je le mogoče, skušamo poseg odložiti in tako pridobiti čas, ko se bo zdravilo samo očistilo iz organizma. Pogosto določanje koagulacijskih testov nam pomaga določiti najugodnejši čas za operacijo.

Zaključek

Nova AK-zdravila prinašajo številne prednosti tako za bolnike kot tudi za zdravnike, ki tovrstno zdravljenje vodijo. Vendar pa je za varnost in učinkovitost zdravljenja ključen pravilen izbor bolnikov, redno spremljanje zdravljenja in pravilno ukrepanje ob zapletih in posegih.

Literatura:

1. Agnelli G, Buller HR, Cohen A, Curto M, Gallus AS, et al.; the AMPLIFY-EXT Investigators. Apixaban for Extended Treatment of Venous Thromboembolism. *N Engl J Med.* 2012 Dec 8. [Epub ahead of print]
2. Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, et al; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: An update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. *Eur Heart J* 2012; 33: 2719–47.
3. Choi S, Douketis JD. Management of patients who are receiving warfarin or a new oral anticoagulant and require urgent or emergency surgery. *Pol Arch Med Wewn* 2012; 122: 437–42.

Tabela 2. Priprava bolnika na velik predviden kirurški poseg z zmernim tveganjem za krvavitev: manjše abdominalne in torakalne operacije, polipektomije in biopsije prebavnega trakta, radiofrekvenčna ablacija atrijske fibrilacije, vstavitev srčnega spodbujevalnika/ defibrilatorja ter punkcije velikih arterij in sklepov.

AK-zdravilo	oGF ml/min.	Ukinitev pred posegom	Koagulacijski testi na dan posega	Ponovna uvedba po posegu
Dabigatran	> 50	48–96 ur	APTČ, TČ ali TČ s	48–72 ur
	30–50	≥ 96 ur	Hemoclotom	48–72 ur
Rivaroksaban	> 50	≥ 48 ur	PČ ali anti-Xa za rivaroksaban	48–72 ur
	30–50	≥ 48 ur		48–72 ur

Tabela 3. Priprava bolnika na velik predviden kirurški poseg z velikim tveganjem za krvavitev: ortopedske operacije, večje abdominalne in torakalne operacije, nevrokirurške, urološke in srčno-žilne operacije, operacije zaradi raka, punkcije in biopsije parenhimskih organov ter spinalna anestezija.

oGF – ocena glomerulne filtracije

4. Connolly SJ, Eikelboom J, Joyner C, Diener HC, Hart R, et al; AVERRO-ES Steering Committee and Investigators. Apixaban in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2011; 364: 806–17.
5. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J et al; the RE-LY Steering Committee and Investigators. Dabigatran versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med* 2009; 361: 1139–51.
6. Douketis JD. Pharmacologic properties of the new oral anticoagulants: a clinician-oriented review with a focus on perioperative management. *Curr Pharm Des* 2010; 16: 3436–41.
7. EINSTEIN Investigators, Bauersachs R, Berkowitz SD, Brenner B, Buller HR, Decousus H, et al. Oral rivaroxaban for symptomatic venous thromboembolism. *N Engl J Med*. 2010; 363: 2499–510.
8. EINSTEIN-PE Investigators, Büller HR, Prins MH, Lensin AW, Decousus H, Jacobson BF, et al. Oral rivaroxaban for the treatment of symptomatic pulmonary embolism. *N Engl J Med*. 2012; 366: 1287–97.
9. Frank Peacock W, Gearhart MM, Mills RM. Emergency Management of Bleeding Associated With Old and New Oral Anticoagulants. *Clin Cardiol* 2012; 35 (12): 730-7.
10. Kaatz S, Kouides PA, Garcia DA, Spyropoulos AC, Crowther M, et al. Guidance on the emergent reversal of oral thrombin and factor Xa inhibitors. *Am J Hematol* 2012; 87: S141–5.
11. Kazmi RS, Lwaleed BA. New anticoagulants: how to deal with treatment failure and bleeding complications. *Br J Clin Pharmacol* 2011; 72: 593–603.
12. Mavri A (ed). Priročnik za uporabo novih peroralnih antikoagulacijskih zdravil v klinični praksi. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje in preprečevanje tromboemboličnih bolezni pri Zdrženju za žilne bolezni, 2012: 1–66.
13. National Institute for Health and Clinical Excellence (2012) Venous thromboembolism (treatment and long term secondary prevention) - rivaroxaban. [TA 261]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
14. Nutescu E, Chuatrisorn I, Hellenbart E. Drug and dietary interactions of warfarin and novel oral anticoagulants: an update. *J Thromb Thrombolysis* 2011; 31: 326–43.
15. Ortel TL. Perioperative management of patients on chronic antithrombotic therapy. *Blood* 2012;120(24):4699-705.
16. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, Pan G, Singer DE et al; ROCKET AF Investigators. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2011; 365: 883–91. Schulman S, Kearon C, Kakkar AK, Mismetti P, Schellong S, et al; RE-COVER Study Group. Dabigatran versus warfarin in the treatment of acute venous thromboembolism. *N Engl J Med*. 2009;361(24):2342-52.
17. You JJ, Singer DE, Howard PA, Lane DA, Eckman MH, et al; American College of Chest Physicians. Antithrombotic therapy for atrial fibrillation: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141(2 Suppl): 531S–75S.

E-naslov: monika.stalc@gmail.com

Uporabna kardiologija 2013 – dobra vprašanja si zaslužijo dobre odgovore

Odmevno strokovno srečanje, ki povezuje

Marko Gričar

S kardiologijo in kardiološkimi bolniki se ne srečujejo le kardiologi, pač pa slej ko prej vsi zdravniki in drugi zdravstveni delavci. Ko se nakopičijo leta in bolezni, ima večina bolnikov tudi kardiološke težave in zdravila, kardiološki bolniki pa potrebujejo najrazličnejše specialiste. Kardiološka nujna stanja so nočna mora vseh dežurajočih in nanje kljub nenehnemu izobraževanju in izpopolnjevanju nikoli nismo dovolj pripravljeni. Možnosti za hitro napotitev h kardiologu ali za posvet na daljavo so žal skromne. Mnoga specializirana kardiološka strokovna srečanja so preveč poglobljena za zdravnike družinske in splošne medicine, specialiste in specializante interne medicine oziroma njenih vej in zdravnike drugih specialnosti, še zlasti pa za medicinske sestre in farmacevte, zato se jih večina ne udeleži. Bojijo se, da na svoja »preprosta«, a še kako tehtna vprašanja ne bodo dobili pravih odgovorov. Strokovno srečanje Uporabna kardiologija uspešno zapolnjuje to vrzel in izhaja iz podmene, da si dobra vprašanja zaslužijo dobre odgovore (to je tudi tradicionalni slogan srečanja). Srečanje Uporabna kardiologija ni ozek

sestane kardiologov, ki bi se prepričevali glede podrobnosti, pač pa dinamično strokovno srečanje vseh, ki se pri svojem rednem delu srečujemo s kardiološkimi bolniki in dilemami in ki bi si želeli vedeti več, da bi bilo naše delo lažje, bolj učinkovito in bolj varno.

Po lanskem uspešnem srečanju Uporabna kardiologija 2012, ki je v Kongresni center Bernardin privabilo preko 400 udeležencev, se je v času med 31. januarjem in 2. februarjem 2013 v Portorožu znova zbralo 396 motiviranih udeležencev in še okoli 60 razstavljavcev, prav tako strokovnjakov z biomedicinskih področij. V dveh dneh in pol se je zvrstilo veliko predavanj in razprav, razjasnile so se mnoge dileme, pojavljale so se nove, udeleženci so tkali spoštovanje med strokami.

Udeležence so že prvi dan pritegnile nekatere »vroče teme« v kardiologiji: neinvazivna mehanska ventilacija v predbolnišničnem okolju (dr. Rihard Knafelj), novosti v zdravljenju akutnega srčnega popuščanja (dr. Peter Radšel), dimenzija srčnega popuščanja kot sistemske bolezni (prof. dr. Bojan Vrtovec), vpliv upočasnitve srčne frekvence na bolnikovo prognozo (doc.

dr. Borut Jug) in prednosti radialnega pristopa v intervencijski kardiologiji (doc. dr. Matjaž Klemenc). Sledila je razprava o preprečevanju možganske kapi pri atrijski fibrilaciji: od razlik med starimi in novimi zdravili za preprečevanje možganske kapi (asist. Marko Gričar) do odločanja o zdravljenju pri novoodkriti AF (asist. Matej Marinšek) in napotkov za vodenje bolnikov z antikoagulacijskimi zdravili (doc. dr. Nina Vene). V odličnem sklopu o izzivih ateroskleroze za vse stroke so se udeleženci seznanili z vlogo in pomenom te bolezni (prof. dr. Pavel Poredoš), s pomenom poinfarktne rehabilitacije (doc. dr. Zlatko Fras), z dimenzijo problema periferne arterijske bolezni (prof. dr. Aleš Blinc), z dilemo o tem, ali so ciljne vrednosti serumskih maščob realni cilj ali manipulacija (prim. Matija Cevc) ter o povezavah in razlikah med aterosklerozo in staranjem arterij (prof. dr. Mišo Šabovič).

V razpravi *pro et contra* glede pomembnosti ali nepomembnosti trigliceridov sta se pod moderatorstvom doc. dr. Zlatka Frasa z argumenti zoperstavila prim. Matija Cevc in doc. dr. Borut Jug. Odmevna je bila tudi razprava o novih antiagregacijskih zdravilih (tikagrelor, prasugrel) pri akutnem koronarnem sindromu ter o razkoraku med mednarodnimi smernicami in klinično prakso, ki jo je dinamično vodil prof. dr. Marko Noč: smernice, ki bi jih morali bolje poznati, je predstavil prof. dr. Igor Kranjec, sledili so prikazi o realni situaciji glede ustrezne izbire zdravil na kardioloških oddelkih v UKC Maribor (Igor Balevski), SB Celje (asist. dr. Dragan Kovačič) in UKC Ljubljana (asist. Marko Gričar). O možnostih menjav med antiagregacijskimi zdravili je razpravljal prim. Darko Zorman, o dilemah glede uporabe teh zdravil pri starostnikih pa asist. dr. Miha Čerček. Prof. dr. Marko Noč je nato v živahni razpravi s pomočjo specialistov iz vseh slovenskih intervencijskih centrov in iz predbolnišnične enote NMP izluščil možnosti za izboljšanje klinične prakse. V okviru novosti v intervencijski kardiologiji so bile predstavljene razlike med žilnimi opornicami, ki izločajo zdravila (prim. Vojko Kanič), novosti v trajanju dvojne antiagregacijske terapije (asist. dr. Dragan Kovačič), vloga zdravnikov različnih specialnosti pri prepoznavi bolnikov za perkutane posege na srčnih

zaklopkah (prof. dr. Matjaž Bunc), pomen ohranjene vazomotorike v primerjavi s togim stentiranjem (asist. Marko Gričar) in revolucionarna novost – biorazgradljive žilne opore (angl. *bioresorbable vascular scaffolds*), ki kot stent razpirajo žilo, dokler je to potrebno, nato pa postopno izginejo in omogočajo ponovno vzpostavitev žilne funkcije, tako endotelne kot vazomotorike (prim. Darko Zorman).

Tudi zdravljenje bolnikov po srčnem infarktu z zdravili je vedno nedorečena zgodba z močnimi vplivi na prognozo: poslušalci so se seznanili s prekrivanjem zdravljenja arterijske hipertenzije in koronarne bolezni (asist. dr. Dragan Kovačič), z razlikami med zaviralci kalcijevih kanalčkov (prim. Iztok Gradecki) in med zaviralci receptorjev beta, z večplastnostjo mehanizmov pri obravnavi ishemije srčne mišice (prof. dr. Matjaž Bunc) in z obeti, ki jih poleg protiishemičnih prinašajo antiaritmične lastnosti ranolazina (prof. dr. Igor Zupan). Sledil je dinamičen sklop predavanj in razprav o stičiščih med kardiologijo, drugimi strokami in farmakologijo. Na razkorak med teorijo in prakso pri zdravljenju koronarne srčne bolezni je opozoril prof. dr. Matjaž Bunc, sledila je predstavitev o pomenu ledvičnega delovanja (asist. dr. Janko Kovač, Vladimir Premru) ter pljučnih bolezni in zdravljenju (prim. asist. Robert Marčun) pri srčnih bolnikih, nakar je asist. dr. Miha Čerček predstavil še nastajajoče smernice za uporabo ZPČ pri bolnikih z antiagregacijskimi zdravili in nesteroidnimi antirevmatiki.

Izredno pomemben je bil tudi prispevek kliničnih farmacevtov: Tina Morgan je predstavila opažanja kliničnega farmacevta glede kardioloških zdravil, Matej Štuhec najpogostejše napake pri uporabi psihotropnih zdravil pri kardioloških bolnikih, Alenka Premuš Marušič pa vlogo kliničnega farmacevta pri obvladovanju neželenih učinkov in interakcij zdravil. Sodelujoči so začutili, da bomo z združenimi močmi močnejši, naše delo pa varnejše. Prof. dr. Mirta Koželj in prim. Iztok Gradecki sta na osnovi bogatih izkušenj spretno vodila sklop o izogibanju zmotam in napakam pri težavni obravnavi pogosto težko prepoznavnega akutnega miokarditisa (asist. dr. Andreja Černe Čerček), na prvi pogled nedolžne hipertrofije levega prekata



V razpravah so sodelovali priznani strokovnjaki.

(Janez Toplišek) in izbire med radialnim in femoralnim žilnim pristopom (asist. Gregor Kompara).

Sledila je tema, kjer so se mnogi bali medsebojnega obtoževanja med kardiologijo in družinsko medicino: Napotnica, specialistični izvid, recept in odpustno pismo – kar sejemo, to žanjemo. Doc. dr. Tonka Poplas Susič je razložila, kakšne odgovore kot specialistka družinske medicine pričakuje in dobi od kardiologov, prof. dr. Mirta Koželj je kot predstojnica največjega kardiološkega oddelka v državi jasno opredelila, kakšne napake in nerodnosti v zdravstveni dokumentaciji slabijo ali zasenčijo sicer večinoma dobro klinično prakso, doc. dr. Danica Rotar Pavlič pa je s primeri in napotki izpostavila načine, kako izboljšati komunikacijo med bolnikom, zdravnikom in farmacevtom. Predsedujoča v tem sklopu doc. dr. Borut Jug in doc. dr. Ksenija Tušek Bunc sta s čustveno inteligenco vodila razpravo, ki je vodila v smer medsebojnega spoštovanja, pometanja pred lastnim pragom in tvornega sodelovanja. Verjetno je sleherni v dvorani lahko našel točko, kjer lahko izboljša svoje delo.

Na koncu so prišla predavanja o vprašanih glede aritmologije in elektrofiziologije, pomembnih za vse specialnosti, kakršna so bila že lani deležna izrednega zanimanja. Doc. dr. Andrej Pernat je nazorno predstavil elektrofiziološko preiskavo in ablacijo ter njune prednosti in tveganja, kakor mora to razumeti sleherni zdravnik in tudi bolnik. Odlični predavatelji so nas seznanili tudi z ukrepanjem, ko v EKG ugotovimo spremembe, sumljive za sindrom WPW (asist. Franjo Naji), z uporabnimi namigi za pravilno odločitev o potrebnosti srčnega spodbujevalnika (Luka Lipar), z ukrepanjem ob »električnem viharju« pri bolniku z vgrajenim defibrilatorjem (David Žižek) in z obravnavo sorodnikov bolnikov, ki so doživeli nekoronarni srčni zastoj. Povsem na koncu je asist. Matej Marinšek s svojo nepremagljivo pronicljivostjo iz vsakega predavanja iztisnil nekaj

najpomembnejših misli, ki bi si jih moral vsakdo zapomniti za domov, in nas tako duhovito ponovno popeljal skozi celotno srečanje.

Organizatorji so nekajkrat dnevno v strokovni program dodali še nemedicinske teme, ki pa zadevajo slehernega posameznika. Tudi zdravniki, farmacevti in medicinske sestre so poleg svojega strokovnega dela le ljudje z vsakodnevnimi težavami in dilemami. V okviru ciklusa predavanj s skupnim naslovom Osebnostna rast so udeležence spomnili, da naj poleg skrbi za bolnike in za svoje stalno izobraževanje sem in tja pomislijo še nase, na svoje zdravje, na svoje družine in na svoje sanje, saj bodo le tako s preprečevanjem izgorevanja lahko še naprej služili visokim etičnim ciljem.

Ob strokovnem srečanju je izšla tudi knjiga »Uporabna kardiologija 2013 – poudarki in nasveti«, v kateri avtorji na strukturiran in praktičen način poskušajo dati dobre odgovore na dobra vprašanja. Organizatorji so s srečanjem in publikacijo želeli poudariti timski duh, sodelovanje in medsebojno spoštovanje tako med strokami kot med poklici zdravstvenih delavcev. Že drugo leto smo bili priča odmevnemu srečanju, ki je strokovno in povezovalno, vendar omogoča pridobivanje znanja na enostaven in prijazen način. Ne kaže pozabiti niti dveh lepih družabnih večerov, na prvem so goste zabavali DJ JAMirko ter pevca Maya in Murat, na drugem pa skupina Deja Vu, pevka April s plesalkama ter vrhunski plesalec Matjaž Brinovec s soplesalko Natalijo Pravdič. Odmore med predavanji so popestrili glasbeni nastopi skupine Power B in mednarodnega dua ZokyM.KEBA.

Dobra vprašanja so očitno dobila dobre odgovore, za kar gre zaslugi odličnim predavateljem in odličnim poslušalcem. Več kot 450 udeležencev si je zapomnilo, da bo Uporabna kardiologija 2014 v Kongresnem centru St. Bernardin od 30. januarja do 1. februarja 2014.

Srečanje ekspertne skupine o klopnem meningoencefalitisu

Zoran Simonovič, Irena Grmek Košnik

Na Dunaju je 31. januarja in 1. februarja 2013 potekalo že 15. letno srečanje strokovnjakov, ki se poglobljeno ukvarjajo s problematiko klopnega meningoencefalitisa (KME). Na prijetni lokaciji na obrobju Dunaja se je v dvorcu Wilhelminenberg zbralo 72 udeležencev iz 17 držav. Srečanje sedaj že tradicionalno poteka na Dunaju pod vodstvom prof. Kunzeja, profesorja socialne medicine in higijene na Medicinski fakulteti na Dunaju. Osrednja tema letošnjega srečanja je bila vključitev KME na seznam bolezni, ki se prijavljajo na ravni Evropske unije.

Evropski center za nalezljive bolezni (ECDC) je v septembru leta 2012 namreč objavil definicijo bolezni za epidemiološko spremljanje, ki omogoča poenoteno prijavljanje in uvrščanje primera

obolenja na podlagi ustrezne klinične slike vnetja osrednjega živčevja s pripadajočo laboratorijsko potrditvijo primera. Enotna definicija primera bolezni bo zagotavljala boljše primerjavo podatkov o bremenu bolezni na ravni EU in natančnejšo opredelitev tveganja za okužbo oz. izdelavo zemljevidov tveganja za bolezen. Pridobljeni podatki pa lahko pripomorejo tudi k razvoju učinkovitejših preventivnih ukrepov in aktivnosti za obvladovanje bolezni. EU-definicija za epidemiološko spremljanje KME je v slovenščini na voljo tudi na spletni strani IVZ (1).

V Evropi se KME pojavlja v določenih regijah v kar 27 evropskih državah. Na srečanju so bili predstavljeni epidemiološki podatki o pojavnosti KME v 13 endemskih državah. Bolezen se najpogosteje pojavlja prav v Sloveniji in baltskih državah (Litva,

Latvija, Estonija), kjer incidenca presega 10 primerov na 100.000 prebivalcev. Pojavnost bolezni je nekoliko nižja v ostalih osrednjeevropskih in skandinavskih državah (Češka, Slovaška, Poljska, Madžarska, Nemčija, Avstrija, Švedska in Finska). Tveganje za okužbo in bolezen pa se seveda močno spreminja tudi znotraj posameznih držav. Letna incidenca v posameznih endemskih regijah tako ponekod presega celo 100 primerov na 100.000 prebivalcev. Zanimiva so najnovejša dognanja o razlikah v virulenci sevov virusa KME, ki lahko prispevajo k razlikam v obolenosti na posameznih endemskih območjih. Izjemen vpliv na pojavnost obolenja in letne variacije v številu obolelih pa imajo tudi klimatski, okoljski in družbeni dejavniki. V številnih državah odkrivajo nova endemska območja. Za KME najpogosteje zbolevalo ljudi, starejši od 50 let, vendar pomemben delež zbolelih predstavljajo tudi otroci in mlajši odrasli. KME se vse bolj dojema tudi kot bolezen, povezana s potovanji. Ocenjeno tveganje za potnika, ki biva štiri tedne na endemskem območju avstrijske Štajerske, je 1/10.000.

Tudi v Sloveniji, kjer je v letih od 2000 do 2011 za KME zbolelo povprečno 250 oseb na leto (incidenca 13,5/100.000 prebivalcev), obolenost zaradi KME ni enakomerno porazdeljena. Najvišja je na Gorenjskem, kjer zbolijo povprečno 60 oseb letno (incidenca 30/100.000 prebivalcev), nadpovprečno visoko incidenco KME pa beležimo še na Koroškem ter v osrednjeslovenski in celjski zdravstveni regiji. Največ obolelih je na območju upravne enote Škofja Loka (povprečna incidenca bolezni je 50/100.000 prebivalcev za obdobje od leta 2000 do 2011). V Sloveniji najpogosteje zbolevalo osebe v starostni skupini od 55 do 64 let (2).

Zanimive so epidemiološke primerjave med tremi sosednjimi državami, Avstrijo, Slovenijo in Češko, s sicer podobnim tveganjem

za pojav bolezni. V Avstriji je cepivo proti KME dosegljivo že od leta 1976, v letu 1981 pa so pričeli s programom cepljenja, ki poteka v celotni državi. S sistematskim cepljenjem so uspeli vsaj z enim odmerkom cepiva cepiti 88 odstotkov celotne populacije (3). V najbolj endemskih območjih Avstrije (Koroška in Štajerska) se je proti KME cepilo celo več kot 90 odstotkov ljudi. Incidenca bolezni je posledično upadla na 16 odstotkov od tiste pred uvedbo cepljenja in znaša manj kot 1/100.000 prebivalcev. Zanimivo je, da je zbolelost med necepljenimi ostala enako visoka kot prej. Avstrijci ocenjujejo, da so s cepljenjem uspeli samo v letih od 2000 do 2011 preprečiti približno 4.000 primerov bolezni. Pri nas in na Češkem ostaja delež ljudi, ki se odločijo za zaščito s cepljenjem, zelo nizek. Presečna raziskava v letu 2007 je namreč pokazala, da je bilo med slovenskimi prebivalci, stari 15 let in več, le 12,4 odstotka že kdaj cepljenih proti KME (4). Podobno je tudi na Češkem, ki je skoraj v celoti endemsko območje za KME in kjer navkljub intenzivnemu osveščanju prebivalcev o nevarnostih obolenja in možnostih učinkovite zaščite ne uspejo preseči 20-odstotne precepljenosti populacije. V obeh državah tako letno zbolijo 10-krat več ljudi kot v Avstriji, upoštevajoč število prebivalcev. Na Češkem zabeležijo celo 25 odstotkov vseh primerov KME v EU na leto.

Razen v Avstriji, se tudi v ostalih endemskih državah za KME srečujejo s premajhnim zavedanjem tako laične kot tudi strokovne javnosti o tveganju za okužbo in pojav bolezni ter možnostih učinkovite zaščite pred boleznijo s cepljenjem. V večini endemskih držav zato delež cepljenih ljudi ostaja nižji od 20 odstotkov. Odločitev za cepljenje je zelo odvisna od subjektivnega občutka za ogroženost zaradi obolenja. V Avstriji so ugotovili, da je le ena tretjina ljudi v življenju že doživela vbod klopa, kljub temu pa se vsaj dve tretjini ljudi počutita ogroženi, da se jim pripeti kaj takega. Ko so povprašali naše severne sosede, katero cepivo bi priporočili svojim sorodnikom in prijateljem, če bi jim lahko le enega, jih je največji delež odgovorilo, da je to cepivo proti KME.

Za doseg višje precepljenosti se države poslužujejo različnih metod. V Nemčiji in Švici zavarovalnice krijejo stroške cepljenja prebivalcem na območjih države, kjer je tveganje za okužbo največje. Na Finskem je od leta 2006 cepljenje brezplačno za prebivalce (osebe, starejše od 7 let) otočja Åland, kjer je obolenost zelo visoka (5). V Latviji program cepljenja proti KME poteka od leta 1998, od leta 2010 pa nudijo brezplačno cepljenje vsem otrokom, ki živijo v visoko endemskih območjih, ter vsem otrokom, ki živijo brez staršev, ne glede na kraj bivanja. Delež cepljene populacije so uspeli zvišati na 39 odstotkov, cepili pa so že 77 odstotkov otrok na visoko endemskih območjih in s tem izrazito znižali obolenost za KME.

V Sloveniji je cepljenje proti KME samoplačniško. Obvezno zdravstveno zavarovanje krije stroške cepljenja le za dijake in študente, ki imajo vaje na območju večjega tveganja za okužbo, cepljenje pa je obvezno tudi za vse poklicno izpostavljene odrasle, ki jim stroške cepljenja plača delodajalec. Na srečanju je bil prikazan tudi slovenski primer dobre prakse za doseg večjega deleža zaščitene osebe s cepljenjem (6). V letu 2012 so se na Zavodu za zdravstveno varstvo Kranj odločili za akcijo cepljenja z



Slovenski udeleženci srečanja (od leve): Boris Kopilović, Zoran Simonović, Neda Hudopisk, doc. dr. Irena Grmek Košnik, doc. dr. Marko Vudrag (manjka Ondina Jordan Markočič).

namenom, da bodo cepljenje približali čim več prebivalcem, tako krajevno kot cenovno in tudi v ugodnih terminih – ob sobotah. Za 900 otrok iz socialno šibkejših družin oziroma številčnejših družin so zagotovili povsem brezplačno cepivo in cepljenje z dvema odmerkoma cepiva. Izbor otrok, ki so deležni brezplačnega cepljenja, so izvedli strokovni delavci osnovnih šol. Poleg tega so organizirali štirinajst terminov cepljenj v lokalnih okoljih v Žireh, Železnikih, Škofji Loki, Kranju, Cerkljah in Trziču. Na cepljenje so posebej povabili tudi vse učitelje in vzgojitelje šol, starše učencev in vse občane, ki so se želeli cepiti po bolj ugodni ceni. Akcije cepljenj proti KME na Gorenjskem so bile med ljudmi zelo dobro sprejete in obiskane. V 14 akcijah cepljenja so porabili 5.700 odmerkov cepiva. Večina ljudi je na cepljenje prišla prvič. Z akcijami nadaljujejo tudi v letu 2013. Cepljenje so z namenom lažje dostopnosti in manjših stroškov izvajali v primerno urejenih prostorih osnovnih šol.

Izjemno zanimiv primer alimentarnega izbruha KME je prikazala kolegica Neda Hudopisk iz Zavoda za zdravstveno varstvo Ravne na Koroškem. Zaradi pitja surovega kozjega mleka, okuženega z virusom KME, so zboleli trije ljudje. Vir okužbe je bil potrjen z virološkimi preiskavami in dokazom RNA virusa v ustrezni virusni koncentraciji v serumu in samem mleku okužene živali. Isto okuženo mleko je zaužila še ena oseba, ki pa bolezenskih znakov ni razvila. Edina od oseb je bila cepljena proti KME s štirimi odmerki cepiva.

Bazično cepljenje proti KME sestoji iz treh odmerkov cepiva: prvi odmerek je priporočljiv v zimskih mesecih, drugi odmerek se opravi 1 do 3 mesece po prvem cepljenju, tretji odmerek pa 5 do 12 mesecev po prvem cepljenju. Prvi pozitivitveni odmerek se daje po treh letih, naslednji pa na pet let. Po 50. oziroma 60. letu starosti so potrebni pozitivitveni odmerki na vsake tri leta, odvisno od vrste uporabljenega cepiva. Terenska raziskava o učinkovitosti cepljenja proti KME je pokazala 96,3–98,7-odstotno učinkovitost cepljenja pri redno cepljenih osebah ter 91,3–92,5-odstotno zaščitno učinkovitost pri osebah, ki so bile cepljenje z nerednimi razmaki med cepljenjem. Statistično pomembnih razlik v zaščitni

učinkovitosti cepljenja med različnimi starostnimi skupinami niso ugotovili. V prid rednemu cepljenju z ustreznimi časovnimi razmaki med odmerki govori tudi podatek o razliki med incidencama KME pri osebah, ki so bile cepljene po redni shemi cepljenja, in tistimi, ki so bili cepljeni z nerednimi razmaki med odmerki (0,07/100.000 proti 0,37/100.000). Čeprav je tveganje za pojav boleznih pri obeh skupinah cepljenih oseb zelo nizko, pa je tveganje pri osebah z nerednimi razmaki med cepljenji kljub vsemu petkrat večje kot pri osebah, ustrezno cepljenih po shemi cepljenja. Na srečanju so bili predstavljeni tudi rezultati serološkega spremljanja oseb več let po opravljenem cepljenju. Po opravljenem bazičnem cepljenju zaščitna protitelesa relativno hitro upadajo, po prvem pozitivitvenem odmerku pa je letni upad protiteles le 1 odstotek. Za dolgotrajno zaščito je tako pomembno opraviti po osnovnem cepljenju še prvi pozitivitveni odmerek po shemi cepljenja.

Srečanje se je končalo s predstavitvijo ugodnih zaključkov druge faze kliničnega preizkušanja cepiva proti Lymski boreliozii in povabilom na ponovno snidenje čez leto dni.

Literatura:

1. IVZ. Definicije prijavljivih nalezljivih boleznih za namene epidemiološkega spremljanja. Dosegljivo na: http://www.ivz.si/gradiva_nalezljive_bolezni?pi=5&_5_FileName=5472.pdf&_5_MediaId=5472&_5_AutoResize=false&pl=105-5.3.
2. Grgič Vitek M, Klavs I. *Low coverage and predictors of vaccination uptake against tick-borne encephalitis in Slovenia*. Eur J Public Health. 2011 Mar 11. [Epub ahead of print]
3. Heinz FX, Holzmann H, Essl A, Kundi M. Field effectiveness of vaccination against tick-borne encephalitis. *Vaccine* 2007; 25(43): 7559–67.
4. Grgič Vitek M, Klavs I. *High burden of tick-borne encephalitis in Slovenia – challenge for vaccination policy*. *Vaccine*. 2011; 29(32): 5178–83.
5. Rapola S. National immunization program in Finland. *Int J Circumpolar Health*. 2007; 66(5): 382–9.
6. Grmek Košnik I, Krt Lah A. A campaign to increase the vaccination rate in a highly endemic tick-borne encephalitis region of Slovenia. *Vaccine* 2013; 31: 732–4.

E-naslov: zoran.simonovic@zrzv-mb.si

19. tradicionalno srečanje slovenskih in hrvaških intenzivistov

Štefan Grosek

Slovenski in hrvaški intenzivisti sodelujemo med seboj že vrsto let na strokovnih srečanjih in si izmenjujemo svoje in tudi tuje izkušnje. Sodelovanje je več kot samo strokovno, stkale so se prijateljske vezi, ki še poglobljajo naše sodelovanje. Srečanja slovenskih in hrvaških intenzivistov so se začela na obojestransko pobudo. Zasnovana so tako, da zimsko srečanje poteka v Sloveniji na enem izmed slovenskih smučišč in v organizaciji regionalne bolnišnice, ki leži na tem področju, jesensko srečanje pa ob hrvaški obali, kjer včasih ob pravem vremenu lahko ujamemo še zadnje koplanje in sončenje. Letošnje 19. srečanje

so organizirali zdravniki in zdravnice Bolnišnice Topolšica pod okriljem Slovenskega združenja za intenzivno medicino (SZIM) v smučarskem središču Golte 18. in 19. januarja 2013. Srečanje je bilo brežhibno organizirano v hotelu na Golteh.

Zadnja leta ob srečanju vedno izidejo tudi prispevki v obliki zbornika, kjer so zbrani prispevki v celoti ali razširjeni povzetki predavanj. Tudi ob letošnjem srečanju je izšel lično urejen zbornik, ki ga je tehnično oblikoval asist. dr. Peter Radsel, uredila pa doc. dr. Roman Parežnik in doc. dr. Štefan Grosek. Na ta način



Udeleženci srečanja.

udeleženci lažje sledimo predavanjem. Posamezna predavanja so predstavljena v obliki pregleda posameznega področja, kar naj bi bila raje izjema kot pravilo, večina predavanj pa naj bi bila prikaz dela v posameznih centrih ali pa zanimivi klinični primeri. Poudarek podajanja predstavitev naj bi bil na mlajših zdravnikih, ki naj bi pod okriljem starejših predstavili svoje raziskovalne naloge. Predavanja so razdeljena tako, da jih izmenjuje 12 predstavimo slovenski, 12 pa hrvaški intenzivisti. Na vseh teh srečanjih sodelujejo vedno intenzivisti s področja anesteziologije, interne medicine, nevrologije in pediatrije.

Ob vsakem srečanju naj bi bilo nekaj uric namenjeno tudi druženju, skupni večerji itd. V Sloveniji smo se udeleženci tokrat pomerili v sankanju.

Letošnje srečanje je bilo, kot sem že napisal, v smučarskem središču Golte nad Mozirjem. Prihod na samo mesto je zaznamovalo močno sneženje, naslednje jutro pa s soncem obsijana pravljično zasnežena pokrajina, tako da smo tudi tisti, ki smo tega že vajeni, ponovno obnemeli ob snežni pravljici.

Uvodno predavanje je bilo zelo zanimivo, saj smo lahko obnovili znanje, zakaj pride pri hudih poškodbah glave do zapletov s ponovnim nastankom možganskega edema pri bolnikih, ki so na dializnem zdravljenju. V prvem popoldanskem delu predavanj so sledila štiri predavanja, ki so predstavila zaplete na jetrih po operaciji srca, potek intenzivnega zdravljenja po presaditvi jeter, optimalizacijo pretoka krvi z aparatom za spremljanje hemodinamike, ki pomaga pri popravljanju črevesne funkcije bolnikov, ki so bili operirani za anevrizmo abdominalne aorte. Zadnje predavanje je bil primer bolnika s hantansko hemoragično mrzlico, ki je je bilo nenavadno veliko v Sloveniji v letu 2012. Po odmoru so sledila izredno zanimiva predavanja, ki so poročala o zdravljenjih posameznih nenavadnih in težkih primerov s področja nevrologije (težek potek encefalitisa), zastupitev z zdravili in hemostaze. Dve predavanji sta predstavili sedacijo z deksmetomidinom in

spremljanje podaljšane infuzije betalaktamskih antibiotikov s simulacijsko študijo z modelom Monte Carlo. Izredno zanimiv je bil prikaz opustitve zdravljenja z inhibitorjem selektivnih serotonskih receptorjev (SSRI), antidepresivom pri starejših bolnikih, ki so bili zdravljeni v intenzivni enoti. Opustitev tega zdravila pri bolniku, ki ga je prejemal pred zdravljenjem v intenzivni enoti, je povzročila ponovni upad njegovih kognitivnih zmognosti in depresijo, ki se je popravila, ko je ponovno dobil SSRI. Zelo poučen in zanimiv primer.

Večerni del je bil namenjen nočnemu sankanju in druženju ob večerji in glasbi.

Naslednje jutro je bilo izredno zanimivo prvo predavanje, kjer je bila predstavljena uporaba pripomočka za oživljanje s pasom za porazdelitev obremenitve (Autopulse). Predavatelj je to napravo primerjal z drugo napravo in ocenil prednosti in slabosti. Sledili so primeri s področja kardiologije, Takotsubo kardiomiopatije, zapletenega primera zdravljenja zapore debla leve koronarne arterije ter predstavitev razlike med temperaturo, merjeno v požiralniku in sečnem mehuru pri inducirani terapevtski hipotermiji. Kako naj zdravimo zapleten parapnevmonični infiltrat in empijem, je na veliki seriji bolnikov predstavila zdravnica iz Bolnišnice Topolšica, ki je bila gostiteljica tega srečanja.

Po odmoru je sledilo še zaključnih šest predavanj, od kateri so bila štiri predavanja s področja pediatrične intenzivne medicine. Kako naj predihavamo zapletene respiratorne probleme ekstremno majhnih nedonošenčkov, je predstavila mariborska kolegica. ECMO-oživljanje s prikazom treh primerov, kjer so uporabili zunajtelesni krvni obtok za hitro vzpostavitev umetne cirkulacije z ECMO-črpalko, je pokazalo, da zmognosti sodobne medicine rešujejo tudi najtežje klinične primere, ko mislimo, da je že vse izgubljeno. Trombozo bazilarne arterije, zdravljenje in izhod, ter prikaz unilateralnega pljučnega edema so predstavili kolegi s Hrvaške. Vgradnjo TAVI aortnih valvul in kako mora biti na ta postopek pripravljen anesteziolog, je prav tako predstavila ekipa hrvaških kolegov.

Zadnje predavanje je predstavil slovenski študent medicine, ki je v imenu delovne skupine sodeloval pri vseslovenski raziskavi stališč slovenskih intenzivistov pri nadaljevanju ali prenehanju zdravljenja brezupno bolnih. Vsem predavanjem je sledila razprava, ki je osvetlila predstavljena predavanja tudi iz drugih zornih kotov.

Sam se že vrsto let udeležujem teh srečanj in s kolegi predstavljam pediatrični del intenzivne medicine. Navdušen sem nad izredno visoko strokovno ravno vseh prispevkov, tako odraslih kot pediatričnih, in vedno izvem veliko novega, česar sicer ne bi, če se teh srečanj ne bi udeleževal.

Vsa zahvala gre organizatorjem srečanja, Bolnišnici Topolšica in posebej Luciji Gabršček Parežnik, dr. med., ki je navkljub zadnjim dnevom nosečnosti premogla še toliko energije in volje, da je dokončala začeto delo in uspešno izpeljala strokovni sestanek, za kar gre njej in vsem sodelavcem in sodelavkam najlepša zahvala.

P.S.: Čez nekaj dni sem slišal veselo novico, da je rodila zdravi dvojčici, Brino in Zarjo, v ptujski porodnišnici. Iskrene čestitke.

E-naslov: stefan.grosek@kclj.si

Prvo evropsko srečanje mladih urgentnih zdravnikov – kje smo v Sloveniji?

Sabina Zadel

Od 1. do 4. novembra 2012 je na Vivantes Klinikum v Berlinu potekal prvi tečaj z naslovom Refresher Course 1 »Life Threatening Conditions and Life-Saving Techniques«, ki ga je priredila Sekcija mladih urgentnih zdravnikov in Sekcija za izobraževanje (Young Emergency Medicine Doctors Section and Education Section) v sklopu Evropskega združenja za urgentno medicino (EuSEM – European Society for Emergency Medicine). Udeležilo se nas je 33 mladih urgentnih zdravnikov, od tega kar pet specializantov urgentne medicine iz Slovenije, ostali pa so prišli iz Belgije, Hrvaške, Češke, Nemčije, Libije, Slovaške, Švice in Turčije.

Glavna namen prvega in nadaljnjih tečajev sta poglobljanje znanja iz tem, ki jih obsega evropski Nabor znanj iz urgentne medicine ter medsebojno spoznavanje in povezovanje mladih urgentnih zdravnikov iz celotne Evrope. Nabor znanj specialnosti urgentne medicine v Evropi je objavljen na spletni strani EuSEM in jasno definira kompetence evropskega urgentnega zdravnika, potrebna znanja in strukturo izobraževanja evropskega urgentnega zdravnika.

Specialist urgentne medicine mora obvladati učinkovito prepoznavo, diagnostiko in začetno zdravljenje vseh kritičnih stanj. Potrebno je znanje za strukturiran pristop k nediferenciranemu bolniku z različnimi kliničnimi prezentacijami (npr. bolečina v prsih, trebuhu, sinkopa itd.), pri odraslih in otrocih, v pred- in znotrajbolnišničnem okolju. Nabor vsebuje tudi znanja, potrebna za »oživljanje« (v najširšem smislu besede) kritično bolnega/poškodovanega in podporo življenjskih funkcij do predaje drugim specialistom. Prav tako vsebuje znanja vseh najbolj kritičnih patoloških entitet vseh organskih sistemov – od kardiovaskularnih urgentnih stanj do urgentnih stanj v pediatriji, otorinolaringologiji in psihiatriji.

Zaradi obravnave nediferenciranih bolnikov je urgentni zdravnik most med široko odprtostjo sistema zdravstvenega varstva na primarni ravni ter specialnih znanj obravnave (potencialno) kritično bolnih/poškodovanih na sekundarni in terciarni ravni. Širok

obseg znanj, s poudarkom na poznavanju kritičnih patofizioloških entitet, urgentnemu zdravniku omogoča delovanje v najrazličnejših okoljih zdravstvenega sistema: v dosedanjih enotah predbolnišnične nujne medicinske pomoči (NMP), v bodočih urgentnih centrih, v helikopterski enoti NMP (HNMP), v podpori mreže paliativne medicine ter v obravnavi množičnih nesreč.

V uvodnih predavanjih so nam organizatorji predstavili organizacijo ter vizijo EuSEM. Glavni cilji EuSEM so vzpodbujanje izobraževanja, urjenja urgentnih veščin, raziskovalnega dela, promocija in širjenje informacij s srečanja, tečaji, raziskavami ter publikacijami. Organizacija vzpodbuja tudi enoten informacijski sistem in podatkovne baze urgentne medicine po vsej Evropi ter medsebojno sodelovanje nacionalnih združenj za urgentno medicino.

Mednarodni strokovnjaki so nadaljevali z zelo kakovostnimi predavanji s širokim spektrom tem. Dotaknili smo se »vsakdanje« predbolnišnične medicine, masovnih nesreč in reševanja v drugih ekstremnih pogojih, na nas pa je velik vtis naredila predstavitev nemške HNMP, ki ima kar preko 80 helikopterjev, primernih za reševanje v zraku, iz vode ali za gorsko reševanje.

Beseda je seveda tekla tudi o prepoznavi in zdravljenju urgentnih ter akutnih stanj pri odraslih in otrocih v urgentnih centrih. Zaradi izredno sproščene vzdušja med udeleženci, predavatelji in organizatorji so se po skoraj vsakem predavanju razvila zelo konstruktivna razpravljanja o samih temah, še bolj pomembne pa so bile naše (že skoraj) izpovedi glede težav, s katerimi se, kot specializanti oziroma mladi specialisti še dokaj nerazvite veje medicine v Evropi, srečujemo vsakodnevno. Takšna srečanja so torej pomembna tudi za svežo energijo in zagon pri našem delu.

Udeleženci smo si imeli priložnost ogledati urgentni del Vivantes Klinikum, ki se kljub prostorski stiski in arhitekturno manj ustreznim prostorom hitro in učinkovito razvija v pravi urgentni center. S prihodom novega šefa so le v enem letu naredili



Slovenski specializanti urgentne medicine (z leve): Tine Pelcl, Vitka Vujanović Popović, Anita Ridić, Sabina Zadel, Iva Cestar.

reorganizacijo dela s triažo. Uredili so urgentni prostor s popolno opremo za postopke oživljanja, ultrazvočnim aparatom, operacijsko lučjo in obposteljnimi laboratorijem. Imajo šivalnico, opazovalnico, v bližini pa je tudi manjša intenzivna enota, ki spada v sklop urgentnega centra.

Nemci so se zelo izkazali tudi z družabnim delom srečanja, saj so bili izredno prijazni in ustrežljivi. Organizirali so prijeten

spoznavni večer, zadnji večer pa smo imeli po brezplačnem ogledu očarljivega Berlina večerjo v prestižni restavraciji na rečni barčici. Vzdušje je bilo res nepozabno in spletle so se strokovno-prijateljske vezi, ki bodo (po mojem mnenju) v veliko pomoč pri razvoju urgentne medicine v Sloveniji.

Kje smo v Sloveniji?

Slovenija spada v dober ducat držav, ki ima uradno priznano specializacijo iz urgentne medicine.

V konceptu in razvoju »popolne« urgentne medicine so v Evropi morda najdlje Velika Britanija, Irska, Nizozemska in predvsem Turčija. Nemčija zaradi več (predvsem političnih) razlogov še nima priznane specializacije iz urgentne medicine, vendar pa je razvoj urgentne medicine jasno viden. Imajo namreč znanje, logistiko ter podporo v razvoju. Vivantes Klinikum je odličen primer razvoja pravega urgentnega centra tudi v nepopolnih okoliščinah. Za uspešen razvoj urgentne medicine v Sloveniji bomo morali ponotranjiti bistvene komponente, ki so se kot ključne izkazale na tujem – podpora institucij, nenehno strokovno izpopolnjevanje in jasna kohezivna vizija.

E-naslov: sabizadel@gmail.com

Seja Sveta EBCOG in seja Odbora za izobraževanje

Živa Novak Antolič

V Bruslju je bila 30. novembra in 1. decembra 2012 seja Sveta EBCOG (*European Board and College of Obstetrics and Gynecology*). EBCOG združuje nacionalna združenja porodničarjev in ginekologov iz 33 držav (v Sloveniji nacionalnega združenja nimamo). Z izjemnim navdušenjem lahko napišem, da postaja EBCOG v Evropi zelo viden. Tke močne vezi z evropskim parlamentom in uspeva v razprave uvesti poglavja, ki zadevajo zdravje žensk in otrok. Izšli so že **Standardi oskrbe (Standards of care) za področje porodništva**; v Sloveniji smo jih objavili v zborniku Novakovih dni 2012, ki je izšel kot suplement Medicinskih razgledov. Standarde oskrbe za ginekologijo v ožjem smislu pa dokončuje skupina pod vodstvom bodočega predsednika EBCOG, dr. Tahirja Mahmooda, tudi avtorja standardov v porodništvu.

Standardi oskrbe so izjemno pomemben dokument, ki naj bi ga poznal vsak porodničar in ginekolog, babica, pa tudi politiki, ki se ukvarjajo z zdravjem in zdravstvom, ter seveda naši evropski poslanci. Vsi, ki to berete, prosim, sporočajte vsebino naprej, da bo informacija v dobro naših žensk in otrok prišla do pravih ušes. Kot povsod je tudi tu pomemben osebni stik; elektronskih poštnih preveč, navadna pošta je dokaj neosebna. Pomembno sporočilo Standardov oskrbe je **varnost pacientov**.

Resnično se vidi in čuti, da je sedaj predsednica EBCOG neutrudna profesorica Chiara Benedetto. Povabljena je bila na srečanje izvršnega odbora Mednarodne federacije porodničarjev in ginekologov (FIGO) v Peking, kjer je dostojno predstavljala interese evropskih porodničarjev in ginekologov. Prepričljiva je bila tudi na kongresu FIGO v Rimu oktobra 2012, ko je v nekajurni predstavitvi EBCOG predstavil svoje delo. Na stojnici EBCOG na svetovnem kongresu porodničarjev in ginekologov smo razdeljevali že ponatis monografije *When training becomes fun for trainers and trainees* (saj je prvih 1.500 izvodov pošlo), ki sem jo uredila in so v njej prispevki kolegov iz vse Evrope in Kanade. Monografija je prosto dostopna na:

<http://www.fvvo.be/monographs/when-training-becomes-fun-for-trainers-and-trainees-medical-education-in-obstetrics-and-gynaecology/>

Delavnice Učenje učiteljev (Training the trainers – TTT) po Evropi

Monografija je v pomoč vsem, ki učijo ali so učeni v procesu medicinskega izobraževanja. Toplo so jo pozdravili kolegi, ki so se udeležili delavnic TTT ali jih načrtujejo. V okviru EBCOG sem vodja skupine, ki organizira in vodi delavnice TTT po vsej Evropi, in za delavnice je precejšnje povpraševanje. Delavnica

za 22 baltskih držav je bila septembra v Palangi, v Litvi. Vodila sem jo skupaj z dr. Goverde z Nizozemske in prof. Nizardom iz Pariza. Zadnja EBCOG TTT v letu 2012 je bila v Torinu od 14. do 17. novembra z udeleženci iz Italije, Grčije, Ukrajine, Malte in Španije. Ana Sedano iz Barcelone je predstavila projekt (vodi ga dr. Xavier Bosch) preprečevanja karcinoma cerviksa s pomočjo e-učenja v štirih jezikih; trudijo se tudi pridobiti donatorska sredstva za kotizacijo. Zainteresirani najdejo več na www.e-oncologia.org. V 12 mesecih so imeli več kot 12.000 udeležencev v 50 državah, imajo 32 akreditiranih tutorjev, 70 odstotkov udeležencev je dobilo certifikat.

V Ljubljani je bilo že 24 osnovnih delavnic TTT, pet nadaljevalnih in dve izredni. Tistim, ki ste se delavnice že udeležili, in tistim, ki se še boste, bo poleg monografije *When training becomes fun for trainers and trainees* prišla zelo prav tudi tematska številka Zdravstvenega varstva Izobraževanje v medicini, ki sem jo prav tako uredila in je prosto dostopna na <http://www.degruyter.com/view/j/sjph.2012.51.issue-4/issue-files/sjph.2012.51.issue-4.xml>

V obeh monografijah so poglavja, ki so zanimala člane Sveta EBCOG: posebej tista poglavja o profesionalizmu v medicini in generičnih kompetencah. Uvodni članek *Zakaj in kako učiti profesionalizem* je prispevala prof. Sylvia Cruess z univerze McGill v Montrealu, kjer profesionalizem kot poseben predmet poučujejo že 15 let. V ponos mi je bilo povedati, da imamo na nadaljevalnih TTT2 že poglavje o profesionalizmu v medicini in da se tudi na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani zavzeto pripravljamo na ta predmet.

V okviru porodništva in ginekologije je zanimanje za intrapartalno oskrbo vedno večje in junija 2013 bo kongres, ki ga organizira prof. Diogo Ayres de Campos; pri njem na Portugalskem, v najboljšem simulacijskem centru za porodništvo v Evropi, so se urili tudi naši kolegi. Tudi prof. Ayres de Campos je avtor, ki je svoj prispevek o simulacijskem učenju objavil v monografiji; prav tako sodeluje pri posodabljanju Dnevnika specializanta EBCOG (*log book*). Najbolj pomembne strani v Dnevniku specializanta so strani, kjer specializant skupaj z glavnim mentorjem naredi načrt za naslednje leto in kjer skupaj z glavnim mentorjem preverjata izpolnjevanje tega načrta. Po dogovoru na Komisiji za podiplomsko usposabljanje v Sloveniji smiselno uporabljamo vsebino specializacije po EBCOG.

Izmenjava evropskih specializantov porodništva in ginekologije

Že 23 konferenca ENTOG in izmenjava evropskih specializantov bo letos potekala na **Slovaškem od 6. do 11. maja 2013**; več na www.entogslovakia.com. Specializanti porodništva in ginekologije iz vse Evrope se razdelijo po porodničnicah in ginekoloških oddelkih, na koncu izmenjave pa vsak o svojih izkušnjah razpravljajo na skupnem srečanju, kjer so prisotni tudi delegati Sveta EBCOG. To medgeneracijsko in meddržavno sodelovanje na področju porodništva in ginekologije je izjemno pozitivno in pomeni dolgoletne povezave preko vse Evrope. Tudi naši specializanti so se že velikokrat udeležili izmenjave, specializantska organizacija SATOG pa je sploh vzgled vsem drugim organizacijam specializantov.

Zelo dolga razprava se je razvila o e-učenju in simulacijskem učenju. V okviru EBCOG ju vodita prof. Makinen oziroma dr. Rudi Campo. Ta dva načina prihajata v ospredje. Specializanti in specialisti morajo biti večji; večšine lahko pridobijo in obdržijo na simulatorjih. Tudi v Medicinskem simulacijskem centru UKCL poteka treniranje in preverjanje večšin za endoskopije. V Navodilih za specializante porodništva in ginekologije ZZS je jasno zapisano, da specializanti nikakor ne smejo endoskopsko operirati, preden ne opravijo treniranja in testiranja na modelu.

V okviru EBCOG je tudi ponudba t.i. »fellowship« za specializante, ki želijo preživeti tri mesece v drugi državi; če so izbrani, jim EBCOG nudi 3.000 evrov. V začetku maja 2014 bo kongres EBCOG v Glasgowu (www.ebcog2014.org); zdi se še daleč, a rok za oddajo izveščkov je november 2013.

Na sestankih Odbora za izobraževanje (SCTA, *Standing committee for training and assessment*) je septembra potekala izjemno zanimiva vaja iz razmišljanja 6 klobukov. Fokusni stavek je bil: kako izboljšati (EBNE – *excellent but not enough*) prihodnost specializacije. Ugotovili smo, kaj je zelo dobrega dandanes v EU na področju specializacije iz porodništva in ginekologije: ENTOG, Dnevnik specializanta, izmenjave, standardi oskrbe v porodništvu, učni program EBCOG, SCTA-odbor in drugo. Seveda smo označili tudi tisto, kar se da izboljšati: neenake kompetence mladih specialistov po Evropi, različne socialne politike, ni prilagoditve na socialne potrebe, neupoštevanje EBCOG učnega programa specializacije, neučinkovita uporaba časa in sredstev in še in še. Našli smo tudi rešitve: take pod A (*active*, takoj jih lahko naredimo), B (*beginning*, začetne dejavnosti) in C (*concept*, ki so še zamisli). Dejansko so bili udeleženci dobro razpoloženi, ko so videli, koliko in kaj se da narediti! Je pa res, da je treba biti proaktiven, narediti prvi korak in vztrajati.

Na sestanku SCTA so se – poleg zanimanja za delavnice Učenje učiteljev (*Training the trainers*) in informacije o profesionalizmu ter za uvajanje predmeta profesionalizem na medicinsko fakulteto – tuji kolegi najbolj navdušili za ČUDOZIR. To je projekt, ki ga uvajamo na UKCL z namenom boljše organizacije dela in večjega zadovoljstva zaposlenih. Osredotočili smo se na nosilce dejavnosti, zdravnike, in to v rednem delovnem času. ČUDOZIR je kratica za Čakanje, Učenje, Duplikacija, Organizacija, Zdravniško delo, Izobraževanje in Raziskovanje. Izdelali smo preprost obrazec (trenutno obrazec izpolnjujemo ročno, v postopku pa je pristop k računalniškemu vnosu in obdelavi); da se da **vsako delo** uvrstiti, a da se ga da uvrstiti **samo v eno rubriko**, smo napisali natančno legendo. Takoj smo si postavili tudi cilje:

- biti vedno boljši, bolj varni za paciente,
- poenostaviti ocenjevanje in prikaz tako, da je pregleden,
- iz tega izpeljati ciklus PDSA (*plan do study act*) – torej ugotoviti, kje se da organizacijo izboljšati,
- potem narediti korake, da to izpeljemo/izpeljejo.

E-naslov: ziva.novak@guest.arnes.si

Zvonka Dremelj, Andrej Kastelic, Tatja Kostnapfel Rihtar: Testiranje na prisotnost prepovedanih psihoaktivnih snovi

Založba: Prohealth d. o. o., Ljubljana 2012. Tiskarna: Pleško d. o. o. Naklada: 1000 izvodov

V letu 2012 je na področju poznavanja in obvladovanja problematike drog izšla ta zanimiva in zelo koristna knjižica. Testiranje bioloških vzorcev na prisotnost PAS (psihoaktivnih snovi) je namreč najbolj zanesljivo sredstvo za ugotavljanje, ali je neka oseba določeno PAS vzela in ali je pod njenim psihoaktivnim vplivom. Kakovost tako pridobljene informacije pa je odvisna od mnogih dejavnikov, kot so izbira testnega vzorca, čas testiranja, izbira testne metode in integriteta vzorca.

V predgovoru, ki ga je sestavil mag. Andrej Kastelic, predstojnik Centra za zdravljenje odvisnih od drog Psihiatrične klinike Ljubljana in vodja Koordinacije centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, lahko preberemo: »Testiranje oseb na prisotnost psihoaktivnih snovi v telesu globoko posega v intimnost preiskovancev, še posebej zato, ker so nekatere preiskave lahko narejene na način, ki ga preiskovanec lahko doživlja kot ponižujočega. Rezultati testa pa imajo lahko za testiranega preiskovanca tudi usodne posledice, kot na primer nesposobnost za delo, izključitev iz procesa šolanja, odvzem vozniškega dovoljenja, izključitev iz zdravljenja, izgubo ugodnosti ob prestajanju zaporne kazni vključno z izgubo možnosti pogojnega odpusta, razveljavitev športnega rezultata ... Pa tudi izgubo zaupanja bližnjih.«

Knjiga tako v prvem poglavju obširno predstavlja droge in s tem ustvarja podlago za razumevanje naslednjih dveh poglavij, v katerih najprej obravnava testiranje na PAS v urinu, dalje pa še testiranje na PAS v slini. V dodatku so navedena še pomembna dejstva o povprečnem detekcijskem času PAS v urinu ter pogoste navzkrižno reaktivne snovi.

Odličen priročnik za vse, ki potrebujejo/potrebujemo ta znanja za dobro, varno in odgovorno strokovno delo, povezano z vsebino drog.

Jasna Čuk Rupnik

E-naslov: cukovi@gmail.com



Prof. dr. Anton Dolenc, dr. med.

(13. junij 1930–1. februar 2013)

V sredo, 6. februarja 2013, je iz Antonove vežice na Žalah pospremilo na zadnjo pot poleg žalujočih svojcev tudi veliko strokovnih kolegov, sodelavcev, prijateljev, znancev in učencev prof. dr. Antona Dolenca, priznanega strokovnjaka sodne medicine, učitelja na Medicinski fakulteti v Ljubljani, v prelomnih časih tudi nepozabnega prebuditelja Slovenskega zdravniškega društva, ko je bil njegov dolgoletni večkratni predsednik, rednega člana Društva slovenskih likovnih umetnikov, enega od glavnih pobudnikov in ustanoviteljev ter prvega predsednika danes uspešno razvejanega in uveljavljenega Kulturnega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete.

Rodil se je 13. junija 1930 očetu rezbarju in podobarju ter materi babici v Rečici ob Savinji. Študij medicine je končal v Ljubljani leta 1957, opravil specializacijo iz sodne medicine in patologije, strokovno pa se je izpopolnjeval na Dunaju in v Beogradu. Kot specialist sodne medicine in patologije je bil več let predstojnik Inštituta za patologijo Medicinske fakultete (1976–1987) v Ljubljani, vršilec dolžnosti predstojnika (1984–1986) in kasneje predstojnik Inštituta za sodno medicino (1986–1998). Bil je 35. predsednik Slovenskega zdravniškega društva v letih od 1967 do 1976 in ponovno v letih od 1992 do 1996 kot 40. predsednik. Predvsem v prvem mandatu mu je uspelo Slovensko zdravniško društvo potegniti iz anonimnosti in k uveljavljanju njegove aktivne vloge v zdravstveni politiki. Uvedel je društveno Gerbčevo nagrado kot tudi Oražnovo nagrado za najboljše študente.

Pri predsedovanju Slovenskemu zdravniškemu društvu je bilo vodilo njegovega dela *Aegroti salus suprema lex* (bolnikovo zdravje je najvišji zakon). Društvo naj bi postalo pomemben odločujoči in tehtni sogovornik pri oblikovanju zdravstvene politike. Z ustanovitvijo Sekcije stažistov je postal pobudnik ureditve položaja stažistov, poudarjal je večjo vlogo in pomen dela splošnih zdravnikov. Ponovno je uvedel zdravniške kongrese in redne občne zборе, ki so obravnavali pereče zdravstvene probleme: med drugim nujno potrebo po zgraditvi Medicinske fakultete v Ljubljani, kar se je leta 1974 pričelo uresničevati. Dosežen je bil tudi eden od ciljev, sprejem Slovenskega zdravniškega društva v Svetovno zdravniško združenje.

V skladu z mednarodnimi konvencijami je s sodelavci usklajeval in dopolnjeval pereča deontološka in etična vprašanja. Kot uveljavljeni sodni izvedenec je skrbel za razumljivo in kleno slovensko medicinsko besedo,

čemur je posvetil tudi enega od Plečnikovih memorialnih sestankov.

Kot predsednik študijske komisije Medicinske fakultete je dosegel ponovno uvedbo šestletnega študija medicine, bil je pobudnik strokovnih memorialnih sestankov akademika prof. dr. Janeza Milčinskega.

Poznan je bil kot ognjevit mož, ki se je za nekatere včasih že kar drzno, hitro, a vseeno premišljeno in učinkovito odločal. Bil je dovzeten in nezamerljiv za utemeljene kritične pripombe, ki jih je znal upoštevati. Pa vendar je ostalo v njegovih strokovnih hotenjih še marsikaj nedorečenega, neizvršenega zaradi nerazumevanja nekaterih odločujočih, ki so mu morda zavidali in se bali njegove učinkovite prodornosti. Vendar ga nerazumevanje ni odvrnilo od vztrajanja pri načrtovanih smernicah in zastavljenih ciljih.



Vedno je bil kritičen do razmer v zdravstvu, med drugim je nasprotoval privatizaciji bolnišnic, nepotrebni privatizaciji, kjer je zdravje postalo plen privatnih angažmajev, opozarjal je na neustrezno strokovno in ekonomsko podkovanost na vseh ravneh zdravstva, tja do ministrstva, na nekonsistentno aktivistično in zgolj kratkoročno splošno zdravstveno in tudi kadrovske politiko, siromašenje specialističnih delovnih mest, neustrezen odnos do splošnega zdravstva. Izpostavljal je tudi probleme v zvezi s fakultetnim izobraževanjem bodočih zdravnikov. Zdravstveni problemi zaradi svoje kompleksnosti ne bi smeli biti tarča rumenega tiska s skrajnim zlorabljanjem čustev prizadetih svojcev in žal tudi neustreznim odzivom zdravniške zbornice. Prevetriti bi bilo potrebno naloge in opravila, za katera so pooblaščenici zdravniška zbornica, zdravniško društvo in ministrstvo za zdravstvo.

Kot večina pravih intelektualcev je imel ob strokovnem delu, ki ga je tekoče reševal, vodil in usmerjal v prid stroki, v pomoč sodelavcem in korist celotni družbi, tudi svoj deloma prikriti notranji svet. Tega so mu pomagali sooblikovati vrstniki v Marijanišču v Ljubljani (Domu Ivana Cankarja), kjer se je srečeval s Cirilom Zlobcem, Janezom Menartom, Lojzetom Kovačičem, kasneje pa predvsem tesna prijateljstva s priznanimi umetniki, kot so pesnik Dane Zajc, kipar Stane Jarm, slikar Leon Koporc in drugi.

Del občeloških in lastnih osebnih razpotij in stisk je v barvni paleti in svojstveni figuraliki prevedel na platna z večinoma razpoznavnimi motivi, ki jih je ustvarjal s spektri barv, ki so se menjavale glede na razpoloženje in življenjsko obdobje. Ljubi so mu bili primorski motivi, simpatične bodo ostale njegove vegaste in barvite obmorske hiške, ki so prešle več ustvarjalnih stopenj, skice in slike ljudi različnih poklicev in dejavnosti: ribičev, mater, zasvojenecv, klovnov, ki verjetno ponazarjajo, da je potrebna za doseg ciljev v življenju tudi prikrita igra, družinski prizori, osamljena, hrepeneča dekleta in ostarele žene. Pogosto se pojavljajo motivi žene z otroki, kar je verjetno preostanek in odsev svete družine iz podobarstva njegovega očeta. Svoja dela je predstavil na številnih samostojnih in deloma skupnih razstavah po Sloveniji in tudi v tujini.

Še bolj je svoj intimni svet razkril v poeziji, deloma izrazito osebni, lirični, deloma kontemplativni, globoko razmišljajoči, deloma socialni in družbeno angažirani. Kot je dejal, mu je delo v sodni medicini razkrivalo sleherni dan balade, kjer so odhajala življenja, on pa je svoja razmišljanja in bolečino prelil v besede, tožbe in obtožbe svojega časa. Njegova poezija pa ne odraža le zunanjega sveta, ampak tudi boje s samim seboj, ki so včasih celo težji in usodnejši. Ob mračnih podtonih

razočaranja in osebne prizadetosti pa v pesmih vendarle lahko najdeš tudi vedrino in optimizem. V globoko čuteči človeški duši je širok spekter občutij, kjer človek občuti in podoživlja bolečine, stiske, na drugi strani pa radost srečnih in nepozabno lepih trenutkov. Saj kjer so sence, mora biti tudi sonce. Izbor pesmi je izdal v zajetni knjigi poezije Harfa v molu, ki jo bogatijo lastne skice.

Ta dinamičnost duha ga je silila in peljala v nenehno dejavnost tako v rednem strokovnem delu, v družinskih dejavnostih in ne nazadnje v umetniškem izpovedovanju. In slednje mu je uspevalo dobesedno skorajda do zadnjega diha, saj je kljub oteženemu gibanju neumorno vihtel čopiče in držal paleta, kot da bi slutil, da se bliža koncu svoje ustvarjalnosti.

Njegova vsestranska dejavnost in hotenja so bila med drugim nagrajena z državnim priznanjem, redom dela z zlatim vencem (2007), z nagrado mesta Ljubljane (1991), s častnim članstvom Slovenskega zdravniškega društva (1980), podelitvijo priznanja dr. Marka Gerbca (1996), častnega članstva v Kulturnem društvu dr. Lojza Kraighera. Dolenc je tudi nosilec srebrnega znaka sindikatov ter dobitnik številnih drugih diplom in priznanj.

Ves življenjski cikel je lahko dan za dnevno spoznaval v svojem specifičnem sodnomedicinskem delu. Tragiko življenja je skušal analizirati v svoji ožji specialnosti o pojavnosti samomora na Slovenskem. Zato je razumel in skušal tudi sprejeti neizbežno smrt, kot jo izpoje v zadnji kitici ene od svojih pesmi:

»Naravno je, se poroditi,
v naravi je, da boš odšel.
Če tak je zakon tvoje biti
čemu vse solze, ves pekeli.«

Tomaž Rott



Gregor Jenuš: Ko je Maribor postal slovenski. Iz zgodovine nemško-slovenskih odnosov v Mariboru od konca 19. stoletja in v prevratni dobi

Znanstvenoraziskovalni inštitut dr. Franca Kovačiča v Mariboru. Maribor, 2011, 249 str.

[...] Študije, [...] so bile pisane v nemškem jeziku in so bile izdelane z namenom dokazovanja pra-nemškega značaja Spodnje Štajerske ter so poskušale dokazovati, da Slovenci stopnje civilizacijskega razvoja, na kateri so se nahajali, brez Nemcev nikoli ne bi dosegli. »Kjerkoli so že Slovani v zgodovini in kulturi, v literaturi in umetnosti sploh kaj omembe vrednega dosegli in ustvarili, se je to zmeraj zgodilo pod nemškim oziroma germanskim vodstvom, usmerjanjem in vplivom.« (str. 16).

Poglavja: Uvodne misli; 1. 'Zgodovinski narod' ali 'narod brez zgodovine'; 2. Nemški odzivi na združevanje Slovencev, Hrvatov in Srbov ter razpad avstro-ogrske monarhije; 3. Kdo je kdo? Slovenci in Nemci v avstrijskih in jugoslovanskih popisih prebivalstva; 4. Deavstrizacija mariborske uprave in prevratni boji v Mariboru; 5. Nemci postanejo narodna manjšina v Mariboru; 6. Slovenizacija nemškega šolstva na Spodnjem Štajerskem in vzpostavitev slovenske šolske zakonodaje; 7. Štajersko vprašanje na mirovni konferenci v Saint-Germain-en-Laye ter določila mirovne pogodbe med Republiko nemško Avstrijo in Kraljevino SHS; 8. Sinteza

O generalu Maistru sem že precej slišal, a malo bral. Najbolj zanimivo je zame dejstvo, da ga Slovenci skoraj po božje častijo, da ga pa »po bolj južnih nemških govornih območjih« skoraj po hudičevsko sovražijo. Tako sem prav na nemškem govornem območju nekoč slišal, da je dal general Maister leta 1919 povelje streljati na »nemške« demonstrante in da je nato nekaj mariborskih Nemcev celo zaprl kot talce. Začel sem se spraševati ne le, ali je zgodba o streljanju in talcih izmišljija ali resničnost, temveč tudi, ali je slovensko česčenje in nemško sovraštvo generala Maistra ne le pravilno, temveč tudi pravično – pač kakor za koga ... Če bi veroval, da Bog – ki vse vidi in vse ve – obstoji, bi se vprašal, ali je Bog generala Maistra vzel k sebi v nebesa, ali ga je poslal od sebe proč v pekel ali pa ga je za vekomaj obsodil na vice ...

Tako sem knjigo začel brati šele potem, ko sem se prepričal, da se avtor tej zadevi ni izognil. Še več: posvečeno ji je eno celo poglavje, 5.1 *Boj Nemcev za Maribor in krvavi ponedeljek, 27. januar 1919* (5 ustreljenih, 2 umrla v bolnišnici, več kot

30 ranjenih; str. 120–140). V bistvu se zgodba nadaljuje še v naslednjih poglavjih, še najbolj v 5.2 »*Proč z nemškimi napisi!*«.

Knjiga je izvrstno branje. Tako lahko popravim svoje (tudi sicer zelo pomanjkljivo) znanje zgodovine. Da je na Štajerskem res bila komaj 1/3 Slovencev (kot sem napačno vedel doslej), vendar je to veljalo za vso deželo. Za Spodnjo (»slovensko«) Štajersko pa je številka precej večja, kar 84 odstotkov Slovencev (str. 81). Res je tudi, da je bil Maribor leta 1910 nemški jezikovni otok; skoraj 81 odstotkov njegovih prebivalcev se je štelo za Nemce (str. 85; tako kot na Ptuj, v Celju in še marsikje; str. 77). In neznansko zanimivo je Jenuševo razmišljanje o pojmu *občevalni jezik* – za razliko od pojma *materni jezik*. Razumljivo je, da je bila nemščina za mnoge Slovence s slovenščino kot maternim jezikom občevalni jezik. In če k temu prištejemo možnosti manipulacije s strani popisovalcev in statistike, je jasno, da je bil za Slovence rezultat vedno bolj neugoden.

Posebnost Jenuševe knjige so opombe v drobnem tisku na vsaki strani. Tako sem lahko videl, da je bilo o t. i. *krvavem ponedeljku* v slovenskem zgodovinopisju objavljenega že mnogo; kar sramoval sem se svojega neznanja.

Tragikomično zveni opis dogodka z brzojavko, ki naj bi bila na ta dan poslana iz Maribora v Gradec, in sicer z naslednjim besedilom v nemščini: »Maribor zopet zavzet, pošljite zastave!« (str. 136). A brzojavka ni bila odposlana; pošiljatelj namreč ni imel denarja in je odšel ponj. In ker pošiljatelja in denarja ni bilo, poštna uradnica brzojavke ni poslala in je ta končno pristala v slovenskih rokah ...

Še bolj tragikomično se bere opis, kako so v Mariboru nemške napise nadomeščali s slovenskimi. Na voljo sta bila le dva izdelovalca napisov, ki so bili zaradi njunega slabega znanja slovenščine spakedrani ali nesmiselni zaradi slabega prevoda, npr. »*Restavracija konjskega mesa*« ali »*Nakupovalnica sukjak obleke iz ovčje volne*« (str. 143). In kljub slovenskim napisom so lastniki vztrajali pri svojih nemško zapisanih priimkih, npr. priimka *Počivansček* oz. *Jutersnik* naj bi bila zapisana nemško, *Poschivanschegg* oz. *Juterschnigg* (str. 144).

Za razumevanje mehanizma nemške oz. germanske nadutosti tistega časa je za slovenskega bralca koristno, da prebrano

knjigo prelista še enkrat in prebere opombe, npr. o nemških društvih *Südmark* ter *Schulverein*. Ena najbolj povednih opomb v tem smislu je na str. 59, nanaša pa se na odlomek iz knjige *Das deutsche Leid* (Nemška bol), ki jo je napisal avstrijski pisatelj Hans Rudolf Bartsch. Opisuje junaškega Nemca, ki je s pesmijo o Nibelungih kot nadangel Mihael prinesel kulturo v slovenske kraje, a nehvaležno (slovensko) ljudstvo mu je kot vračilo v drobovje zarilo nož ...

Avtor Gregor Jenuš se očitno zelo trudi biti pravičen opazovalec in pripovedovalec tako do Slovencev kot do Nemcev. Tako se vidi mehanizem, ki ga danes imenujemo *eskalacija*: V dneh po *krvavem ponedeljku* je slovenski vladni komisar dr. Vilko Pfeifer odpustil 16 javnih uslužbencev (Nemcev), ker so se udeležili *puča na napačni strani*' (str. 137). In nemška oblast onstran demarkacijske črte je takoj odgovorila z odpuščanjem slovenskih uradnikov. Ni kaj: milo za drago. In kot so Nemci skovali izraz *vindišarji* oz. *die Windischen*, so Slovenci skovali izraz *nemčurji* ...

Ko je Maribor postal slovenski je dokaz, da pod soncem ni nič novega. Po eni strani je *krvavi ponedeljek* leta 1919 v Mariboru nastal po enakem mehanizmu kot Miloševićevi mitingi ter *jogurtna revolucija* v Srbiji v letih 1988–89. In tako dalje in tako naprej: Po prvratu v Mariboru je slovenska oblast proti Nemcem uporabljala natanko enake (iste?) metode, kot jih je poprej nemška oblast uporabljala proti Slovincem. Ali z drugo besedo: načelo »Moj interes je moja pravica« (str. 74, 207) je samoumevno uporabljala tako nemška kot slovenska stran. O pojmu *pravičnost* ni razmišljal nihče, razen morda Bog, ki pa si je ob tem iz obupa prav gotovo ruval lase ...

Ko so nacisti leta 1941 zasedli Gorenjsko in del Koroške, so najprej vse slovenske napise nadomestili z nemškimi – kar sem kot otrok, a vendar že Slovenec, doživljal kot najhujšo krivico. A šele pred približno 20 leti mi je kot že docela odraslemu človeku uspelo vprašati se, kako se je mariborski Nемеc počutil leta 1919, ko je slovenska oblast nemške napise nadomestila s slovenskimi. In ko je moral v šolo s slovenskim učnim jezikom, tako da je bila nemščina praktično onemogočena ...

Ali z drugimi besedami: Slovenci smo morda res »narod brez zgodovine« (karkoli že zgodovina je ali ni), a narod (nacija?) smo postali izključno na temelju kulturnih dosežkov. Vendar: brž ko smo se dokopali do vsaj malenkostne politične moči, smo se hitro naučili nekulturno, barbarsko posnemati svoje – dobessedno – smrtne sovražnike. Jim začeli vračati milo za drago tako dosledno, da smo po koncu druge svetovne vojne svoje fašistične in nacistične učitelje morda že dosegli ali celo prekosili.

Po eni strani je razumljivo, da se Jenuš v svoji knjigi omejuje na zgodovino. Po drugi strani pa je škoda, da ne komentira nekaj *večnih* vprašanj, ki se vlečejo ne le skozi vse njegovo besedilo, temveč tudi skozi vso slovensko zgodovino:

- Zakaj (čemu), za božjo voljo, je bilo za Nemce tako življenjsko pomembno Slovence ponemčiti?

In nato vprašanje obrniti:

- Zakaj (čemu), za božjo voljo, je bilo za Slovence tako življenjsko pomembno Nemce posloveniti? In ker to ni uspelo, jih izgnati ali pobiti?
- Zakaj je (en) jezik tako pomembna in hkrati tako (do drugih jezikov) napadalna sestavina človekove identitete? Ali bi bilo enako (isto), če ne bi bil eden, temveč dva jezika sestavina človekove identitete?
- In končno, a ne nazadnje: Na Slovenskem je – predvsem v 18. in 19. stoletju – živela majhna množica izobraženih dvojezičnih (večinoma slovensko-nemško, npr. Prešeren) ljudi, ki so zmogli gledati in videti čez plot slovenske provincialne omejenosti. Ki pa so prav zato zmogli postaviti slovensko kulturo, znotraj katere je bila zaradi jezika najbolj pomembna literatura. Ki je v manj kot sto letih dosegla nepredstavljen razvoj. Zakaj (čemu) smo Slovenci to nekoč avtohtono dvojezičnost iztrebili? Zakaj se je ta avtohtona dvojezičnost ohranila le na avstrijskem Koroškem?

Marjan Kordas

E-naslov: marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Humorni prispevki za Sisi

Kot je že tradicija, je aprilška Izida obogatena z nekoliko obsežnejšo humorno rubriko Sisi. Čeprav se zdi pomlad in prvi april še zelo daleč, vas že zdaj vabimo, da nam v uredništvo pošiljate humorne prispevke (prozna besedila, pesmi, risbe ...). Gradivo bomo zbirali do 5. marca in upamo, da nam bo skupaj uspelo pripraviti res zabavno Sisi.

Vabljeni!

1.–2. ob 13.00 • VČERAJ, DANES, JUTRI V ZOBOZDRAVSTVENI ORDINACIJI

kraj: LAŠKO, Kongresni center Wellness park **št. udeležencev:** 350 **kotizacija:** 150 EUR + DDV **k. točke:** ***

vsebina: seminar je namenjen doktorjem dentalne medicine **organizator:** Stomatološka sekcija SZD, Gorazd Sajko, dr. dent. med. **prijave, informacije:** prijave: Stomatološka sekcija, Slovensko zdravniško društvo, Dunajska 162, 1000 Ljubljana, informacije: Stomatološka sekcija SZD, Katarina Jovanovič, T: 041 703 347, F: 01 434 25 84, E: stomatoloska-sekcija.szd@ordinacija.net

1.–3. ob 13.00 • TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

kraj: BLEJ, Hotel Jelovica **št. udeležencev:** 24 **kotizacija:** 490 EUR **k. točke:** ***

vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom **organizator:** Slovensko združenje za urgentno medicino, prim. mag. Dušan Vlahovič, dr. med. **prijave, informacije:** prijave: W: www.szum.si, E: info@szum.si, informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402

4.–7. ob 12.00 • 15. PODIPLOMSKI TEČAJ IZ HOSPITALNE DIABETOLOGIJE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, »stara travmatologija«, Zaloška 2 **št. udeležencev:** 25 **kotizacija:** kotizacije ni **k. točke:** v postopku

vsebina: podiplomski tečaj, izveden kot učne delavnice, je namenjen specializantom in specialistom interne medicine in drugih strok **organizator:** KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, UKC Ljubljana, dr. Jelka Zaletel, dr. med. **prijave, informacije:** prijave: od 1. 2. 2013 dalje do dopolnitve mest na E: jelka.zaletel@kclj.si, informacije: T: 01 522 39 90, E: jelka.zaletel@kclj.si

5. ob 19.00 • GASTRO JOURNAL CLUB: KAKO OBRAVNAVAMO BOLNIKE S KRVAVITVIJO IZ PREBAVIL – ALI LAHKO KAJ NAREDIMO DRUGAČE?

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica **št. udeležencev:** 50 **kotizacija:** kotizacije ni **k. točke:** ***

vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom **organizator:** Društvo mladih gastroenterologov Slovenije v sodelovanju s KO za gastroenterologijo, UKC Ljubljana, Živa Mrevlje, Samo Plut **prijave, informacije:** E: gastrojournalclub@gmail.com

5. ob 9.00 • UČNA DELAVNICA ZA PRIJAVLJANJE RAKAVIH BOLEZNI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, stavba C, predavalnica **št. udeležencev:** 50 **kotizacija:** kotizacije ni **k. točke:** 4

vsebina: učna delavnica je namenjena zdravstvenemu osebju (zdravniki, sestre), ki izpolnjuje prijavnice rakavih bolezni **organizator:** Register raka RS, Onkološki inštitut Ljubljana in Zveza slovenskih društev za boj proti raku, prof. dr. Maja Primic Žakelj **prijave, informacije:** prijave: Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, informacije: doc. dr. Vesna Zadnik, T: 01 587 93 81, F: 01 587 94 00, E: register@onko-i.si

6. ob 10.00 • MODUL IZ PSIHIOPATOLOGIJE (modul poteka od 6. 3. do 16. 10. 2013)

kraj: LJUBLJANA, Psihiatrična klinika Ljubljana **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** 936,00 EUR **k. točke:** v postopku

vsebina: modul je namenjen specializantom psihiatrije, specializantom psihologije, zdravnikom **organizator:** Psihiatrična klinika Ljubljana, prof. dr. Blanka Kores Plesničar, dr. med., svet. **prijave, informacije:** Psihiatrična klinika Ljubljana, Sektor za izobraževanje, Silva Potrato, T: 01 587 24 11, E: silva.potrato@psih-klinika.si

7. ob 19.00 • INTERNA JOURNAL CLUB: DESET NAJPOMEMBNEJŠIH STVARI, ZA KATERE SI ENDOKRINOLOG ŽELI, DA BI JIH VEDELI TUDI DRUGI INTERNISTI

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica **št. udeležencev:** 50 **kotizacija:** kotizacije ni **k. točke:** ***

vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom **organizator:** Društvo mladih internistov Slovenije v sodelovanju z Interno kliniko, UKC Ljubljana, Andrej Škoberne, Blaž Mrevlje **prijave, informacije:** E: internajournalclub@gmail.com

7. ob 15.00 • SESTANEK ALERGOLOŠKO-IMUNOLOŠKE SEKCIJE SZD IN SLOVENSKEGA ZDRUŽENJA ZA ANESTEZIOLOGIJO IN INTENZIVNO MEDICINO: PERIOPERATIVNA ANAFILAKSIJA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, Korytkova 2	št. udeležencev: 200	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen alergologom, anesteziologom, pediatrom, zdravnikom splošne/družinske in urgentne medicine, specializantom interne medicine	organizator: Alergološko-immunološka sekcija SZD, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik in UKC Ljubljana, Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno med., Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, asist. mag. Mihaela Zidarn, dr. med., asist. mag. Jasmina Markovič Božič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: spletna prijavnica: www.klinika-golnik.si , informacije: T: 04 256 94 93, E: Irena.dolhar@klinika-golnik.si	

7.–8. • ULTRAZVOK V REPRODUKTIVNI MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk, Pohorska ulica 59	št. udeležencev: 200	kotizacija: še ni podatka	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica ESHRE je namenjena vsem zdravnikom, ginekologom, specializantom, embriologom in ostalemu osebju, ki se ukvarja z reproduktivno medicino (predavanja bodo potekala v angleškem jeziku)	organizator: ESHRE (European Society for Human Reproduction and Embryology) in Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo, prof. dr. Veljko Vlaisavljevič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: ESHRE Central Office, Meerstraat 60, B-1852 Grimbergen (Beigem), Belgium, T: +32 (0)2 269 09 69, F: +32 (0)2 269 56 00, E: info@eshre.eu , W: www.eshre.eu , informacije: Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo, Pisarna OBMP, Suzana Knuplež, T: 02 321 24 60, F: 02 331 23 93, E: suzana.knuplez@ukc-mb.si	

9. ob 8.00 • OTORINOLARINGOLOŠKI DAN 2013 podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, Korytkova ulica 2, velika predavalnica	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 50 EUR + 20 % DDV. Kotizacija vključuje zbornik predavanj in potrdilo o udeležbi. Poravnali jo boste na podlagi prejetega računa, ki go boste po seminarju prejeli po pošti s strani Slovenskega zdravniškega društva. Kotizacije ni za upokojene zdravnike in študente	k. točke: 6
vsebina: podiplomski seminar je namenjen otorinolaringologom, družinskim zdravnikom, pediatrom, šolskim zdravnikom	organizator: Katedra za otorinolaringologijo Medicinske fakultete UL, Klinika za ORL in CFK UKC LJ, Združenje otorinolaringologov Slovenije SZD, izr. prof. dr. Irena Hočevar Boltežar	prijave, informacije: prijave: Klinika za ORL in CFK, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, Tatjana Železnik, dipl. ekon., E: tatjana.zeleznik@kclj.si (Prijava je obvezna, v njej pa navedite ime udeleženca, ime in naslov ter davčno številko plačnika kotizacije. Vsako prijavo bomo potrdili.), informacije: Tatjana Železnik, dipl. ekon., E: tatjana.zeleznik@kclj.si	

9. ob 15.30 • TEČAJ IZBRANIH POGLAVIJ IZ NUJNE MEDICINSKE POMOČI ZA EKIPJE V ZOBOZDRAVSTVU

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: 147 EUR	k. točke: 8
vsebina: Tečaj je namenjen ekipam v zobozdravstvu. Namen tečaja je, da osveži in obogati znanje in veščine s področja temeljnih postopkov oživljanja in defibrilacije ter prepoznavanja in pravičnega ukrepanja ob nekaterih nujnih stanjih (tujki v zgornjih dihalih, akutni koronarni sindrom, akutna možganska kap, motnje zavesti, anafilaktična reakcija).	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, mag. Mitja Mohor, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mic@zss-mcs.si	

12. ob 19.00 • MEDICAL STUDENT JOURNAL CLUB: BETIČASTI PRSTI. PROBLEM BASED LEARNING MODUL

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, srednja predavalnica	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: debatni klub za zdravnike, medicinske sestre, študente	organizator: študenti MF Univerze v Ljubljani v sodelovanju z JC-skupino, Aleksandar Gavrić	prijave, informacije: E: medicalstudentjournalclub@gmail.com	

12. ob 13.00 • DELAVNICA SAMOREFLEKSIJE/PROFESIONALIZMA/PREVZEMANJA SAMOODGOVORNOSTI PRI UČENJU/RAZMIŠLJANJA ZA UČITELJE TUTORJE

kraj: LJUBLJANA, Porodnišnica Ljubljana, Šlajmerjeva ulica 4, Avdio kabinet, 5. nadstropje

št. udeležencev: do 8

kotizacija: kotizacije ni

k. točke: ***

vsebina: delavnica (teme: Kako učeči prevzame odgovornost, Osnove profesionalizma, Razvijanje samorefleksivnosti v procesu učenja, Osnovna informacija o metodah razmišljanja po Edwardu de Bonu) je namenjena zdravnikom učiteljem, tutorjem ali mentorjem

organizator: Center za razvoj poučevanja, ULMF, prof. Živa Novak, prof. Samo Ribarič

prijave, informacije: prijave: E: ziva.novak@guest.arnes.si, E: samo.ribaric@mf.uni-lj.si, informacije: W: <http://www.mf.uni-lj.si/crp/aktivnosti->, prof. Živa Novak, prof. Samo Ribarič, E: ziva.novak@guest.arnes.si, E: samo.ribaric@mf.uni-lj.si

14. ob 9.00 • UČINKOVITO REŠEVANJE KONFLIKTOV S PACIENTI (seminar), podroben program na spletni strani zbornice: W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162

št. udeležencev: omejeno

kotizacija: predavanje: 120 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike je 25 % popust. Kotizacijo nakazati na TRR pri Unicredit banki Slovenije, d. d., št.: SI56 2900 0005 0400 669, sklic: 104000

k. točke: 5,5

vsebina: Seminar je namenjen vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci seminarja se bodo naučili, kako uspešno razreševati konfliktna situacije.

organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Metka Komar

prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si, informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si, T: 01 30 72 191

14. ob 19.00 • CARDIO JOURNAL CLUB: NOVOSTI PRI OBRAVNAVI BOLNIKOV Z AKUTNO/KRONIČNO ODPOVEDJO DESNEGA PREKATA

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica

št. udeležencev: 50

kotizacija: kotizacije ni

k. točke: ***

vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom

organizator: Društvo mladih kardiologov Slovenije v sodelovanju s KO za kardiologijo, UKC Ljubljana, Blaž Mrevlje, Gregor Poglajen, David Žižek

prijave, informacije: E: cardiojournalclub@gmail.com

14.–16. ob 9.00 • NEFROLOGIJA 2013 podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, UKC, predavalnica 1

št. udeležencev: ni omejeno

kotizacija: 200 EUR, kotizacije ni za upokojene zdravnike in študente

k. točke: v postopku

vsebina: podiplomska šola je namenjena zdravnikom v osnovnem zdravstvu, specializantom interne medicine, nefrologije in drugih internističnih strok

organizator: Slovensko zdravniško društvo, Slovensko nefrološko društvo, prof. dr. Damjan Kovač, dr. med.

prijave, informacije: informacije: doc. dr. Jernej Pajek, dr. med., T: 051 388 352, E: nefroloska.sola@szd.si

14., 15. in 19. ob 16.00 • OBLIKOVANJE HIPNOTIČNIH SUGESTIJ IN KREPITEV EGA (1. nadaljevalni tečaj)

kraj: KRANJ, Ljudska univerza Kranj, Cesta Staneta Žagarja 1

št. udeležencev: 20–25

kotizacija: 300 EUR

k. točke: 15

vsebina: tečaj je namenjen zdravnikom in psihologom

organizator: Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije (DMHS), prof. dr. Marjan Pajntar

prijave, informacije: prijave: E: društvo.medicinska.hipnoza@gmail.com, informacije: Boni Plut, univ. dipl. psih., T: 031 322 207, Alenka Novšak, dr. med., T: 031 389 111

15. ob 9.00 • KONFRONTACIJA V ODNOSU S PACIENTI – DOSEGANJE SOGLASJA (delavnica), podroben program na spletni strani zbornice: W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162

št. udeležencev: omejeno

kotizacija: delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike je 25 % popust. Kotizacijo nakazati na TRR pri Unicredit banki Slovenije, d. d., št.: SI56 2900 0005 0400 669, sklic: 104000

k. točke: 6

vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice bodo vadili, kako se soočiti z ljudmi, ki želijo imeti vedno prav in nas s tem prisilijo, da se postavimo v podrejen položaj.

organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Metka Komar

prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si, informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si, T: 01 30 72 191

15.–16. ob 8.30 • OKUŽBE IN IMUNSKI ODZIV PRI NOVOROJENČKIH

kraj: LJUBLJANA, Pediatrična klinika, UKC, Bohoričeva 20, velika predavalnica**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 130 EUR, kotizacije ni za upokojene zdravnike in študente**k. točke:** *****vsebina:** mednarodno strokovno srečanje je namenjeno neonatologom, pediatrom, družinskim zdravnikom, ginekologom, medicinskim sestram, medicinskim babicam**organizator:** Klinični oddelek za neonatologijo, Pediatrična klinika, UKC Ljubljana, prof. dr. Darja Paro Panjan, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: E: mojca.knavs@kclj.si, informacije: KO za neonatologijo, Pediatrična klinika, Bohoričeva 20, Ljubljana, prof. dr. Darja Paro Panjan, dr. med., asist. dr. Borut Bratanič, dr. med., T: 01 522 92 74, 01 522 86 51, F: 01 522 40 35, E: borut.bratanic@mf.uni-lj.si

15.–16. ob 10.00 • NEONATALNE OKUŽBE IN IMUNSKI ODZIV PRI NOVOROJENČKIH

kraj: LJUBLJANA, Hotel Plaza, Kongresni center, Bratislavska 8**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 180 EUR**k. točke:** *****vsebina:** mednarodni simpozij je namenjen vsem zdravnikom**organizator:** Klinični oddelek za neonatologijo, Pediatrična klinika, UKC Ljubljana, izr. prof. dr. Darja Paro Panjan, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: Klinični oddelek za neonatologijo, Pediatrična klinika, Bohoričeva 20, 1000 Ljubljana, informacije: asist. dr. Borut Bratanič, dr. med., E: borut.bratanic@mf.uni-lj.si, izr. prof. dr. Darja Paro Panjan, dr. med., T: 01 522 92 74, 01 522 86 51, 01 522 92 78, F: 01 522 40 35, E: mojca.knavs@kclj.si15.–16. ob 9.00 • 16. SCHROTTTOVI DNEVI *podroben program na spletni strani zbornice***kraj:** LJUBLJANA, Cankarjev dom, Linhartova dvorana**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 200 EUR**k. točke:** v postopku**vsebina:** kongres je namenjen vsem zdravnikom**organizator:** Združenje zdravnikov družinske medicine, Zavod za razvoj družinske medicine, prof. dr. Igor Švab, doc. dr. Tonka Poplas Sušič**prijave, informacije:** prijave: W: www.e-medicina.si/schrottovi-dnevi, informacije: Nina Štojs, T: 01 438 69 14, F: 01 438 69 10, E: nina.stojs@gmail.com

16. ob 8.30 • UPORABA UDARNIH VALOV V TERAPIJI MIŠIČNO-SKELETNE BOLEČINE

kraj: LJUBLJANA, URI Soča, dvorana, 4. nadstropje Vrtnice**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 60 EUR**k. točke:** *****vsebina:** učna delavnica je namenjena vsem, ki želijo izpopolniti in nadgraditi znanje o izvajanju in učinkih terapije s statičnim ultrazvokom, ter tistim, ki se želijo seznaniti z uporabo vedno bolj uveljavljene terapije z udarnimi valovi – Shock wave**organizator:** Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, asist. Helena Jamnik, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: URI Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, informacije: Vesna Grabljevec, T: 01 475 82 43, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si

19. ob 19.00 • PEDIATRIC JOURNAL CLUB: PREPOZNAVA IN ZDRAVLJENJE MOTENJ DELOVANJA ŠČITNICE

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica**št. udeležencev:** 50**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom**organizator:** Društvo mladih pediatrov Slovenije v sodelovanju s Pediatrično kliniko, UKC Ljubljana, Damjan Osredkar, Anja Radšel**prijave, informacije:** E: peditricjournalclub@gmail.com

19. ob 9.00 • TTT2 – TRENIRANJE TRENERJEV – UČENJE UČITELJEV (nadaljevanje)

kraj: LJUBLJANA (lokacija bo sporočena vsem, ki se bodo prijavi na tečaj)**št. udeležencev:** 8–12**kotizacija:** 200 EUR, za zaposlene UKC Lj. kotizacije ni**k. točke:** 7**vsebina:** delavnica je namenjena vsem zdravnikom in bodočim zdravnikom, farmacevtom, biologom, ki učijo v zdravstvenih ustanovah, ki so že opravili osnovno TTT**organizator:** UKC Lj., Svet za izobraževanje, prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: E: ziva.novak@guest.arnes.si, informacije: Živa Novak Antolič, T: 01 522 62 55, Meta Kovačič, T: 01 522 60 73

21. ob 11.00 • NOVA SPOZNAVANJA PRI RAZISKAVAH SARKOIDOZE, DRUGO SREČANJE

kraj: LJUBLJANA, UKC, Zaloška 7, predavalnica I**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** strokovno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom**organizator:** Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergije, UKC LJ, dr. Marjeta Terčelj**prijave, informacije:** Bernarda Bregar, T: 01 522 28 26, F: 01 522 23 47, E: bernarda.bregar@kclj.si

21. ob 19.00 • INTERNA JOURNAL CLUB: DESET NAJPOMEMBNEJŠIH STVARI, ZA KATERE SI ALERGOLOG ŽELI, DA BI JIH VEDELI TUDI DRUGI INTERNISTI

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom	organizator: Društvo mladih internistov Slovenije v sodelovanju z Univerzitetno kliniko, UKC Ljubljana, Andrej Škoberne, Blaž Mrevlje	prijave, informacije: E: internajournalclub@gmail.com	

21. ob 9.00 • ODNOS S PACIENTI – KAKO REČEM »NE« BREZ OBČUTKA KRIVDE (seminar), podroben program na spletni strani zbornice: W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: predavanje: 120 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike je 25 % popust. Kotizacijo nakazati na TRR pri Unicredit banki Slovenije, d.d., št.: SI56 2900 0005 0400 669, sklic: 104000	k. točke: 5,5
vsebina: Seminar je namenjen vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci seminarja se bodo naučili, kako se postaviti zase in ohraniti dostojanstvo sogovornika.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Metka Komar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191	

21. ob 13.00 • 18. REDNI POSVET O OBRAVNAVI IN SPREMLJANJU BOLNIKOV S TUBERKULOZO (TB) V SLOVENIJI

kraj: GOLNIK, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	št. udeležencev: 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: simpozij je namenjen pulmologom, pediatrom, medicinskim sestram	organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, prof. Mitja Košnik, dr. med., Petra Svetina, dr. med.	prijave, informacije: prijave: spletna prijavnica: www.klinika-golnik.si , informacije: E: Irena.dolhar@klinika-golnik.si , T: 04 256 94 93	

21. ob 10.00 • SARKOIDOZA IN PLESNI – NOVA SPOZNANJA PRI RAZISKAVAH, 2. simpozij

kraj: LJUBLJANA, UKC, predavalnica I, Zaloška 7	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: simpozij je namenjen zdravnikom s kliničnimi in raziskovalnimi interesi, študentom in drugim zainteresiranim osebam na zdravstvenem področju	organizator: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergije UKCL in Inštitut za klinično mikrobiologijo in imunologijo MF Ljubljana, doc. dr. Marjeta Terčelj	prijave, informacije: prijave: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergije UKCL, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, informacije: Bernarda Bregar, Zaloška 7, UKCL, KOPBA, T: 01 522 28 26, F: 01 522 23 47, E: bernarda.bregar@kclj.si	

21.–23. ob 12.00 • AKUTNA STANJA 5: ZNAMENJA, SIMPTOMI, SINDROMI, DIFERENCIALNA DIAGNOZA IN UKREPANJE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, Kongresni center Habakuk	št. udeležencev: ni omejeno, število udeležencev na vajah »major« omejeno	kotizacija: zdravniki 280 EUR (z vajami »major« 350 EUR), zdravniki pripravniki, medicinske sestre/zdravstveni tehniki 200 EUR (z vajami »major« 260 EUR), samo vaje »major« 90 EUR (vključeno kosilo)	k. točke: v postopku
vsebina: podiplomski seminar z učnimi delavnicami je namenjen vsem zdravnikom in medicinskim sestram	organizator: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, asist. Štefan Mally, dr. med., spec., predstojnik OE NMP	prijave, informacije: prijave: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, OE NMP, Cesta proletarskih brigad 21, 2000 Maribor, informacije: tajništvo OE NMP, ga. Petra Herzmansky, T: 02 333 18 05, F: 02 333 18 01, E: tajnistvo.nmp@zd-mb.si	

22. ob 8.00 • KRONIČNA VNETNA ČREVESNA BOLEZEN PRI OTROCIH, MLADOSTNIKI IN MLADIH ODRASLIH podroben program na spletni strani zbornice

kraj: Hotel Mons, Pot za Brdom 4, dvorana Vurnik	št. udeležencev: 200	kotizacija: 50 EUR	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen zdravnikom pediatrom, zdravnikom šolske medicine, zdravnikom družinske medicine, internistom, gastroenterologom, specialistom pediatrije, interne medicine in družinske medicine, kliničnim dietetikom	organizator: Združenje za pediatrijo, Klinični oddelek za gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko Pediatrične klinike Ljubljana, Društvo Asklepj, prof. dr. Rok Orel, asist. mag. Darja Urlep	prijave, informacije: prijave: E: darja.urlep@kclj.si , informacije: Klinični oddelek za gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko, Pediatrična klinika Ljubljana, Bohoričeva 20, Ljubljana, Darja Urlep, T: 031 646 347, 01 522 92 40, F: 522 96 20, E: darja.urlep@kclj.si	

22.–23. ob 8.00 • 24. DNEVI REHABILITACIJSKE MEDICINE: NOVEJŠE DIAGNOSTIČNE IN TERAPEVTSKE METODE V CELOSTNI REHABILITACIJI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, URI – Soča, predavalnica v 4. nadstropju	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200 EUR za oba dneva, za specializante 100 EUR, za en dan 100 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: seminar je namenjen zdravnikom specialistom in specializantom družinske medicine, fizikalne in rehabilitacijske medicine, ortopedije, travmatologije, nevrologije, nevrokirurgije in drugim zdravstvenim delavcem ter ostalim strokovnjakom, ki delajo v rehabilitaciji	organizator: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča (URI – Soča), prof. dr. Helena Burger, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Ela Loparič, URI – Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, E: ela.loparic@ir-rs.si , informacije: prof. dr. Helena Burger, dr. med., Ela Loparič, T: 01 475 84 41, F: 01 437 65 89, E: ela.loparic@ir-rs.si	

22.–23. ob 8.00 • MEDICINA IN PRAVO: ETIČNI, MEDICINSKI IN PRAVNI POGLED NA EVTANAZIJO IN POMOČ PRI UMIRANJU V EVROPSKEM PROSTORU TER ETIKA V MEDICINSKI ZNANOSTI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, Univerza Maribor, Avla Magna, Slomškov trg 17	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: bo objavljena s programom, kotizacije ni za študente medicine in prava (dodiplomske)	k. točke: v postopku
vsebina: posvet je namenjen zdravnikom, pravnikom, sociologom, filozofom, teologom in drugim, ki jih to področje zanima	organizator: Zdravniško in Pravniško društvo Maribor v sodelovanju z Medicinsko in Pravno fakulteto Univerze v Mariboru, prim. Jelka Reberšek Gorišek, dr. med., in prof. dr. Vojko Flis, dr. med.	prijave, informacije: Majda Petek, T: 02 321 26 57, F: 02 331 23 93, E: majda.petek@ukc-mb.si , informacije: E: jelkarebersekgorisek@gmail.com , Majda Petek, T: 02 321 26 57, F: 02 331 23 93, E: majda.petek@ukc-mb.si	

22.–23. ob 9.00 • INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2013: NOVOSTI V INFEKTOLOGIJI – NEŽELENI UČINKI PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center Ljubljana, predavalnica I	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 130 EUR (DDV ni vključen v ceno)	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Sekcija za protimikrobno zdravljenje SZD, Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, prof. dr. Bojana Beović, dr. med., višja svetnica	prijave, informacije: prijave: Tajništvo Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva ulica 2, 1525 Ljubljana, informacije: T: 01 522 42 20, 01 522 21 10, F: 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si	

22.–23. • AKUTNI KORONARNI SINDROM V SLOVENIJI

kraj: BLEED, Hotel Golf	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom	organizator: Slovensko medicinsko društvo, Peter Radšel, Marko Noč	prijave, informacije: prijave: E: pradsel@gmail.com , informacije: Peter Radšel, T: 040 433 599, F: 01 522 22 96	

23. ob 9.00 • ORALNO ZDRAVJE ZA ZDRAVO ŽIVLJENJE – OB SVETOVNEM DNEVU ORALNEGA ZDRAVJA, podroben program na spletni strani <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 260	kotizacija: 120 EUR (z DDV), za člane ZZS in druge zobozdravstvene delavce 84 EUR (z DDV), vključuje tudi kosilo in parkiranje. Kotizacijo nakazati na TRR pri Unicredit banki Slovenije, d.d., št.: SI56 2900 0005 0400 669, sklic: 104000.	k. točke: 5
vsebina: Odbor za zobozdravstvo ZZS organizira strokovno srečanje ob svetovnem dnevu oralnega zdravja, na katerem bodo predstavljene aktualne strokovne teme s področja oralnega zdravja. Strokovno srečanje je namenjeno vsem zobozdravnikom, šolskim zdravnikom, pediatrom, splošnim zdravnikom	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Diana Dabič Terlevič, dr. dent. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191	

28. ob 19.00 • CARDIO JOURNAL CLUB: NOVOSTI PRI DIAGNOSTIKI IN ZDRAVLJENJU MIOKARDITISOV

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom	organizator: Društvo mladih kardiologov Slovenije v sodelovanju s KO za kardiologijo, UKC Ljubljana, Blaž Mrevlje, Gregor Poglajen, David Žižek	prijave, informacije: E: cardiojournalclub@gmail.com	

MAREC 2013

28.–30. ob 9.00 • ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT (ATLS) PROVIDER COURSE

kraj: SEŽANA, ICZR, Bazoviška cesta 13 (nekdanja vojašnica Sežana)	št. udeležencev: 16	kotizacija: 600 EUR + 20 % DDV	k. točke: 20
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom, ki zdravijo poškodovance	organizator: Zdravniško društvo ATLS Slovenija in Društvo travmatologov Slovenije, asist. Roman Košir, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://atls.si/ , E: prijave@atls.si , informacije: asist. Roman Košir, dr. med., T: 031 541 202	

29.–30. ob 8.30 • OBNOVITVENI KOLPOSKOPSKI TEČAJ podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, UKC, Ginekološka klinika	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200 EUR specialisti, 150 EUR specializanti (DDV vključen v ceno), na TRR Zdrženja za za ginekološko onkologijo, kolposkopijo in cervikalno patologijo Slovenskega zdravniškega društva SI 056 2222-0019518588: Sklic 20127 (kolposkopski tečaj)	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje	organizator: Združenje za ginekološko onkologijo, kolposkopijo in cervikalno patologijo – Slovenskega zdravniškega društva, Klinični oddelek za ginekologijo, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, UKC Maribor, Onkološki inštitut Ljubljana – DP Zora	prijave, informacije: prijave: E: martina.peclin@mf.uni-lj.si , T:/F: 01 439 75 90	

APRIL 2013

3. ob 14.00 • JEŠETOV DAN: URGENTNA STANJA IN OKO, SLADKORNA BOLEZEN IN OKO podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center Ljubljana, predavalnica 1	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 70 EUR	k. točke: ***
vsebina: podiplomsko izobraževanje je namenjeno zdravnikom splošne medicine	organizator: Očesna Klinika, UKC Ljubljana	prijave, informacije: informacije: E: mirjam.mavec@kclj.si , T: 01 522 19 00	

4. ob 19.00 • INTERNA JOURNAL CLUB: DESET NAJPOMEMBNEJŠIH STVARI, ZA KATERE SI REVMATOLOG ŽELI, DA BI JIH VEDELI TUDI DRUGI INTERNISTI

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom	organizator: Društvo mladih internistov Slovenije v sodelovanju z Interno kliniko, UKC Ljubljana, Andrej Škoberne, Blaž Mrevlje	prijave, informacije: E: internajournalclub@gmail.com	

4. ob 8.00 • DiaMind (Diabetes & Mind)

kraj: LJUBLJANA, Mestni muzej, Gosposka 15	št. udeležencev: 100	kotizacija: 39 EUR	k. točke: ***
vsebina: Opolnomočenje človeka s sladkorno boleznijo (Empowerment) in drugi psihološki vidiki sladkorne bolezni, opolnomočenje zdravstvenih delavcev za delo v tem procesu (kognitivno-vedenjska terapija, čuječnost/mindfulness itd.). Oblika: delavnice in predavanja so namenjeni zdravnikom, edukatorjem, medicinskim sestram, psihologom, psihoterapevtom, dietetikom, farmacevtom	organizator: Društvo za znanost in izobraževanje DRZNI v sodelovanju z Jazindiabetes, specialistična zdravstvena dejavnost, dr. Miha Kos, dr. Karin Kanc	prijave, informacije: prijave: preko prijave na spletnem naslovu www.drzni.si , informacije: dr. Karin Kanc, E: info@drzni.si , F: 01 300 68 80	

4.–7. ob 9.00 • MEHANIČNA DIAGNOZA IN TERAPIJA®: LEDVENA HRBTENICA (Enurna predstavitev izobraževanja bo 4. 3. 2013 ob 11.00 in ob 15.00 v prostorih Inštituta McKenzie.)

kraj: DOMŽALE, Ljubljanska 106 a, Inštitut McKenzie	št. udeležencev: do 30	kotizacija: 400 EUR, za predstavitev 4. marca 2013 kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Tečaj je namenjen zdravnikom in fizioterapevtom. Štiridnevni tečaj predstavi teoretične osnove za Mehanično diagnozo in terapijo in jih aplicira na probleme v ledveni hrbtenici in preneseni bolečini. Prek predavanj in demonstracij na bolnikih so predstavljeni klasifikacija bolnikov v posturalni sindrom, sindrom disfunkcije in derangement sindrom, terapevtski postopki za vsak sindrom, učenje in vodenje pacienta skozi terapijo ter klinična učinkovitost in meje tega koncepta na področju ledvene hrbtenice.	organizator: Inštitut McKenzie, Barbka Zrnec, v. ft., dip. MDT, mednarodni inštruktor za MDT	prijave, informacije: prijave: E: bzrnec@gmail.com , informacije: Barbka Zrnec, T: 040 955 678, E: bzrnec@gmail.com , W: www.institutmckenzie.si	

5. ob 7.00 • DEVETA ŠOLA O MELANOMU

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, predavalnica, stavba C, Zaloška cesta 2	št. udeležencev: 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: podiplomsko izobraževanje je namenjeno vsem, ki jih to področje zanima	organizator: Sekcija internistične onkologije pri SZD, Onkološki inštitut Ljubljana in Katedra za onkologijo, doc. dr. Janja Ocvirk, dr. med.	prijave, informacije: prijave: izključno na E: Ikristan@onko-i.si , informacije: tajništvo Sektorja internistične onkologije, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, Lidija Kristan, T: 01 587 92 82, F: 01 587 93 05, E: Ikristan@onko-i.si	

5. ob 8.00 • MALA ŠOLA NEUROLOGIJE: DEMENCE

kraj: LJUBLJANA, Nevrološka klinika, Klinični oddelek za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2	št. udeležencev: 25	kotizacija: 150 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovno izobraževanje o demenci za boljše prepoznavanje, zdravljenje in vodenje bolnikov z demenco je namenjeno zdravnikom, ki delajo v domovih za ostarele	organizator: Klinični oddelek za bolezni živčevja UKC Ljubljana in Katedra za družinsko medicino MF v Ljubljani, asist. dr. Milica Gregorič Kramberger, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Anka Žekš, KO za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, E: anka.zeks@kclj.si , informacije: W: www.kobz.si , Anka Žekš, T: 01 522 23 11, F: 01 522 30 37	

5. ob 9.00 • DELAVNICA O ALERGIJSKIH KOŽNIH BOLEZNIH podroben program na spletni strani zbornice

kraj: ZGORNJI BRNIK, Kongresni center, Dvor Jezeršek	št. udeležencev: 40–50	kotizacija: 150 EUR brez DDV, za specializante polovična cena (v kotizaciji so zajete tudi delavnice)	k. točke: ***
vsebina: predavanja in delavnice za dermatovenerologe, splošne zdravnike, specializante	organizator: ZSD, Dermatovenerološka klinika, Katedra za dermatovenerologijo, prof. dr. Tomaž Lunder, dr. med., doc. dr. Nada Kecejl Leskovec, dr. med., Helena Rupnik, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Dermatovenerološka klinika, Zaloška c. 2, 1000 Ljubljana, informacije: Verica Petrovič, tajništvo DK, E: verica.petrovic@kclj.si , T: 01 522 42 80, F: 01 522 43 33	

5.–6. ob 8.00 • AKUTNA MOŽGANSKA KAP VIII podroben program na spletni strani W: www.mozganska-kap.info.

kraj: LJUBLJANA, Gospodarsko razstavišče, Dunajska cesta 18	št. udeležencev: do 400 in po predhodni prijavi	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: tradicionalno strokovno srečanje z mednarodno udeležbo je namenjeno slovenskim zdravnikom družinske medicine in zdravnikom družinske medicine iz tujine, nevrologom, internistom, kardiologom, radiologom, fiziatrom, intenzivistom, farmacevtom in vsem, ki želijo izpopolniti svoje znanje s področja obravnave bolnikov z akutno možgansko kapjo	organizator: Sekcija za možganskožilne bolezni pri Slovenskem zdravniškem društvu in Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni ob strokovnem sodelovanju zdravnikov UKC Ljubljana, UKC Maribor in drugih slovenskih in tujih strokovnjakov s področja možganskožilnih bolezni, prof. dr. Bojana Žvan, dr. med., prim., višja svetnica	prijave, informacije: prijave: W: www.mozganska-kap.info , Društvo MŽB, Mala ulica 8, 1000 Ljubljana, informacije: Andreja Merčun, E: mzb@mozganska-kap.info , T: 0590 11234, F: 01 430 23 14t	

5.–6. ob 8.00 • KOGNITIVNO-VEDENJSKA TERAPIJA ZA KRONIČNO BOLEČINO: PRAKTIČNI PRISTOP ZA IZVAJANJE Z DOKAZI PODPRTIH INTERVENCIJ PRI OBVLADOVANJU BOLEČINE (izvajalka: Helen Macdonald, Velika Britanija), podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 190 EUR	k. točke: ***
vsebina: dvodnevna delavnica je namenjena psihologom, zdravnikom, fizioterapevtom, drugim zainteresiranim strokovnjakom	organizator: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije, dr. Barbara Starovasnik Žagavec	prijave, informacije: prijave: DVKT Slovenije, Gotska ulica 18, 1000 Ljubljana, informacije: DVKT Slovenije, Gotska ulica 18, 1000 Ljubljana, Peter Janjušević, Barbara Zemljak, T: 01 583 75 00, E: info@drustvo-vkt.org	

5.–6. ob 8.00 • XXIII. SREČANJE PEDIATROV IN X. SREČANJE MEDICINSKIH SESTER V PEDIATRIJI

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: 500	kotizacija: zgodnja kotizacija, plačilo do 10. 3. 2013: za oba dneva: 230 EUR, za prvi dan 180 EUR, za drugi dan 140 EUR, pozna kotizacija, plačilo od 11. 3. do 3. 4. 2013: za oba dneva 250 EUR, za prvi dan 200 EUR, za drugi dan 150 EUR, kotizacija na srečanju: za oba dneva 290 EUR, za prvi dan 230 EUR, za drugi dan 170 EUR. Sekundarji in specializanti imajo 50 % popust na polno kotizacijo. Študentje in upokojenci brezplačno. Praktična delavnica Ultrazvočni pregled: 100 EUR.	k. točke: ***
vsebina: kongres je namenjen vsem zdravnikom specialistom pediatrije in šolske medicine, zdravnikom družinske medicine, specialistom, študentom medicine, medicinskim sestram, študentom zdravstvenih šol, zdravnikom urgentne medicine	organizator: UKC Maribor, Klinika za pediatrijo, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Zdravniško društvo Maribor, Katedra za pediatrijo MF UM, asist. dr. Jernej Dolinšek, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si , informacije: Center za odnose z javnostmi, marketing in informatiko, UKC Maribor, Slavica Keršič, posl. sek., Tina Muzlovič, univ. dipl. zgod., T: 02 321 29 40, F: 02 321 28 26, Klinika za pediatrijo, Karmen Obrul, posl. sek., T: 02 321 24 65	

5.–6. ob 15.00 • OBRAVNAVA BOLNIKA S KRONIČNO BOLEZNIJO: SODELOVANJE ZDRAVNIKA SPECIALISTA IN ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: PORTOROŽ, Hotel Metropol	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 8
vsebina: učna delavnica za zdravnike družinske medicine in specializante družinske medicine	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med.	prijave, informacije: Nina Štojs, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: nina.stojs@gmail.com , T: 01 438 69 14, F: 01 438 69 10	

6. ob 9.00 • TEČAJ TEŽKE INTUBACIJE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Medicinski simulacijski center, 1. klet UKCL in predavalnica št. III v pritličju UKCL	št. udeležencev: 30	kotizacija: 200 EUR z vključenim DDV (kotizacija vključuje: učno gradivo, potrdilo o udeležbi, kavo in kosilo)	k. točke: ***
vsebina: tečaj s predavanji in praktičnim delom je namenjen anesteziologom, intenzivistom, zdravnikom urgentne medicine...	organizator: UKC Ljubljana, Medicinski simulacijski center, prof. Vesna Paver Eržen	prijave, informacije: prijave: E: msc@kclj.si , informacije: Bojana Čosić, Andrej Brlan, T: 01 522 88 10 in 01 522 72 48	

6. ob 15.30 • TEČAJ IZBRANIH POGlavIJ IZ NUJNE MEDICINSKE POMOČI ZA EKIPe V ZOBOZDRAVSTVU

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: 147 EUR	k. točke: 8
vsebina: Tečaj je namenjen ekipam v zobozdravstvu. Namen tečaja je, da osveži in obogati znanje in veščine s področja temeljnih postopkov oživljanja in defibrilacije ter prepoznavanja in pravičnega ukrepanja ob nekaterih nujnih stanjih (tujki v zgornjih dihalih, akutni koronarni sindrom, akutna možganska kap, motnje zavesti, anafilaktična reakcija).	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, mag. Mitja Mohor, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mic@zss-mcs.si	

9. ob 19.00 • GASTRO JOURNAL CLUB: ZDRAVLJENJE OKUŽBE S HELICOBACTER PYLORI – KAKO IN PRI KOM?

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom	organizator: Društvo mladih gastroenterologov Slovenije v sodelovanju s KO za gastroenterologijo, UKC Ljubljana, Živa Mrevlje, Samo Plut	prijave, informacije: E: gastrojournalclub@gmail.com	

11. ob 19.00 • CARDIO JOURNAL CLUB: RENALNA DENERVACIJA PRI BOLNIKIh Z REZISTENTNO ARTERIJSKO HIPERTENZIJO

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom	organizator: Društvo mladih kardiologov Slovenije v sodelovanju s KO za kardiologijo, UKC Ljubljana, Blaž Mrevlje, Gregor Poglajen, David Žižek	prijave, informacije: E: cardiojournalclub@gmail.com	

11. ob 8.00 • OBVLADOVANJE NEVROGENEGA MEHURJA PRI OSEBAH Z OKVARO HRBTENJAČE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, URI Soča, dvorana, 4. nadstropje	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 50 EUR z DDV, 30 EUR z DDV za specializante in sekundarje	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno zdravnikom specialistom in specializantom družinske medicine, fizikalne in rehabilitacijske medicine, ortopedije, travmatologije, nevrologije, imenovanim zdravnikom ZZZS, medicinskim in sodnim izvedencem in drugim zdravstvenim delavcem ter ostalim strokovnjakom s tega področja	organizator: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije, prim. mag. Rajmond Šavrin, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Vesna Grabljevec, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , informacije: Vesna Grabljevec, T: 01 475 82 43, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si	

11.–13. ob 13.00 • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Lek	št. udeležencev: 20	kotizacija: 250 EUR	k. točke: 20
vsebina: delavnica je namenjena zdravnikom splošne/družinske medicine, specializantom interne medicine	organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, prof. Mitja Košnik, dr. med., prof. dr. Stanislav Šuškič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: spletna prijavnica: www.klinika-golnik.si , informacije: E: Irena.dolhar@klinika-golnik.si ; T: 04 256 94 93	

12. ob 8.30 • ULTRAZVOČNO VODENO ENDOVENSKO LASERSKO/RF ZDRAVLJENJE KRČNIH ŽIL

kraj: OTOČEC, Vila Otočec in Avelana, d.o.o.	št. udeležencev: 8	kotizacija: 1.500,00 EUR	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena flebologom, kirurgom, varikologom, radiologom	organizator: prim. mag. Andrej Šikovec, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Avelana, d.o.o., Dobrava 72, 8222 Otočec, informacije: Damjana Bradač Zupančič, T: 07 307 51 07, F: 07 307 51 74, E: avelana.pisarna@gmail.com	

12. ob 8.00 • OD GENA DO NARATIVE (OSEBNE ZGODBE): PODROČJA DELA V PSIHIATRIJI ODVISNOSTI

kraj: LJUBLJANA, TV-soba, EZOA, Poljanski nasip 28	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: objavljena bo naknadno na spletni strani PK	k. točke: ***
vsebina: izobraževalni dogodek je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Psihiatrična klinika Ljubljana, Maja Rus Makovec	prijave, informacije: prijave: E: silva.potrato@psih-klinika.si , informacije: Silva Potrato, Irena Juričan, Silva Potrato, Irena Juričan, T: 01 587 21 00, E: silva.potrato@psih-klinika.si	

12.–13. ob 9.00 • 15. SIMPOZIJ O ZOBNIH BOLEZNIH IN ENDODONTIJI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BLEED, Festivalna dvorana	št. udeležencev: do 500	kotizacija: 310 EUR (vključen DDV)	k. točke: ***
vsebina: podiplomski seminar je namenjen zobozdravnikom (in sestram)	organizator: Sekcija za zobne bolezni in endodontijo SZD, prof. dr. Janja Jan, dr. dent. med.	prijave, informacije: prijave: Albatros Bled, Ribenska cesta 2, SI-4260 Bled, informacije: Ksenija Blažič, Albatros, Kongresno-turistični servis, T: 04 578 03 58, F: 578 03 55, E: ksenija@albatros-bleed.com	

12.–13. ob 9.00 • REDNI STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA HEMATOLOGOV SLOVENIJE IN ZDRUŽENJA ZA TRANSFUZIJSKO MEDICINO SZD

kraj: PODČETRTEK, Terme Olimia, Hotel Sotelia	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: srečanje je namenjeno specialistom in specializantom hematologije, interne medicine, onkologije, pediatrije in transfuzijske medicine	organizator: Združenje hematologov Slovenije SZD in Združenje za transfuzijsko medicino Slovenije SZD, doc. dr. Uroš Mlakar, dr. med., Snežna Levičnik Stezinar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: ob registraciji, informacije: doc. dr. Uroš Mlakar, dr. med., T: 01 522 31 34, F: 01 522 27 22	

12.–13. ob 15.00 • POMLADANSKO SREČANJE ZDRUŽENJA ZA PATOLOGIJU IN SODNO MEDICINO podroben program na spletni strani zbornice

kraj: ROGAŠKA SLATINA, Hotel Sava	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 50 EUR + DDV	k. točke: ***
vsebina: podiplomsko srečanje je namenjeno specialistom in specializantom patologije	organizator: Združenje za patologijo in sodno medicino SZD, Izidor Kern	prijave, informacije: Jera Jeruc, Inštitut za patologijo, Korytkova 2, Ljubljana, E: jera.jeruc@mf.uni-lj.si , informacije: Izidor Kern, Klinika Golnik, Golnik, T: 04 256 94 15, F: 04 256 94 20, E: izidor.kern@klinika-golnik.si	

12.–14. ob 13.00 • TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

kraj: BOVEC, Penzion Boka	št. udeležencev: 24	kotizacija: 490 EUR	k. točke: ***
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino, prim. mag. Dušan Vlahović, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.szum.si , E: info@szum.si , informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402	

13. ob 15.30 • TEČAJ IZBRANIH POGLAVIJ IZ NUJNE MEDICINSKE POMOČI ZA EKIPE V ZOBOZDRAVSTVU

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: 147 EUR	k. točke: 8
vsebina: Tečaj je namenjen ekipam v zobozdravstvu. Namen tečaja je, da osveži in obogatiti znanje in veščine s področja temeljnih postopkov oživljanja in defibrilacije ter prepoznavanja in pravičnega ukrepanja ob nekaterih nujnih stanjih (tujki v zgornjih dihalih, akutni koronarni sindrom, akutna možganska kap, motnje zavesti, anafilaktična reakcija).	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, mag. Mitja Mohor, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mic@zss-mcs.si	

15.–19. ob 9.00 • 41. PODIPLOMSKI SEMINAR KLINIČNE TOKSIKOLOGIJE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, UKC, 1. predavalnica	št. udeležencev: 50	kotizacija: 300 EUR	k. točke: ***
vsebina: seminar je namenjen specializantom interne medicine, pediatrije, nevrologije, medicine dela, družinske medicine in sodne medicine	organizator: Center za zastrupitve, Interna klinika, UKC Ljubljana, doc. dr. Miran Brvar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Center za zastrupitve, Interna klinika, UKC Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, informacije: Andreja Lamovšek, T: 01 522 88 08, F: 01 434 76 46, E: andreja.lamovsek@kclj.si	

16. ob 19.00 • MEDICAL STUDENT JOURNAL CLUB: MOTNJE EREKCIJE. PROBLEM BASED LEARNING MODUL

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, srednja predavalnica	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: debatni klub za zdravnike, medicinske sestre, študente	organizator: študenti MF Univerze v Ljubljani v sodelovanju z JC-skupino, Aleksandar Gavrić	prijave, informacije: E: medicalstudentjournalclub@gmail.com	

17. ob 9.00 • TTT – TRENIRANJE TRENERJEV – UČENJE UČITELJEV

kraj: LJUBLJANA (lokacija bo sporočena vsem, ki se bodo prijavi na tečaj)	št. udeležencev: 8–12	kotizacija: 200 EUR, za zaposlene v UKC Lj. kotizacije ni	k. točke: 7
vsebina: delavnica je namenjena vsem zdravnikom in bodočim zdravnikom, farmaceutom, biologom, ki učijo v zdravstvenih ustanovah	organizator: UKC Lj., Svet za izobraževanje, prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: ziva.novak@guest.arnes.si , informacije: Živa Novak Antolič, T: 01 522 62 55, Meta Kovačič, T: 01 522 60 73	

18. ob 13.00 • POMEN, POGOSTNOST IN NADZOR OKUŽB Z BAKTERIJO CLOSTRIDIUM DIFFICILE

kraj: BRDO PRI KRANJU	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen vsem zdravnikom	organizator: ZZV Maribor, Medicinska fakulteta Maribor, prof. Maja Rupnik	prijave, informacije: prijave: Maja Rupnik, E: C.difficile@zzv-mb.si , informacije: Maja Rupnik, ZZV Maribor, in Božena Kotnik	

18. ob 19.00 • INTERNA JOURNAL CLUB: DESET NAJPOMEMBNEJŠIH STVARI, ZA KATERE SI HEMATOLOG ŽELI, DA BI JIH VEDELI TUDI DRUGI INTERNISTI

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom	organizator: Društvo mladih internistov Slovenije v sodelovanju z Interno kliniko, UKC Ljubljana, Andrej Škoberne, Blaž Mrevlje	prijave, informacije: E: internajournalclub@gmail.com	

18.–20. ob 10.00 • 3. MEDNARODNI KONGRES MEDICINSKIH IZVEDENCEV V REPUBLIKI SLOVENIJI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: 400	kotizacija: 375 EUR, za prijave do 30. 11. 2012 velja posebna znižana cena kotizacije. Preverite na spletni strani kongresa. Za upokojeince in študente velja posebna znižana kotizacija. Lahko pa dobijo tudi 90 % nižjo kotizacijo. Več na spletni strani www.kongres-izvedencev.si	k. točke: 15
vsebina: strokovni kongres je namenjen vsem zdravnikom	organizator: ZPIZ, Života Lovrenov, dr. med.	prijave, informacije: DOMUS, d.o.o., Dunajska 5, 1000 Ljubljana, Života Lovrenov, Marko Stijepič, T: 01 236 35 82, F: 01 520 50 82, E: info@kongres-izvedencev.si	

19. ob 9.00 • VLOGA DRUŽINSKEGA ZDRAVNIKA PRI VODENJU BOLNIKA Z MALIGNO BOLEZNIJO podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, predavalnica, stavba C, Zaloška cesta 2	št. udeležencev: 80	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: podiplomsko izobraževanje za družinske zdravnike, specializante in vse, ki jih to področje zanima	organizator: Onkološki inštitut Ljubljana, Katedra za okologijo, Sekcija internistične onkologije pri SZD, asist. mag. Erika Matos, dr. med.	prijave, informacije: prijave: izključno na E: Ikristan@onko-i.si , informacije: Tajništvo sektorja internistične onkologije, Lidija Kristan, T: 01 587 92 82, F: 01 587 93 05, E: Ikristan@onko-i.si	

19. ob 8.00 • MALA ŠOLA NEUROLOGIJE: PREHODNE NEUROLOŠKE MOTNJE

kraj: LJUBLJANA, Nevrološka klinika, Klinični oddelek za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2

št. udeležencev: 25

kotizacija: 150 EUR

k. točke: ***

vsebina: strokovno izobraževanje o prehodnih motnjah v nevrologiji za boljše prepoznavanje, zdravljenje in vodenje bolnikov v ambulanti družinskega zdravnika je namenjeno družinskim in vsem drugim zdravnikom, ki bi radi osvežili svoje znanje nevrologije

organizator: Klinični oddelek za bolezni živčevja UKC Ljubljana in Katedra za družinsko medicino MF v Ljubljani, dr. Gal Granda

prijave, informacije: prijave: Anka Žekš, KO za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, informacije: Anka Žekš, T: 01 522 23 11, F: 01 522 30 37

19.–20. ob 8.30 • UČNA DELAVNICA – OSKRBA DIHALNIH POTI

kraj: MARIBOR, UKC, Ljubljanska ulica 5, 16. nadstropje kirurške stolpnice – mala predavalnica, velika predavalnica prim. dr. Zmaga Slokana

št. udeležencev: 20

kotizacija: 240 EUR z vključenim DDV

k. točke: 16

vsebina: učna delavnica je namenjena specializantom anestezije, urgentne medicine, interne intenzivne medicine in ostalim

organizator: UKC Maribor, Oddelek za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečin, Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta v Mariboru, prim. Zoran Zabavnik, dr. med.

prijave, informacije: prijavnico iz revije Isis pošljite na E: slavica.kersic@ukc-mb.si ali UKC Maribor, Center za odnose z javnostmi in marketing, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, informacije: Slavica Keršič, posl. sek., T: 02 321 29 40, F: 02 321 28 26

19.–20. • 13. KOKALJEVI DNEVI

kraj: LAŠKO, Kongresni center Wellness Park

št. udeležencev: 170

kotizacija: 170 EUR (DDV ni vključen)

k. točke: ***

vsebina: Strokovno izobraževanje za zdravnike, medicinske sestre, zdravstvene tehnike, patronažne sestre, reševalce in farmacevte. Vsebina: hkratio zdravljenje erektilne disfunkcije in benigne hiperplazije prostate, depresija, sistemsko protivnetno zdravljenje s fitoterapijo, zdravljenje odvisnosti od alkohola, pnevmokokne okužbe pri odraslih, benigna hiperplazija prostate, sobotni sklop v sodelovanju z gorsko reševalno službo Slovenije, tradicionalne praktične vaje, sklop v sodelovanju z magistri farmacije

organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD

prijave, informacije: prijave: Nina Štojs, Zavod za razvoj družinske medicine, Poljanski nasip 58, Ljubljana, T: 01 438 69 14, E: nina.stojs@gmail.com

23. ob 19.00 • PEDIATRIC JOURNAL CLUB: NOVE SMERNICE ZDRAVLJENJA MOŽGANSKEGA EDEMA

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica

št. udeležencev: 50

kotizacija: kotizacije ni

k. točke: ***

vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom

organizator: Društvo mladih pediatrov Slovenije v sodelovanju s Pediatrično kliniko, UKC Ljubljana, Damjan Osredkar, Anja Radšcl

prijave, informacije: E: peditricjournalclub@gmail.com

25. ob 19.00 • CARDIO JOURNAL CLUB: PRIZADETOST SRCA PRI NEKARDIOLOŠKEM BOLNIKU – KAJ NAJPOGOSTEJE SPREGLEDAMO?

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica

št. udeležencev: 50

kotizacija: kotizacije ni

k. točke: ***

vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom

organizator: Društvo mladih kardiologov Slovenije v sodelovanju s KO za kardiologijo, UKC Ljubljana, Blaž Mrevlje, Gregor Poglajen, David Žižek

prijave, informacije: E: cardiojournalclub@gmail.com

25.–26. ob 9.00 • 8. SIMPOZIJ O RANAH Z MEDNARODNO UDELEŽBO IN UČNIMI DELAVNICAMI: KONZERVATIVNO IN KIRURŠKO ZDRAVLJENJE OKUŽENIH MEHKIH TKIV IN KOSTI

kraj: PORTOROŽ, Hotel Slovenija

št. udeležencev: 180

kotizacija: za zdravnike 350 EUR, za medicinske sestre 250 EUR

k. točke: ***

vsebina: simpozij je namenjen zdravnikom in medicinskim sestram

organizator: Klinični oddelek za kirurške okužbe, Kirurška klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, prof. dr. Dragica Maja Smrke, dr. med.

prijave, informacije: prijave: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Klinični oddelek za kirurške okužbe, Njegoševa 4, 1000 Ljubljana, E: janja.nikolic@kclj.si, informacije: Janja Nikolič in Nataša Klemenčič, T: 01 522 24 20 ali 01 522 23 19, F: 01 522 23 98

APRIL 2013

26. ob 8.00 • 4. IZOBRAŽEVALNI DAN DRŽAVNEGA PROGRAMA ZORA

kraj: BRDO PRI KRANJU, Kongresni center Brdo pri Kranju	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Izobraževalni dan je namenjen sodelavcem programa Zora (ginekologi in medicinske sestre, citopatologi in presejalci, histopatologi, mikrobiologi, epidemiologi...). Rdeča nit letošnjega izobraževanja je kakovost v presejanju za raka materničnega vratu. Pregledali bomo rezultate programa Zora v letu 2012 in predstavili načrte za 2013. Julietta Patnick, priznana predavateljica iz tujine in vodja presejalnih programov za raka v Veliki Britaniji, bo predstavila angleški presejalni program za rak materničnega vratu in uporabo triažnega testa HPV v angleškem državnem programu. Slovenski strokovnjaki bodo predstavili izzive v zagotavljanju in nadzoru kakovosti na področju kolposkopije in histopatologije materničnega vratu ter izzive v komunikaciji z udeleženkami programa. Kot vsako leto doslej, bodo sodelavci programa prikazali izbrane diagnostično zahtevne primere iz prakse.	organizator: Onkološki inštitut Ljubljana in Ministrstvo za zdravje RS, izr. prof. dr. Maja Primic Žakelj, dr. med.	prijave, informacije: Program in register Zora, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, Mojca Florjančič, T: 01 587 95 76, E: zora@onko-i.si	

MAJ 2013

7. ob 19.00 • GASTRO JOURNAL CLUB: NAKLJUČNE OKROGLE LEZIJE V JETRIH – DIAGNOSTIKA, KDAJ IN PRI KOM, KAKO?

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom	organizator: Društvo mladih gastroenterologov Slovenije v sodelovanju s KO za gastroenterologijo, UKC Ljubljana, Živa Mrevlje, Samo Plut	prijave, informacije: E: gastrojournalclub@gmail.com	

9. ob 19.00 • INTERNA JOURNAL CLUB: DESET NAJPOMEMBNEJŠIH STVARI, ZA KATERE SI TOKSIKOLOG ŽELI, DA BI JIH VEDELI TUDI DRUGI INTERNISTI

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom	organizator: Društvo mladih internistov Slovenije v sodelovanju z Interno kliniko, UKC Ljubljana, Andrej Škoberne, Blaž Mrevlje	prijave, informacije: E: internajournalclub@gmail.com	

10. ob 8.00 • TRANSVAGINALNA LAPAROSKOPIJA – UČNA DELAVNICA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, UKC, Ljubljanska ulica 5, dvorana prim. dr. Zmaga Slokana, 16. nadstropje kirurške stolpnice	št. udeležencev: 40 za teoretični del, 20 za praktični del	kotizacija: 150 EUR + DDV (teoretični in praktični del), 70 EUR + DDV (teoretični del)	k. točke: 10
vsebina: učna delavnica z mednarodno udeležbo je namenjena ginekologom – specialistom in specializantom	organizator: UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za reproduktivno medicino, prof. dr. Milan Reljič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: kongresi@ukc-mb.si , informacije: Slavica Keršič, posl. sek., Tina Muzlovič, univ. dipl. zgod., T: 02 321 29 40, F: 02 321 28 26	

10.–12. ob 13.00 • TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

kraj: MARIBOR, Hoče, poslovna hiša Strdin	št. udeležencev: 24	kotizacija: 490 EUR	k. točke: ***
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino, prim. mag. Dušan Vlahovič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.szum.si , E: info@szum.si , informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402	

10.–11. ob 16.00 • 24. SPOMLADANSKI ZBOR ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV SLOVENIJE

kraj: OTOČEC, Šport hotel, konferenčna dvorana OPTIMUS	št. udeležencev: do 220	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno zasebnim zdravnikom in zasebnim zobozdravnikom	organizator: Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije in Zdravniška zbornica Slovenije, predsednik Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije Primož Rus, dr. med.	prijave in informacije: prijavi ni potrebno pošiljati, rezervacijo za nočitev in/ali večerjo pošljite neposredno na kraj dogodka, informacije: pisarna Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana, T: 01 433 85 35, in Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana, T: 01 307 21 23	

10.–11. • ENDODONTIJA MLEČNIH IN MLADIH STALNIH ZOB podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: za udeležbo 10. in 11. maja 2013: 200 EUR, za udeležbo samo 11. maja 2013: 180 EUR, za študente kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: seminar in učna delavnica sta namenjena zobozdravnikom	organizator: Katedra za otroško in preventivno zobozdravstvo Medicinske fakultete, Univerze v Ljubljani, doc. dr. A. Pavlič	prijave, informacije: prijave: Katedra za otroško in preventivno zobozdravstvo, Medicinska fakulteta, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana, Sonja Leben, prijavnica na W: http://www.mf.uni-lj.si/kopz/strokovno-delo , za udeležbo na praktični delavnici v petek, 10. maja 2013, sprejemamo prijave do zapolnjenega števila 20 udeležencev, informacije: Sonja Leben, T: 01 522 43 71, E: sonja.leben@mf.uni-lj.si	

10.–11. ob 8.00 • 8. UČNA DELAVNICA CYRIAXOVE ORTOPEDSKE MEDICINE: INFILTRACIJSKE TEHNIKE - ZGORNJI UD podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, UKC Maribor, velika predavalnica (Telovadnica IFRM)	št. udeležencev: 25	kotizacija: 200 EUR (specialisti), 150 EUR (specializanti)	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena predvsem specialistom in specializantom fizikalne in rehabilitacijske medicine, ortopedije in družinske medicine ter drugim zdravnikom, ki zdravijo bolnike z boleznimi in poškodbami gibalnega sistema	organizator: Inštitut za fizikalno in rehabilitacijsko medicino Univerzitetnega kliničnega centra Maribor in Slovensko zdravniško društvo – Zdravniško združenje Maribor, doc. dr. Breda Jesenšek Papež, dr. med., spec. fizikalne in rehabilitacijske medicine	prijave, informacije: prijave: Dragan Lonžarič, Inštitut za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, UKC Maribor, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, informacije: Dragan Lonžarič, Breda Jesenšek Papež, T: 02 321 16 76 (15 53), E: draganlonzari@gmail.com	

10.–12. • 6. SLOVENSKI KONGRES ANESTEZIOLOGOV podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Hotel Plaza, Bratislavska 8	št. udeležencev: 200	kotizacija: 15. 2. 2013: 300 EUR specialisti, 150 EUR specializanti, 100 EUR dnevna, do 15. 4. 2013: 350 EUR specialisti, 200 EUR specializanti, 120 EUR dnevna, 10.–12. 5. 2013: 400 EUR specialisti, 250 EUR specializanti, 150 EUR dnevna, kotizacije ni za sekundarije, študente in upokojene zdravnike	k. točke: ***
vsebina: mednarodno strokovno srečanje je namenjeno anesteziologom, intenzivistom, ginekologom, kirurgom	organizator: SZD – Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino, prof. dr. Vesna Novak Jankovič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: prijavnica je na www.szaim.org , informacije: E: szaim@mf.uni-lj.si	

11. ob 9.00 • SLIKOVNA DIAGNOSTIKA PLJUČNIH BOLEZNI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno pulmologom, internistom, radiologom, družinskim zdravnikom	organizator: Združenje pnevmologov Slovenije, prim. Nadja Triller, dr. med.	prijave, informacije: prijave: spletna prijavnica: http://www.zps-slo.si/srecanja/slikovna-diagnostika-pljucnih-bolezni/prijava/ , informacije: E: irena.dolhar@klinika-golnik.si , T: 04 256 94 93	

11.–13. ob 13.00 • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Lek	št. udeležencev: 20	kotizacija: 250 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: delavnica je namenjena zdravnikom splošne/družinske medicine, specializantom interne medicine	organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, prof. Mitja Košnik, dr. med., prof. dr. Stanislav Šuško, dr. med.	prijave, informacije: prijave: spletna prijavnica www.klinika-golnik.si , informacije: E: irena.dolhar@klinika-golnik.si , T: 04 256 94 93	

15.–18. • 9. MEDNARODNI KONGRES CEREBRALNE PARALIZE

kraj: BLEJ, Festivalna dvorana	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: na spletni strani	k. točke: ***
vsebina: cerebralna paraliza	organizator: Akademija za razvojno medicino	prijave, informacije: Milivoj Veličkovič Perat, E: mvelic4@guest.arnes.si	

16. ob 12.00 • 60 LET ODDELKA ZA UROLOGIJO UKC MARIBOR: »OBRAVNAVA BOLNIKOV S SIMPTOMI SPODNJIH SEČIL«

kraj: MARIBOR, UKC, Ljubljanska ulica 5, 16. nadstropje kirurške stolpnice – predavalnica prim. dr. Zmaga Slokana	št. udeležencev: do 120	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: simpozij je namenjen zdravnikom družinske medicine, urologom in ostalim zdravnikom	organizator: UKC Maribor, Oddelek za urologijo, Društvo za bolezni sečil, mag. Dejan Bratuš, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: kongresi@ukc-mb.si , informacije: Slavica Keršič, posl. sek., Tina Muzlovič, univ. dipl. zgod., T: 02 321 29 40, F: 02 321 28 26	

16.–18. ob 9.00 • ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT (ATLS) PROVIDER COURSE

kraj: SEŽANA, ICZR, Bazoviška cesta 13 (nekdanja vojašnica Sežana)	št. udeležencev: 16	kotizacija: 600 EUR + 20 % DDV	k. točke: ***
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom, ki zdravijo poškodovance	organizator: Zdravniško društvo ATLS Slovenija in Društvo travmatologov Slovenije, asist. Roman Košir, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://atls.si/ , E: prijave@atls.si , informacije: asist. Roman Košir, dr. med., T: 031 541 202	

16.–18. ob 17.00 • 14. NOVAKOVI DNEVI: PREZGODNJI POROD IN SLOVENSKI PERINATALNI REZULTATI in XXI. REDNI LETNI SESTANEK ZPM podroben program na spletni strani zbornice

kraj: IZOLA, Srednja gostinska turistična šola, SGTŠ	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: (z vključenim DDV) 260 EUR za specialiste in 130 EUR za specializante in babice. Delavnica 50 EUR. Po končanem srečanju bo račun poslan po pošti.	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje in redni letni sestaneke ZPM	organizator: Združenje za perinatalno medicino Slovenije, SZD, Klinični oddelek za perinatologijo Ginekološke klinike v Ljubljani, UKC Ljubljana, Splošna bolnišnica Izola, Oddelek za ginekologijo in porodništvo	prijave, informacije: Martina Pečlin, Ginekološka klinika, Enota za raziskovanje, izobraževanje in informatiko s knjižnico, Šlajmerjeva 3, Ljubljana, F: 01 439 75 90 ali E: martina.peclin@mf.uni-lj.si . Predhodna prijava je obvezna.	

17. ob 8.30 • URINSKA INKONTINENCA

kraj: LJUBLJANA, lokacija še ni določena	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen ginekologom, zdravnikom družinske medicine	organizator: Združenje za ambulantno ginekologijo SZD, Lucija Vrabič Dežman, Marija Ilijaš Koželj	prijave, informacije: prijave: E: hodomed@gmail.com , informacije: ginekološka ambulanta Vrhnika, Marija Ilijaš Koželj, T: 01 750 45 39, E: hodomed@gmail.com	

24.–25. ob 8.00 • 9. BEDJANIČEV SIMPOZIJ: OBRAVNAVA BOLNIKA Z VROČINO

kraj: MARIBOR, Hotel Piramida	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 150 EUR + DDV, kotizacije ni za upokojene zdravnike, študente, sekundarije, specializante	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje z učnimi delavnicami je namenjeno infektologom in vsem ostalim zdravnikom	organizator: UKC Maribor, Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja v sodelovanju z Zdravniškim društvom Maribor, mag. Božena Kotnik Kevorkijan, dr. med.	prijave, informacije: prijave: UKC Maribor, Enota za organizacijo strokovnih srečanj, Slavica Keršič, posl. sekretarka, Ljubljanska ul. 5, 2000 Maribor, E: slavica.kersic@ukc-mb.si , informacije: UKC Maribor, Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja, Ljubljanska ul. 5, 2000 Maribor, mag. Božena Kotnik Kevorkijan, dr. med., Majda Petek, T: 02 321 26 71, 02 321 26 57, F: 02 331 23 92, E: majda.petek@ukc-mb.si	

24.–26. ob 9.00 • 3. SKUPNI KONGRES ZDRUŽENJA ZA RABO UZ V MEDICINI SZD IN HRVATSKEGA DRUŠTVA ZA UZ V MEDICINI HLZ

kraj: MARIBOR, UKC Maribor, Kongresni center Habakuk	št. udeležencev: 100–150	kotizacija: 200 EUR, člani ZRUM SZD 150 EUR, za vabljen predavatelj in študente MF UM kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Predavanja, delavnice, okrogla miza, predkongresni tečaj, tehnična razstava, razstava strokovnih posterjev, prireditve ob 45. obletnici rabe UZ v medicini v Sloveniji. Tečaj je namenjen zdravnikom različnih specialnosti, ki pri svojem delu uporabljajo UZ, študentom MF, ki so se že srečali z UZ, medicinskim sestram ter tehnikom iz enot urgentne in intenzivne medicine	organizator: ZRUM SZD, HDUMB HLZ, Radiološko društvo dr. Mile Kovač, Radiološki oddelek UKC Maribor, Winfocus Slovenia, MF UM, Saša Rainer, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.ultrazvocno-zdruzenje.si , informacije: Mateja Majhen, Petra Planinc, dr. med., T: 02 321 22 55	

31. • ŠOLA PREPOZNAVANJA MELANOMA IN DRUGIH KOŽNIH TUMORJEV podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Dermatovenerološka klinika, predavalnica	št. udeležencev: 35–40	kotizacija: 160 EUR (specialisti), 80 EUR (specializanti in študentje MF), številka ZSD SI 56020140089341717 – Šola o melanomu in kožnih tumorjih	k. točke: v postopku
vsebina: Šola je zasnovana kot interaktivna praktična delavnica s poudarkom na kliničnem prepoznavanju različnih kožnih tumorjev in diferencialni diagnostiki. Namenjena je družinskim zdravnikom, dermatologom, kirurgom plastikom, zdravnikom MDPŠ, specializantom.	organizator: Združenje slovenskih dermatovenerologov, Dermatovenerološka klinika UKCL	prijave, informacije: prijave: Verica Petrovič, Dermatovenerološka klinika, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, T: 01 522 42 80 E: verica.petrovic@kclj.si	

MAJ 2013

31. 5.–1. 6. ob 14.00 • 26. ONKOLOŠKI VIKEND: IZZIVI V MULTIDISCIPLINARNI OBRAVNAVI BOLNIKOV Z RAKOM SEČNEGA MEHURJA, PROSTATE, LEDVIC IN MOD podroben program na spletni strani zbornice

kraj: PORTOROŽ, Kongresni center Bernardin	št. udeležencev: 180	kotizacija: 150 EUR (z DDV), kotizacije ni za predstavnike nevladnih organizacij (največ 3 iz posameznega društva)	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravstvenim delavcem in sodelavcem s področja onkologije, družinskim zdravnikom	organizator: Kancerološko združenje SZD in Onkološki inštitut Ljubljana, prof. dr. Janez Žgajnar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, informacije: Amela Duratović, T: 041 876 868, F: 01 58 79 400, E: aduratovic@onko-i.si	

31. 5.–1. 6. 2013 ob 8.00 • 39. STROKOVNO SREČANJE TIMOV

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: za zdravnike 160 EUR, za medicinske sestre in zdravstvene tehnike 110 EUR. Pri zgodnji prijavi do 3. 5. 2013 za tim zdravnik in medicinska sestra 200 EUR, za tim referenčne ambulante (zdravnik, SMS, DMS) 280 EUR, DDV ni vključen, brezplačna kotizacija je na voljo za omejeno število mest za upokojece, študente in sekundarije	k. točke: ***
vsebina: kongres za člane tima v osnovnem zdravstvu – srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom in fizioterapevtom, ki sestavljajo strokovno skupino v osnovnem zdravstvu	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine, Sekcija med. sester in zdr. tehnikov v spl. medicini, Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Zavod za razvoj družinske medicine, asist. mag. Nena Kopčavar Guček, dr. med., prim. doc. dr. Davorina Petek, dr. med., Božena Istenič, dipl. m. s., asist. Aleksander Stepanovič, dr. med., asist. mag. Rajko Vajd, dr. med., Nada Prešeren, dr. med., asist. mag. Eva Cedilnik Gorup, dr. med.	prijave, informacije: prijave: preko spletne strani www.e-medicina.si , informacije: E: nina.stojs@gmail.com , T: 01 438 69 14, asist. mag. Nena Kopčavar Guček, dr. med., T: 01 200 45 00 in prim. doc. dr. Davorina Petek, dr. med., T: 01 436 82 17, F: 01 438 69 10	

JUNIJ 2013

3.–5. ob 8.00 • EVROPSKI TRAVMA TEČAJ – TIMSKI PRISTOP

kraj: Ig, IC	št. udeležencev: 24	kotizacija: 750 EUR	k. točke: ***
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino, prim. mag. Dušan Vlahovič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.szum.si , E: info@szum.si , informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402	

6.–8. ob 9.00 • 5. KONGRES GINEKOLOGOV IN PORODNIČARJEV SLOVENIJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO: NOVOSTI V GINEKOLOGIJI, PERINATOLOGIJI IN REPRODUKTIVNI MEDICINI

kraj: LJUBLJANA, Cankarjev dom	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: bo sporočena naknadno	k. točke: ***
vsebina: kongres je namenjen specialistom in specializantom ginekologije in porodništva	organizator: Strokovni svet za ginekologijo in porodništvo SZD, prof. dr. Helena Meden Vrtovec, dr. med., višja svetnica	prijave, informacije: prijave: Martina Pečlin, E: martina.peclin@mf.uni-lj.si , informacije: Martina Pečlin, E: martina.peclin@mf.uni-lj.si , F: 01 439 75 90, T: 01 522 60 20	

7. ob 8.00 • MALA ŠOLA NEVROLOGIJE: POČASEN IN TRESOČ BOLNIK PRI DRUŽINSKEM ZDRAVNIKU

kraj: LJUBLJANA, Nevrološka klinika, Klinični oddelek za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2	št. udeležencev: 25	kotizacija: 150 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovno izobraževanje za družinske in vse druge zdravnike, ki bi radi osvežili svoje znanje nevrologije, je namenjeno boljšemu prepoznavanju, zdravljenju in vodenju bolnikov v ambulanti družinskega zdravnika	organizator: Klinični oddelek za bolezni živčevja UKC Ljubljana in Katedra za družinsko medicino MF v Ljubljani, doc. dr. Maja Trošt, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Anka Žekš, KO za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, E: anka.zeks@kclj.si , informacije: Anka Žekš, T: 01 522 23 11, F: 01 522 30 37	

7.–8. ob 10.00 • 38. SREČANJE STOMATOLOGOV SLOVENIJE

kraj: PORTOROŽ, Avditorij**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 150 EUR + DDV**k. točke:** *****vsebina:** seminar je namenjen doktorjem dentalne medicine**organizator:** Stomatološka sekcija SZD, Gorazd Sajko, dr. dent. med.**prijave, informacije:** prijave: Stomatološka sekcija, Slovensko zdravniško društvo, Dunajska 162, 1000 Ljubljana, informacije: Stomatološka sekcija SZD, Katarina Jovanovič, T: 041 703 347, F: 01 434 25 84, E: stomatoloska-sekcija.szd@ordinacija.net

7.–8. • RAZDIRALNO VEDENJE OTROK IN MLADOSTNIKOV NA STIČIŠČU STROKOVNIH SLUŽB podroben program na spletni strani zbornice

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Lek**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 170 EUR (DDV je vključen) in zajema gradiva, potrdilo o udeležbi, prigrizke med odmori in družabno večerjo. Ob plačilu kotizacije štirim udeležencem seminarja iz iste ustanove je peta kotizacija brezplačna**k. točke:** *****vsebina:** seminar je namenjen najširšemu krogu strokovnjakov z različnih strokovnih področij, ki se srečujemo s populacijo otrok in mladostnikov z vedenjskimi težavami in motnjami (zdravstvo, šolstvo, vzgojni zavodi, sociala, pravosodje)**organizator:** Združenje za otroško in mladostniško psihiatrijo, Nataša Potočnik Dajčman**prijave, informacije:** prijave: Združenje za otroško in mladostniško psihiatrijo, Zaloška cesta 29, 1000 Ljubljana, Marija Anderluh, E: marija.anderluh@kclj.si, W: www.zomp.si, informacije: W: www.zomp.si, Marija Anderluh, E: marija.anderluh@kclj.si

13. ob 9.00 • TTT – TRENIRANJE TRENERJEV – UČENJE UČITELJEV

kraj: LJUBLJANA (lokacija bo sporočena vsem, ki se bodo prijavi na tečaj)**št. udeležencev:** 8–12**kotizacija:** 200 EUR, za zaposlene v UKC Lj. kotizacije ni**k. točke:** 7**vsebina:** delavnica je namenjena vsem zdravnikom in bodočim zdravnikom, farmaceutom, biologom, ki učijo v zdravstvenih ustanovah**organizator:** UKC Lj., Svet za izobraževanje, prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: E: ziva.novak@guest.arnes.si, informacije: Živa Novak Antolič, T: 01 522 62 55, Meta Kovarčič, T: 01 522 60 73

17.–21. • PRVI SVETOVNI GOLF TURNIR ZA ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE Z MEDNARODNIM MEDICINSKIM SIMPOZIJEM

kraj: BLEED, Hotel Golf, blejsko igrišče za golf**št. udeležencev:** 300 (mednarodnih)**kotizacija:** 980 EUR**k. točke:** *****vsebina:** Mednarodni medicinski simpozij z aktualnimi medicinskimi in zobozdravstvenimi temami ter svetovni golf turnir za zdravnike in zobozdravnike z mednarodno udeležbo. Spremljevalni program s celodnevnom dogajanjem na igrišču in večerni program z vključenimi večerjami. Golf turnir za spremljevalce.**organizator:** Za Zdravniško zbornico Slovenije in ŠD Medicus organizira podjetje Si Sport, d. o. o.**prijave, informacije:** prijave: preko spletne strani <http://registrations.iatrogolf2013.com/> ali E: registration@iatrogolf2013.com, informacije: W: www.iatrogolf2013.com, E: info@iatrogolf2013.com ali T: 04 279 19 00

6.–7. ob 9.00 • INOVACIJE IN NOVI NAČINI ZDRAVLJENJA SRČNEGA POPUŠČANJA

kraj: PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** mednarodni simpozij je namenjen vsem zdravnikom, študentom medicine, medicinskim sestram**organizator:** Program za napredovalo srčno popuščanje in transplantacije srca, KO za kardiologijo, UKC Ljubljana in Center for Advanced Heart Failure, Memorial Hermann Heart & Vascular Institute, Houston, prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med., in prof. Igor D. Gregorič, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: E: brms.slo@gmail.com, informacije: prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med., T: 01 522 28 44, F: 01 522 28 28

20. • OSNOVE DERMATOLOGIJE ZA PEDIATRE, ŠOLSKE IN OSEBNE ZDRAVNIKE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: CERKLJE NA GORENJSKEM, Kongresni center Dvor Jezeršek, Zgornji Brnik 63**št. udeležencev:** ni podatka**kotizacija:** 150 EUR, TRR: ZSD SI56 0201 4008 9341 717**k. točke:** *****vsebina:** strokovno srečanje je namenjeno pediatrom, šolskim in osebnim zdravnikom**organizator:** Združenje slovenskih dermatovenerologov, Dermatovenerološka klinika, UKC Ljubljana**prijave, informacije:** prijave: tajništvo Dermatovenerološke klinike, T: 01 522 42 80, E: verica.petrovic@kclj.si

26. • GOLNIŠKI SIMPOZIJ 2013: KLINIČNA FARMACIJA

kraj: GOLNIK, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Vurnikova predavalnica	št. udeležencev: 60, upošteva se vrstni red plačanih kotizacij	kotizacija: 50 EUR + DDV	k. točke: ***
vsebina: delavnica je namenjena farmacevtom, družinskim zdravnikom, zdravnikom pnevmologom, internistom, specializantom	organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Janez Toni, mag. farm.	prijave, informacije: prijave: spletna prijavnica: www.klinika-golnik.si , informacije: T: 04 256 94 93, E: Irena.dolhar@klinika-golnik.si	

29.–30. • GOLNIŠKI SIMPOZIJ 2013: MEDNARODNA ŠOLA BRONHOSKOPIJE

kraj: GOLNIK, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, velika posvetovalnica	št. udeležencev: 20, upošteva se vrstni red plačanih kotizacij	kotizacija: 250 EUR + DDV (vključuje udeležbo na kongresu Golniški simpozij 2013, 18. in 19. oktobra 2013)	k. točke: ***
vsebina: delavnica je namenjena zdravnikom pnevmologom, v pnevmologijo usmerjenim internistom, specializantom (jezik: angleški)	organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, prim. Nadja Triller, dr. med.	prijave, informacije: prijave: spletna prijavnica: www.klinika-golnik.si , informacije: T: 04 256 94 93, E: Irena.dolhar@klinika-golnik.si	

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

»Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je javni zavod, ki zagotavlja zavarovancem v državi uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Z usposobljenimi in motiviranimi zaposlenimi, s sodobno tehnologijo in organiziranostjo želimo zavarovancem, partnerjem in drugim strankam nuditi odlične storitve.«

K sodelovanju vabimo

komunikativne in dinamične sodelavce, ki želijo nadaljevati svojo poklicno kariero v Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije:

1. zdravnik/a/zdravnic/a na Direkciji in v senatu območne enote Maribor za:

- odločanje v pritožbenih postopkih za začasno nezmožnost za delo, zdraviliško zdravljenje in drugih pravicah,
- podajanje izvedenskih mnenj.

Poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

- doktor medicine, specialist medicine dela, prometa in športa ali druge specializacije,
- strokovni izpit iz splošnega upravnega postopka (kandidati, ki ob razpisu tega izpita ne bi imeli opravljenega, ga bodo dolžni opraviti najkasneje v roku šestih mesecev od dneva zaposlitve),
- poznavanje dela z osebnim računalnikom (urejanje besedil in preglednic) in e-pošte ter znanje svetovnega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

2. zdravnik/a/zdravnic/a na Direkciji za:

- delo v oddelku za nadzor, ki obsega področja:
 - ambulantnih in bolnišničnih storitev,
 - izvajanja finančno-medicinskih nadzorov,
 - predlaganja ukrepov v primeru odstopanj,
 - odgovorov na vprašanja izvajalcev in priprave navodil,
 - predlaganja sprememb.

Poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

- doktor medicine, specialist ali doktor medicine, magister znanosti,
- poznavanje dela z osebnim računalnikom (urejanje besedil in preglednic) in e-pošte ter znanje svetovnega jezika.

3. zdravnike/zdravnice v območnih enotah Koper, Ljubljana, Maribor, Novo mesto, Ravne na Koroškem za:

- odločanje v postopkih za začasno nezmožnost za delo, zdraviliško zdravljenje in drugih pravicah,
- izvajanje finančno-medicinskih nadzorov in predlaganje ukrepov v primeru odstopanj,
- podajanje izvedenskih mnenj.

Poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

- doktor medicine ali doktor medicine, specialist medicine dela, prometa in športa ali druge specializacije,
- strokovni izpit iz splošnega upravnega postopka (kandidati, ki ob razpisu tega izpita ne bi imeli opravljenega, ga bodo dolžni opraviti najkasneje v roku šestih mesecev od dneva zaposlitve),
- poznavanje dela z osebnim računalnikom (urejanje besedil in preglednic) in e-pošte ter znanje svetovnega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

4. zobozdravnike/zobozdravnice v območni enoti Ljubljana za:

- izvajanje medicinskega nadzora opravljanja zobotehničnih storitev in predlaganje ukrepov.

Poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

- doktor dentalne medicine,
- 36 mesecev delovnih izkušenj,
- strokovni izpit iz splošnega upravnega postopka (kandidati, ki ob razpisu tega izpita ne bi imeli opravljenega, ga bodo dolžni opraviti

najkasneje v roku šestih mesecev od dneva zaposlitve),

- poznavanje dela z osebnim računalnikom (urejanje besedil in preglednic ter e-pošte),
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim ali krajšim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom.

Za dodatne informacije se lahko obrnete na nas po T: 01 307 74 10.

Vaše pisne prijave, s predstavitvijo dosedanjega dela in navedbo enote, kamor se prijavljate, pošljite do 31. marca 2013 na naslov: ZZZS, Direkcija, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana oz. na E: zaposlitev@zzzs.si.

Od novih sodelavcev pričakujemo sposobnosti komuniciranja in reševanja problemov, sposobnosti organiziranja in analitičnega razmišljanja, sposobnost timskega dela, sposobnost hitre presoje in sodelovanja, predvsem pa profesionalnost in samoiniciativnost ter pripravljenost za pridobivanje specifičnih znanj s področja zdravstvenega zavarovanja.

Novim sodelavcem nudimo dinamično delo v urejenem okolju ter možnost strokovnega izpopolnjevanja in razvoja.

Kandidati bodo izbrani na podlagi izbirnega postopka, ki lahko vključuje tudi testiranje.

Kandidati bodo o izboru obveščeni v zakonsko določenem roku.

ODDAMO

Zobno ordinacijo v Ljubljani, popolnoma opremljeno, ugodno oddam.

T: 041 792 997 ali 041 653 602.

PRODAMO

Prodam komplet instrumentarij za zobno ambulanto. Možnost nakupa v celoti ali delno.

Pokličite na T: 041 382 790.

Kultura bo ohranila slovenski narod

Prešernova prireditev v ljubljanskem kliničnem centru

Ksenija Slavec

Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher (naprej KUD) je ob slovenskem kulturnem prazniku v razstavišču Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (naprej UKCL) priredilo tradicionalno prireditev v počastitev nacionalnega praznika. Svoje umetniško delo je ob tem predstavil akad. slikar Zmago Puhar, ki ga je glasbeno spremljal zdravniški sekstet *Inflamatio musicae*. Na isti prireditvi se je v Mali galeriji predstavila tudi Vesna Aljančič, ki z likovnimi deli premaguje kronično bolezen in vliva sebi in drugim odlično energijo za spodbudno sožitje z boleznijo. Kar simbolično sta se prav v tem času tudi poslovila KUD-ova člana, slikarja, patolog in forenzik prof. dr. Anton Dolenc ter pediatriinja prim. Zora Lampret Rijavec. Prvi je kot *spiritus agens* vpeljal v ljubljansko bolnišnico in na tamkajšnjo medicinsko fakulteto slikarsko umetnost ter kot član Društva likovnih umetnikov Slovenije uveljavil to dejavnost v obeh ustanovah ter jo institucionaliziral preko KUD-a. O obeh je uvodoma *in memoriam* spregovorila društvena predsednica prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, zbrani pa so se poklonili njenemu spominu z minuto molka. Zdravniški sekstet jima je v slovo zaigral balado Gregorja Strniše in Elze Budau Ptica brez kril.

Likovna govorica akademskega slikarja Zmaga Puharja

Osrednji del slovesnosti je bil namenjen izjemni razstavi akad. slikarja Zmaga Puharja, ki ga je zelo plastično in besedilno presežno predstavila sestra Petra Kejžar Puhar. Poudarila je njegovo vseživljenjsko povezanost s slikarstvom in predstavila njegov likovni razvoj. Četudi avtorja srečujemo v bolj realističnem izrazu, se je v tokratni razstavi predstavil predvsem z barvitimi abstraktnimi deli. Likovno recenzijo Puharjevega slikarstva je pripravil kustos Loškega muzeja Boštjan Soklič in zapisal: »Zmago Puhar je slikar, oblikovalec, grafik, fotograf in likovni pedagog. V več kot 30 letih ustvarjalnega dela je pripravil preko 50 samostojnih razstav v Kranju, po Sloveniji in v evropskih državah, dvakrat pa tudi v New Yorku. Poleg tega je sodeloval v številnih skupinskih likovnih projektih, največkrat skupaj s kranjskim likovnim društvom, ki redno promovira kvalitetno slovensko ustvarjalnost na razstavah doma, na Hrvaškem, v Italiji, Avstriji, Nemčiji in drugod. Tokrat ga predstavljamo z najnovejšim likovnim sklopom, ki nadgrajuje njegov dosedanja slikarski opus, hkrati pa ikonografsko dopolnjuje neko zelo osebno zgodbo, ki jo avtor živi in razvija že desetletja.

V njegovem prepoznavnem slogu, posredno izhajajočem iz izkušnje realističnega in abstraktnega slikarstva, nastajajo pejzaži, mestne vedute, tihožitja in figuralne kompozicije. Ena od posebnosti Puharjevega likovnega izraza je risarska in geometrijska razčlenjenost slikarske ploskve. S trdno kompozicijo nam pričara prostorskost izbranih struktur, navidezno odstopajočih od podlage, z mreženjem likovnih polj in senčenjem horizontalnih ter vertikalnih koordinat pa dosega plastične in dinamične učinke, sorodne optični umetnosti. Voluminozne entitete Zmago Puhar vključuje v kompozicije zelo premišljeno; s toplimi odtenki in konstruirano zasnovo del ustvari namreč posebno »vibracijsko polje« ki njegov način upodabljanja stilno ločuje od zasnov podobno usmerjenih slikarskih kolegov, njega – mojstra, čustveno vezanega na mesto Kranj, pa dela zelo posebnega. Nastale podobe so kompozicijsko izčističena, barvno atraktivna in izvedbeno suverena likovna dela. Puharjev likovni pristop je kombinacija igrive neposrednosti in geometrijske uravnoteženosti. Kot slikar in kot grafik je Puhar neobremenjen s pompoznostjo in pretirano izrazno dramatičnostjo. Svoja doživljanja predstavnosti namreč transponira v urejeno, navidez strogo, toda živahno formalistično izraznost, ki je emancipirana v abstraktnih konceptih, spominjajočih na tlorisne mestne zasnove. Pri podajanju figuralike je njegov pristop drugačen; v njem prepoznavamo rešitve, sorodne kubizmu in geometrijski abstrakciji. Izbrani motivi se lomijo in razstavljajo na osnovne geometrijske ploskve, slike pa postajajo dovršeni svetovi ubranih likovnih odnosov in pestrih fabulativnih zapletov. Predmetnost je Puharju le povod za optična razmišljanja o naravi in svetu, se pa v resnici z verizmom ne obremenjuje. Umetnik se primarno



Kirurginja Barbara Čokl je zapela v spremstvu ansambla zdravnikov *Inflamatio musicae* v sestavi: prim. Jernej Podboj – saksofon, klarinet, prof. dr. Hotimir Lešničar – manuali, zobozdravnik Tine Malgaj – solo kitara, Gašper Kren – kontrabas in Kamil Berro – bobni.



Slavnostnega razstavljalca osrednje galerije UKCL akad. slikarja Zmaga Puharja je zbranim imenitno predstavila Petra Kejžar Puhar. V ozadju sta razstavljeni slikarjevi barviti platni.



Ob slovenskem kulturnem prazniku je v imenu ustanoviteljev KUD-a zbrane nagovoril član dekanskega kolegija MF UL prof. dr. David B. Vodušek, ki se je s predsednico KUD-a prof. dr. Zvonko Z. Slavec s plaketo ljubljanske nevrološke klinike in Likovne skupine KUD-a zahvalil slikarju doc. dr. Tonetu Pačniku, ki je poklonil svojo razstavo Nevrološki kliniki.

umetniškimi koncepti se dotika in manifestira duha časa, ter v polni meri apostrofira duh modernizma na vseh nivojih. Puhar torej ponotranjene vtise spreminja v likovne znake, osvobojene strogih okvirjev predmetne resničnosti in tako ustvarja berljive likovne entitete, izpolnjene z naturalističnimi nadrobnostmi. Je tvorec izvornega in enkratnega piktoralnega univerzuma, ki deluje kot povsem relevantni razlagalec skrivnosti bivanja, človeka in njegovih čustev.

Zmago Puhar je pomemben ustvarjalec z značilnim stilnim in čustvenim umetniškim profilom; včasih je pretanjen v kontekstu poetične obravnave svoje motivike, drugič pa zadržan in racionalen. Njegova umetnost je zmes tehničnih veščin ter ekspresivne izraznosti, ki jo opazamo tako pri grafiki kot tudi v njegovem slikarstvu. Puhar svojo maniro vseskozi nadgrajuje, razvija v nove smeri in jo aplicira v sodobnih umetniških miljejih in pristopih, ki teoretično omogočajo neskončni niz možnih

aplikacij v povezavi z modernimi prostorskimi instalacij ter računalniško podprtimi vizualnimi sistemi.«

Ustvarjalnost premaguje bolezen

V Mali galeriji je tokrat razstavljala Vesna Aljančič, bolnica, ki pravi, da se je s svojo boleznijo spoprijateljila in da je našla način sobivanja. S svojo močno notranjo energijo, voljo in trmo je lahko vsem samo zgled, koliko stvari se lahko naredi kljub oviram, ki nam jih prinaša življenje! Svojo razstavo je poimenovala: 333 prijaznih obrazov pod enim samim glinenim klobukom. O njej je zapisala: »... tisti dan sem bila odločena izdelati svet, po katerem se sprehaja Mali princ. Ko pa se mi je druga polobla izmuznila iz rok in padla na tla, sem morala rešiti nesrečno situacijo. Posvetila se mi je ideja, da bo grič z vasjo, namenjen ženskemu klobuku, prava stvar. Dokončala sem izdelek in določila uporabnost. Moj klobuk mora postati ženskega spola, saj je namenjen samo ženskam. Pod istim klobukom sem slikala 333 prijaznih ženskih obrazov: mlade, manj mlade, lepe, manj lepe – vse pa zelo prijazne. Vsak prijazen obraz ima svoje ime, svojo preteklost, sedanost in prihodnost. S časom so ti prijazni obrazi zaznali ugodje svojih občutkov, saj se zavedajo, da so prispevale k moji odločitvi, da poskusimo uveljaviti ta projekt. Moj klobuk z vasjo na griču je edinstven na svetu.«

skuša dokopati do slikarske resnice oz. do srži izbrane motivike. Namesto veristične slike sveta nam predoča paralelni svet slike, ki predstavlja odklon od imitiranja resničnosti: zavestno vzpostavlja umetnost misli, teoretično izhajajoče iz dejstev, ki zadevajo pretanjene odnose med barvo in obliko. Puharjeve slike so nove avtonomne entitete z lastnimi zakoni, čeprav so »zgrajene« s pomočjo narave oz. njenih likovnih elementov. Ker avtor samosvoje problematizira ontološka vprašanja, ki se vežejo na sliko kot avtonomno realnost, se s tem dokončno usmerja k temeljem modernističnih praks. V Puharjevih delih obstajajo široki prostori slikarske svobode, udejanjeni s plemenito, smelo a preudarno slikarsko gestikulacijo. Umetniku odlično uspeva doseči avtentiko sodobnega prostora in časa tako v smislu vzdušja kot občje senzibilnosti, hkrati pa vzpostavlja historični most med slovensko umetnostjo v preteklosti in aktualnimi vizualnimi praksami. Puharjeva likovna prepoznavnost je posledica kombinacije abstraktnega obravnavanja motivike in povezovanja le-te z elementi geometrizma, »vgnezenimi« v strukturo slike. Ustvarjalec se ukvarja s plastičnimi problemi, stremič k podobi, osvobojeni pretirane interpretativnosti in funkcionalnosti. Njegov pomemben slikarski in grafični prispevek k sodobni slovenski likovni stvarnosti (s poudarkom na »kranjski« šoli modernizma) je permanentno zasnovan na karakterističnih piktoralnih, črtnih, ekspresivnih in subtilnih doživetjih ter osebnih interpretacijah predstavnosti. S svojimi inovativnimi



Razstavišča UKCL ne živijo sama od sebe, zato je vodstvo KUD-a zaslužne vodje nagradilo z njihovimi portreti, ki jih je zrisal KUD-ov dolgoletni slikar Henrik Krnec.

O sebi Vesna Aljančič pripoveduje: »STRELA Z NEBA – pred 19 leti se je nenadoma vselil v moje telo podnajemnik, ki mi je postal s časom zvesti prijatelj in ta si dovoli poigravanje z mojim počutjem vsak trenutek mojega življenja. Ime mu je ekstrapiramidni sindrom. Vsako jutro, ko se zbudim, se zavem, da je kvaliteta mojega dneva odvisna predvsem od mene. Kruto je spoznanje, da si sam odgovoren za kvaliteto življenja od otroštva, ko se zaveš sebe, pa vse do smrti. Poleg dnevnega vzdrževanja fizične kondicije se disciplinirano lotevam različnih ročnih in miselnih spretnosti. Tekmujem z boleznijo, ki pridobiva na moči in je v fazi G20 napredovala, jaz pa se ne dam in se trudim realizirati svoje cilje. Ustvarjam z rokami, od prešanja cvetja do glinenih mozaikov, punčk iz blaga in del tega boste videli na današnji razstavi.« (vesna.aljancic@gmail.com).

Vesna Aljančič je s hvaležnostjo poklonila svojo razstavo osebju Nevrološke klinike.

Zdravniki navdušujejo z muziciranjem

Glasbena spremljava razstave je bila toplo slovenska in veselje je bilo spremljati tri mlade in tri zrelejše zdravnike, ki so se našli in skupaj uživajo v muziciranju. Četudi prihajajo iz različnih koncev Slovenije, jih glasba povezuje in si vzamejo zanjo čas. Srečali smo jih že na drugih prireditvah, nedavno na zdravniškem koncertu v Slovenski filharmoniji. Njihov repertoar vsebuje skladbe iz svetovne in slovenske zakladnice zimzelenih melodij, v zadnjem času dodajajo tudi dela iz sakralne glasbe in avtorska dela z zadnje zgoščenke Druga ženska, ki jo je pred nedavnim posnela Barbara Čokl. V sekstetu muzikalno soustvarjajo trije zrelejši zdravniki: internist onkolog prof. dr. Hotimir Lešničar na klavirju, otorinolaringolog prim. Jernej Podboj na saksofonu ali klarinetu in specialistka splošne kirurgije, sicer plastična kirurginja Barbara Čokl kot vokalistka. Mlado spodbudno

energijo pa sekstetu dodajajo: zobozdravnik Tine Malgaj na kitari, zdravnik pripravnik Gašper Kren na kontrabasu in prav tako zdravnik pripravnik Kamil Berro na tolkalih. Zaigrali so zimzelene melodije, ki domači publiko vedno ogrejejo srca: Privšek – Zakaj nocoj tako je tih večer in Nad mestom se dani, Sepe – S teboj, McHugh in Fields – Na sončni strani ulice (poslovenil Jernej Podboj), Prešernovemu prazniku v čast pa so zapeli njegovo poemo Luna sije, ki sta jo uglasbila Flajšman in Hubad.

Umetniška spodbuda na Nevrološki kliniki

Ker je Nevrološka klinika v svojih novih prostorih že pred časom odprla razstavišče, ki je postalo živahno zbirališče razstavljaajočih, je vodstvo KUD-a na prireditve povabilo tudi direktorja klinike prof. dr. Davida B. Voduška, ki je spregovoril o njihovi dejavnosti in se predvsem javno zahvalil darovalcu razstave, kliničnemu psihologu doc. dr. Tonetu Pačniku ter mu predal priznanje.

KUD se je povezal z vodstvom klinike in sedaj skrbi tudi za redno razstavljanje v njihovi galeriji. V tem mesecu razstavlja KUD-ova slikarka Ljudmila Pačnik, ki je o svoji razstavi zapisala: »Z veseljem sem se odzvala povabilu, da v razstavnem prostoru Nevrološke klinike postavim na ogled nekaj „svojih bisserov“.« Tako je namreč poimenovan opus slik, ki jih je naslikala v pastelu in jih posvetila svoji rodni Notranjski.

»Pastel je moja priljubljena tehnika, saj s svojo mehko, krhkostjo, s svetlobnimi efekti, platenjem in prosevanjem hkrati,



Zbrani so se poklonili spominu preminulega prvega predsednika KUD-a in ustanovitelja njegove Likovne skupine, prof. dr. Antona Dolenca, in dolgoletne slikarke KUD-a, pediatrinje prim. Zore Lampret Rijavec. Naslovnica knjige poezije prof. Antona Dolanca.



Slika Milice Pačnik: Razgibanost v Križni jami (pastel, 65 x 50 cm, 2006), razstavljena na Nevrološki kliniki v Ljubljani.

omogoča veliko izraznost in subtilno prikazati vtis tistega lepega, doživetega, občutenega,« pove razstavljavka.

»Moje rodne korenine segajo na Kremenco, v majhno vasico med Cerknico in Blokami. In Notranjska dežela je tako slikovita, da se čudoviti motivi ponujajo vsakomur, ki se mudi tod okrog. V izboru svojih slik na tej moji 12. samostojni razstavi predstavljam: lepote kraških pojavov s presihajočim Cerkniškim

jezerom in njegovimi zimskimi travniki; vztrajno in pronicljivo moč voda, ki riše poti (izvir Stržena - reke Obrh, ki je slovenska reka s sedmimi imeni), ki oblikuje edinstveno pokrajino (Rakov Škocjan z malim in velikim naravnim mostom) in ponikne v globine podzemlja (Ponor Bloščice); med travniki in hribi posute vasice obkrožene z bogastvom temnozelenih gozdov (Sprehod proti Gornjemu jezeru), panoramski pogled, ki sega do visokih gora (npr. z jezera pri Laza je v jasnem vremenu čudovit pogled na Triglav!, iz Loške doline pa na Snežnik); ter Bloško planoto, ki je znana po bloških smučarjih, torej zasnežena. Seveda ne morem mimo lepote cvetja in močvirnica je samo en primerek posebnosti rožic, ki jih lahko uzremo med zibajočimi travami.

Želela bi, da se slike dotaknejo gledalca v takšni meri, kot so se veličastni motivi dotaknili mene ob nastajanju slik.«

Kako drugače kot v duhu Prešerna naj bi se končala Prešernova prireditev: predsednica KUD-a je odslikavo kriznega časa videla v Prešernovi Glosi, ki je aktualna še posebej z zadnjo kitico:

»Slep je, kdor se s petjam vkvarja,
Kranjec moj mu osle kaže;
pevcu vedno sreča laže,
on živi, umrje brez dnarja.«

...

Vender peti on ne jenja;
grab'te dnarje vkup gotove,
kupovajte si gradove,
v njih živite brez trpljenja!
Koder se nebo razpenja,
grad je pevca brez vratarja,
v njem zlatnina čista zarja,
srebrnina rosa trave,
s tem posestvam brez težave
on živi, umrje brez dnarja.

Foto: Tea Šulek

E-naslov: Ksenija.slavec@gmail.com

Zdravniški orkester »Camerata medica«

Pavle Košorok

Konec leta je za zdravnike glasbenike vedno izziv. Že več kot 40 let je koncert v Slovenski filharmoniji ob zaključku Plečnikovih dni nastop, ki predstavi študente medicine in zdravnike, ki sodelujejo v različnih sestavah. Tu lahko pokažejo svojo glasbeno ustvarjalnost. Zdravniški orkester Camerata medica je tu najbolj doma, saj se je zdravniška glasbena dejavnost začela in zlahka

z razlogom, da počasti znanstveno srečanje, posvečeno spominu dr. Janeza Plečnika. Letos je bil ta dogodek 6. decembra 2012.

Tudi letos smo se veselili priznanja, ki ga je Združenje za patologijo in sodno medicino Slovenskega zdravniškega društva podelilo prof. dr. Mariji Us Krašovec, in priznanj prof. Franceta Hribarja, ki sta ju prejeli izr. prof. dr. Margareta Strojan



Božično-novoletni koncert 18. decembra 2012 v zdravniški zbornici. Pozdravni nagovor predsednika zbornice prim. Andreja Možine.

Fležar in doc. dr. Veronika Kloboves Prevodnik. Posebno veselje vsakoletne prireditve so podelitve diplom prof. Janeza Plečnika prizadevnim študentom, zato ni čudno, da je med publiko veliko njihovih prijateljev, pa tudi ponosnih staršev in sorodnikov.

Koncertni del večera je začel mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč, na orglah se je predstavil dr. Domagoj Jugovič. Andante iz Brahmsovega Tria v Es-duru so zaigrali David Bele – rog, Andrej Gubenšek – violina, in Polona Maver Vodičar – klavir. Madžarsko rapsodijo št. 6 v Des-duru F. Liszta je na klavirju zaigral Andrej Babnik, sekstet »Inflammatio musicae« je s pevko Barbaro Čokl predstavil skladbo Janeza Gregorca na besedilo Elze Budau: Ptica brez kril. V zaključnem delu koncerta je orkester Camerata zaigral tri skladbe, ki jih je dirigent prof. F. Avsenek priredil posebej za ta orkester: A. Hačaturjana – La Valse iz baleta Maškarada, F. Chopina – Nokturno v Es-duru s solistom Andrejem Gubenškom. Posebej za ta nastop je bila izbrana skladba Urbana Kodra – Cvetje v jeseni s solistko mezzosopranistko Aljo Koren, pridružil pa se nam je tudi pianist Andrej Babnik. S to skladbo smo želeli počastiti jubilej priznanega glasbenika, ki je bil po svoji osnovni izobrazbi tudi zdravnik!

Kot vedno je koncertni večer z velikim žarom povezovala prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec.

Do božično-novoletnega koncerta 18. decembra 2012 v zdravniški zbornici so dnevi kar prehitro tekli. Program smo sicer študirali že prej, vendar smo imeli še kar nekaj intenzivnih vaj, saj našega občinstva po lanskem prvem nastopu nismo hoteli razočarati. Lanski nastop je bil bolj koncertno naravn, letošnji program pa je želel biti bolj lahkoten. Prve štiri skladbe so bile orkestrske – s solisti: Anja Colja, štud. med. – flavta; Andrej Gubenšek, dr. med. – violina; Alja Koren, dr. med. – mezzosopran; Mateja Lasič, štud. med. – klavir. V nadaljevanju koncerta smo izvajali priredbe znanih skladb s solisti – pevci ali instrumentalisti. Poskušali smo predstaviti predvsem slovenske avtorje, za konec pa dodali še polko, ki nas je malo spomnila na novoletni koncert Dunajskih filharmonikov. Na koncu smo občinstvo presenetili še z izvedbo nenapovedane skladbe – Slovenija, s katero smo se spomnili naše domovine – dneva samostojnosti in enotnosti.

Tako kot lani, je po koncertu zdravniška zbornica pripravila pogostitev in druženje v svojih prostorih. Za sproščeno vzdušje je poskrbel zdravniški ansambel »Inflammatio musicae« v sestavi Hotimir Lešničar – klavir, Jernej Podboj – saksofon, Tine Malgaj – kitara, Gašper Kren – kontrabas, Kamil Berro – tolkala, in pevka Barbara Čokl. Prijateljsko vzdušje je priložnost za srečanja in pogovore med starimi znanci in prijatelji. Takšni dogodki so vsekakor priložnost za ustvarjalno »kresanje misli« in utrjevanje medsebojnih odnosov, ki jih med zdravniki zelo cenimo in zavestno negujemo.



Zdravniški orkester Camerata medica med nastopom.



S pevko Barbaro Čokl ...

Prepoznavnost našega orkestra se je pokazala tudi navzven, saj nas očitno pozna tudi širše občinstvo. V čast si štejejo, da smo bili povabljeni k sodelovanju na koncertu v prenovljeni slovenski operni hiši. Pobudnica te humane ideje je bila vsestransko dejavna dr. Manca Košir, ki je med drugim tudi prostovoljka Slovenskega društva hospic. Idejo za dobrodelni koncert je sprožila ob grožnji, da zaradi pomanjkanja denarja »hiša hospica« preneha delovati. Ob pričetku koncerta je pozdravila občinstvo in razložila namen dobrodelnega koncerta. Kasneje pa sta prisotne nagovorila tudi predsednik Zdravniške zbornice Slovenije prim. Andrej Možina in predsednica Slovenskega društva hospic ga. Tatjana Fink. Nastopili so: operna pevka Norina Radovan, igralec Boris Cavazza, baletnika solista Ana Klačnjina in Lukas Zuschlag, solist na harmoniki Marko Hatlak in Goran Bojčevski na klarinetu. Nato se je predstavil kvartet Mascara. Težo večera je prevzel znani ansambel Terrafolk.



... in s solistom Jernejem Podbojem.

Kot zaključek večera in majhno presenečenje je bil skupni nastop orkestra Camerata medica in ansambla Terrafolk, kjer smo v dveh skladbah uspešno sodelovali! Oboji smo prepričani, da bi takšno sodelovanje lahko še ponovili. Tudi organizatorji te humane pobude, predvsem Manca Košir, so nas povabili, da bi nastopali tudi na bodočih prireditvah te vrste. Ideja hospica je prav gotovo nekaj plemenitega in neločljivo povezanega s poslanstvom zdravniškega poklica. Če je poslanstvo zdravniškega poklica varovati življenje, je najplemenitejši del tega prav gotovo spremljanje življenja do konca. Prav to je tudi motiv Slovenskega društva hospic, ki je ustanova, v kateri se ne umira, ampak živi do konca!

S tem navdušenjem do življenja smo se po koncertu vsi nastopajoči zbrali v Opera baru in še dolgo nadaljevali naše druženje.

Foto: Janez Platiše.

E-naslov: pavle.kosorok@guest.arnes.si

»Au«-foristična tinktura

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom

Janez Tomažič

Prenova študija na MFUL:

Za reorganizacijo študija na MFUL mora biti čim več horizontalnih in vertikalnih povezav. Nekateri kolegi so naravnost navdušeni.

Za prenavo študija je »fantazija« pomembnejša od »navodil«.

Če hočemo, da prenova uspe, moramo pogosto spreminjati svoje mnenje.

Edini način, da se ji izogneš, je, da jo izpelješ.

Kaže, da bo prenova do določene mere uspešna, vendar tudi kaže, da moramo ob njej do določene mere trpeti.

Ko bo minila naša slavna prenova, bomo lahko v miru pričeli prenavljati študij.

E-naslov: janez.tomazic@kclj.si

Gorgona in Perzej

Andrej Rant

Gorgona s kačjimi lasmi,
visečih dojk in s pasjimi zobmi,
s pogledom groznim mladeniče je uročila,
v strasti vse okamenila
in jih požrla je s kostmi...

A Perzej, junak, ki mu ni para,
od zadaj plane nanjo in silo ji stori;
zagrabi jo, ji vrat razpara,
v zamahu silnem glavo oddrobi!

Tako si ti s pogledom me uročila,
da mi v ljubezni srce okameni!
Jaz nisem Perzej, ki silo ti stori
razpara vrat in glavo oddrobi,
v trpljenju ljubezni neugasljive
za vedno si me pogubila!

Jalov cvet

Andrej Rant

Praded s prababico imel je šest otrok;
dva vzela je bolezen;
dva terjal je topov obrok,
en pa meništvu ostal je zaprisežen...

Ded z babico štiri sinove je imel:
prvi za vedno je v Ameriko odšel,
drugi sploh ni bil nikoli trezen,
tretji se vrnil ni s kočevskih brezen...

Oče imel je z mamó dva:
hči z narkomanom je odšla,
sin pa le končno vnuka je dobil –
ta je zmené, ki sam ne bo imel otrok...

Je poročen, a kaj – vedno se najde vzrok:
imata raje mačko, psa, rada potujeta oba...
Nam se še kdaj je zalomilo,
a mladim se danes to ne bo zgodilo!

Zdaj vem zakaj umira narod moj!
Ne odreši ga molitev, ne spočetja znoj –
z vsakim rodóm si bela smrt odreže žetev
in udejanja nam brezboštva kletev,
dokler poslednji vnuk ne najde svoj pokoj!

Slovo

Andrej Rant

Obrala grozdje s trte sva ljubezni,
izpila kupe vse –
od mošta sladkega, vina opojnega,
do grenkega pelina.
In kar še jagod bore malo je ostalo,
pustiva jih, naj v žalosti sčrnijo;
pustiva, da v zimskih dneh,
v siju zvezd,
pozobljejo jih ptice z nebeških cest!
In vsak od naju kot komet
bo šel po svoje dalje v širni svet
in nikdar več v soju sveč
ne bova pesmi brala,
v objemu nežnem se držala...

E-naslov: andrej.rant@yahoo.com

Pomladno jutro

Rafael Podobnik

Namesto da gozd bi stražil,
kos z antene poje.

Kosovka po novem
razcefrano plastiko
za gnezdo nosi.

Mogoče bo samo
za kamuflažo.
Mogoče bila je obveščena,
da ob sobotah
zagnanci čistijo okolje.

Pridi nezavedno

Rafael Podobnik

Če meditiraš, moliš,
vprašaš škrate,
sanjam prisluškuješ,
bereš,
tečeš,
v nekaj vrtaš,
odpiráš
nezavedni polovici vrata.

Pesem posvečam kolegici
Branki Đokić Colja.

Belize

Urška Gantar Rott, Tomaž Rott

Od leta 1981 neodvisna država Belize predstavlja nekdanjo britansko kolonijo British Honduras, ki leži na severovzhodnem delu Srednje Amerike pod mehiškim Yukatanom ob Karibskem morju in meji na Mehiko ter Gvatemalo. Država še vedno sodi v okvir britanskega *Commonwealth of nations*, kar dokazuje tudi belizejski denar, dolar, na katerem je upodobljena britanska kraljica. Z 22.960 km² je nekoliko večja od Slovenije, v njej živi približno 320.000 prebivalcev (med njimi je skoraj 50 odstotkov mesticev iz mešanih zakonov Špancev in Indijancev, 25 odstotkov Kreolov, dobrih 10 odstotkov potomcev je starodavnih Majev, 6 odstotkov Garifunov – potomcev karibskih ljudstev, Aravakov in Zahodnih Afričanov). 60 odstotkov je katolikov, 27 odstotkov pa protestantov. Povprečna starost je 21 let.

Nekdanje glavno mesto Belize City ima približno 64.000 prebivalcev, sedanje glavno mesto Belmopan pa jih ima približno 17.500. Prestolnico so preselili, ker je prvo mesto leta 1961 močno prizadel hurikan, bojijo pa se, da se to ob obalnem pasu lahko še večkrat ponovi.

Na severnem delu so ravninske obalne nižine, prerasle z gozdovi, na jugu pa nizka gorska veriga Majevsko gorovje. Ob karibski obali je 450 otočkov in sipin, ki tvorijo 320 km dolg Belizejski koralni greben, ki je danes pod zaščito Unesca.

Belize sodi tudi v okvir sedanjih držav, Mehike, Hondurasa, Gvatemale, El Salvadorja, kjer se je nekdanj razvijala mogočna, a še vedno iz določenih vidikov mistična civilizacija Majev. Njihovo zgodovino delijo na arhaično (10.000–2000 let pr. Kr.), predklasično (2000 let pr. Kr.–250 po Kr.), klasično (250–900) in poklasično (900–1450). Še vedno ne poznamo vzroka nenadnega zatona klasične civilizacije (lakota, morda povezana s krčenjem gozdov, medsebojne vojne, usodne bolezni itd). Na višku razvoja je živelo približno 10 milijonov Majev, toliko pa naj bi jih bilo po nekaterih ocenah v omenjenih državah nepomešanih s priseljenimi narodi tudi danes.

Španski osvajalci so sicer še občudovali ostanke majevskih gradbenih stvaritev, ki jih je preraslo bujno tropsko rastje. Pozneje je spomin nanje zbledel, ne pa tudi na Inke in Azteke, katerih kulture so bile ob prihodu Evropejcev še v razcvetu.

Spomin na to tako po izvoru kot izginotju mistično kulturo sta obudila dva popotniška avanturista, ki sta pred tem v razmaku dveh let drug za drugim hodila po istih krajih, kjer je angleški risar Frederick Catherwood risal egipčanske piramide, svetišča v Tebah in Luksorju, Memnonova kolosa, v Jordaniji ruševine starodavnega mesta Gerase, v Jeruzalemu Omarjevo mošejo. Skorajda iste kraje je prepotoval tudi ameriški odvetnik John Stephens. Leta 1836 sta se spoznala in zaradi nekaterih govoric o starodavnih civilizacijah v džunglah Srednje Amerike organizirala leta 1839 odpravo. In zanimivo, svojo avanturo pri iskanju nekdanjih civilizacij Srednje Amerike sta pričela prav v nekdanji vasi, danes največjem mestu Belizeja, Belize city. Njunjo delo je potrebno pohvaliti, saj sta dala verodostojne podatke o najdbah, celo boljše kot nekateri arheologi za njima. Pri tem ima največje zasluge odlični risar Catherwood, ki so mu sprva reliefne

prepletajoče se podobe na stoječih ploščah, stelah, na zidovih zaradi nenavadnih prizorov delale težave.

V Belizeju na potovanju nismo iskali majevskih najdišč, pač pa smo občudovali naravne danosti, ki jih nudi koralni greben, in uživali v miru otočka praktično brez vsakega prometa.

V mestecu Belize city smo se vkrcali na hitri čoln, ki nas je pripeljal do otočka Caye Caulker. Tu nas je čakal dan počitka in uživanja v Karibskem morju. Na otoku ni avtomobilov, od prometnih sredstev so tu pomembne obute ali bose noge, saj je otoček v bistvu sipina, nekaj koles in električnih avtomobilčkov za golf, ki so namenjeni prevozu prtljage.

Na otoku velja vodilo »go slow«, življenje pa lahko teče »brez majic, brez čevljev in brez problemov«. In vendar se je potrebno vsaj nekoliko bati vremenskih prilik. Visoki valovi lahko preplavijo večino sipin, neizbežni hurikani pa lahko spremenijo podobo, kot so jo leta 1961, da se je otoček prepолоvil, mesto prepолоvitve pa je danes prehod za manjše ladjice.

Izlet s čolnom nam je na štirih postankih prikazal del pestre morske favne Karibskega morja. Kopalni smo se z želvami, ki se ljudi ne bojijo, tako da se znajdejo enkrat pred teboj, enkrat za teboj, ob tebi ali pod teboj. Ni pa priporočljivo drezati vanje, ker znajo kar krepko ugrizniti. Občudovali smo različne vrste skatov, od običajnih do pol metra širokih sivkastih (*Dasyatis americana*) in do takih s kolobarjastimi lisami (pegasti *Aetobatus narinari*), ki lahko tehtajo do 200 kg. Te morske biče je bolje opazovati z varne razdalje zaradi strupenih obrepnih bodic. S svojim plahutanjem so lahko predvsem sivkasti povsem skalili sicer čisto vodo.

Enkratno doživetje pa je bilo srečanje s sicer nenevarnimi do 4 m velikimi morskimi psi (*Ginglymostoma cirratum*, angl. *nurse shark*). Vseeno pa lahko ugriznejo, če jih nadleguješ, vendar imajo na srečo majhna usta, žal pa po ugrizu navadno ne morejo več razpreti čeljusti. Že ko so zagledali čoln, so se mu približali, še bolj pa, ko so jih privabili s hrano. Pa ne zato, da jih ne bi zapeljala želja po kakšni tolsti turistični krači, ampak da smo jih lažje opazovali v vodi. Na srečo ne začutijo kot kopenski psi, da se jih kdo boji, in zato ne rinejo vate, kot imajo navado štirinožci. Gneča ob čolnu pa je vseeno povzročila bližnja srečanja s temi elegantnimi živalmi, tako da je bilo mogoče občutiti njihovo mehko žametasto kožo. Poleg turistov so morske pse spremljale do 80 cm velike ribe trnoboki (*Caranx latus*, angl. *horse-eye jack*).

Občudovali smo poleg drugih čudovite krhke pahljačaste korale iz rodu *Gorgonia* (z nežno čipkasto strukturo, ki so bile na eni strani vijoličaste, na drugi zelenkaste. Deloma po strukturi izgledajo kot krvni alveolarni pleteži z vmesnimi debelejšimi interlobularnimi žilami (sem bil pač pulmopatolog). Med koralami pa smo pogrešali več raznovrstnih manjših koralnih rib, ki jih sicer lahko občuduješ v Rdečem morju. Zvečer bi marsikdo med nami lahko igral vlogo velikih rdečih koralnih rib zaradi močno rdeče opečenih hrbtov, ki so nezaščiteni z majicami štrleli iz vode med šnorkljanjem.

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

Na dnu morja so bili ponekod številni veliki polži, ki so predstavljali tudi eno od možnosti za večerjo. Pripravljeni so bili v nekakšni kitajski omaki, ki je bila zelo slana in zanič. Meso polžev pa je bilo trdo kot slabo skuhana ali premalo »pretepena« hobotnica ali kakšne kite stare krave (kar pa je pri nas že težko dobiti). Druga možnost večerje se je izkazala kot mnogo boljša: jastog na žaru s prilogo riža in zelenjave. Cena obeh menijev je bila enaka, 20 belizejskih dolarjev oz. 10 ameriških.

Od Belizeja smo se poslovili s poletom z otočka San Pedro, ki je omogočil tudi poglede na arhipelag Belize. V njem je omembe vredna skoraj povsem okrogla modra jama (*Blue hole, Cenote azul*), ki meri v premeru preko 300 m in je globoka preko 100 m. Vsebuje pa slano morsko vodo. Nastala naj bi zaradi vdora stropa podzemске jame. Tako lahko pri potapljanju opazuješ stalaktite in stalagmite nekdanje »kraške« jame, pa tudi siceršnji morski živelj, vključno z morskimi psi. Seveda se je bilo potrebno taki avanturi odpovedati na račun spoznavanja majevske kulture, potrebno pa bi bilo imeti več potapljaških izkušenj. Ta vdorna jama pa ni edina, več jih je tudi na kopnem, tako v Belizeju kot na mehiškem Jukatanu, kjer se zaradi apnenčaste sestave zemljišč pojavljajo kraški pojavi s podzemskimi jamami, njihovimi vdori in različno velikimi sladkovodnimi jezerci.

Za samo mesto Belize city se vdora morebitne podzemске jame ne bojijo, saj pravijo, da to pristaniško mesto leži na gori žal izpraznjenih steklenic ruma in mahagonijevih pilotih iz lesa, ki so ga Britanci intenzivno izkoriščali za svoje potrebe v Evropi.

Med kratkim poletom z letalom smo lahko opazovali severno belizejsko nižavje, močno poraslo z džungelskimi gozdovi, vmes pa so se pojavljala majhna jezera.

Po tem na potovanju lahkotnem vmesnem karibskem vzdušju se bomo prihodnjič intenzivneje posvetili Majem. Kultura Majev je bila ob še vedno prisotni skrivnostnosti o njenem izvoru in predvsem še vedno nepojasnjem nenadnem propadu tako razvita, da bomo poskusili prihodnjič o njej predstaviti nekaj skorajda osupljivih podatkov.

E-naslov: tomaz.1945@yahoo.com



Prosti stil nad številnimi polži.



Raža oz. skat oz. morski bič, *Dasyatis americana*.



Moj prijatelj morski pes.



Morski bič, pegasti narinari.



Pahljačaste korale za ribami *Lutjanus ebrenbergii*.



Črnopikasta napihovalka, *Arothron stellatus*.



Goloseki džungle.



Severno nižinsko džungelsko področje Belizeja.

35. Iatrosski

Rateče in Kranjska Gora 25. januarja 2013

Jasna Čuk Rupnik

Pa smo ga spet vsi navdušeni dočakali! Naše odlično športno in strokovno druženje, ki se je prvič zgodilo že pred kar zrelim zalogajem let. Doživljalo je postopen razcvet v številu sodelujočih in s številko preko 180 vseh udeleženihi dosegalo vrhunce v letih okrog 1990. Zadnjih nekaj let pa se je zgodilo ... tisto neverjetno: število udeležencev se je več kot prepolovilo. Izgorelost? Upad materialnega standarda? Strokovne in organizacijske vaje? Obup nad katastrofo družbene realnosti? Drugo? In se nostalgичno sprašujem, kje so tista čudovita leta, ko smo v četrtek po tekmi v smučarskih tekih in po navdušenem večernem druženju predstavljali turistično zanimivost s povorko bakel od središča Kranjske Gore pa do hotela Lek? In kje so leta, ko smo množično žurali še pozno noč in poleg plesa in odlične hrane užili še kulturni in humoristični program?



Ta slika navdušuje vse - še posebej, dokler so tekmovalne poškodbe le vsebina plakata.

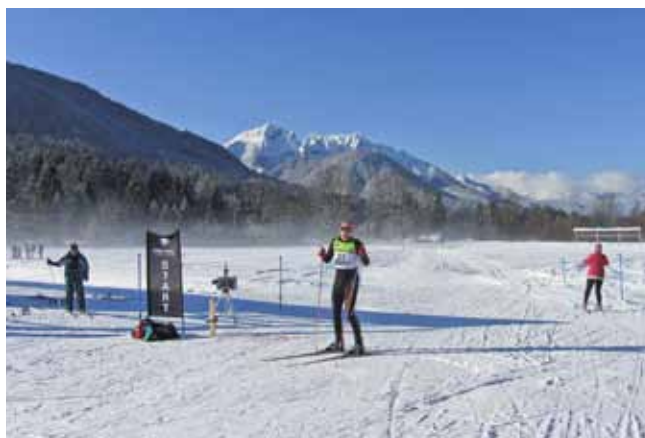
Želim si, da bi naše skupne 35. letne čestitke iz ust udeležencev iskreno segle v srca prav vsakega od dosedanjih organizatorjev: Francija, Andreja, Toneta, Tatjane. Zmoremo razumeti, da ste v vsa ta srečanja vložili mnogo sebe. V obilici preteklih let se namreč zibljejo prijetni spomini mnogih, ki smo imeli možnost doživeti tega »nekaj več«. In smo sodihali že tudi s Sorico in s Starim vrhom in sodihamo tudi s Kranjsko in zdaj še z Ratečami.

Letošnjo tekaško progo smo nekateri kar s težavo našli. Z glavne ceste smo ob smerokazu pozorno zapeljali v Rateče, po nekaj spraševanjih in iskanjih pa ... ponovno glavna cesta. In tam progga: v sončnem jutru tako močno zavita v nežno kopreno meglo, da je ni bilo niti videti. Užitek v tekih pa, seveda, neizmeren! Tega je gotovo občutil tudi naš najstarejši tekmovalc Henrik Neubauer, ki se je v družbi svoje prijazne soproge odločil uživati v smučinah še po končanem tekmovalju.

Točno opoldne (... hm, kako dramatično lahko zveni...) pa spust po strminah veleslaloma. Bile so malo manjše kot nekatere v preteklosti (npr. v Podkorenu). Pa vendar hitre, predvsem pa dolge. Nekateri so v res nizki preži menda kar malo popustili proti koncu. Uspehi so se nanizali, kot je razvidno iz rezultatov.

Pa druženje? Čudovito kot vsako leto doslej. Le krajše in v drugem hotelu (Larix). Zastavljeno je bilo vprašanje, ali naj bo Iatrosski še naprej ob petkih, ali bi bila boljša sobota. Skoraj enotna je bila odločitev za nadaljevanje tradicije s petki. In že je določen tudi naslednji datum, ta pa je **7. februar 2014**. Še letos pa nas v Italiji čaka tudi »svetovno« – od 20. do 23. marca v Corvari – Alta Badia.

Srečno vsem in nasvidenje prihodnje leto.



Seveda je bil Igor najhitrejši. Saj je tekel nonstop že pred tekmo! Nekateri je pa »motila megla«.

Rezultati

SMUČARSKI TEKI

Ženske:

Nad 50 let:

1. Dada Lapanja Kastelic,
2. Katarina Turk,
3. Tatjana Pintar

Do 50 let:

1. Barbara Klančnik,
2. Tamara Goslar Žiberna

Moški:

Nad 50 let:

1. Igor Pirc,
2. Andrej Šubic,
3. Bojan Knap

Do 50 let:

1. Tomaž Klinar,
2. Primož Novak,
3. Simon Podnar

VELESLALOM

Ženske:

D: 1. Katarina Turk, 2. Jasna Čuk Rupnik,
3. Dada Lapanja Kastelic

C: 1. Romana Pintar, 2. Tatjana Pintar,
3. Barbara Klančnik

B: 1. Romina Ambrož, 2. Nataša Jelerčič,
3. Nina Semolič

A: 1. Nataša David, 2. Mojca Zajc

Moški:

E: 1. Janez Zore, 2. Matija Jereb, 3. Aleš Brecej

D: 1. Dušan Sedej, 2. Igor Pirc, 3. Andrej Šubic

C: 1. Andrej Moličnik, 2. Saša Marušič,
3. Simon Podnar

B: 1. Nenad Špička, 2. Jurij Avramovič,
3. Rok Ravnikar

A: 1. Iztok Caglič, 2. Luka Notar

EKIPNO

Rovtarji
Štajerska
Oftalmologi
SB Izola

Absolutni zmagovalec:
Andrej Moličnik

E-naslov: cukovi@gmail.com



Zdravnice – strastne navdušenke tekmujejo tudi noseče in doječe. Naši najmlajši, Mojci Zajc, je bilo tole bremence vsekakor tekmovalna spodbuda.



So rekli, da so bile na stopničkah najbolj nasmejane Nataša, Romina in Nina.



Oba Andreja v elementu – Bručan Moličniku podaja Veselyjev pokal za najhitrejšo vožnjo. V ozadju Eva Longyka. Njeno spodbudno žuborenje nas navdihuje že med tekmo, še posebej ljubeznivo pa ob razglasitvah.



Na zmagovalne stopničke so se ekipe težko zdrenjale. Pri tem pa zelo pazile na dragocene pokale Rogaške: 1. Rovtarji, 2. Štajerska, 3. Oftalmologi

Empatija in zaupanje

Matjaž Zwitter

Diagnostika, zdravljenje in komunikacija so trije stebri zdravnikovega dela. Brez dobre diagnostike ne moremo načrtovati zdravljenja; toda še tako lepo zamišljen načrt zdravljenja se lahko spremeni v svoje nasprotje, če ob tem ni dobre komunikacije z bolnikom. Kot stol trinožnik: če se ena noga zlomi, se stol podre.

Kaj vse smo že ničkolikokrat povedali, ko smo govorili o komunikaciji pri zdravniškem delu? Da komunikacija ni enkraten dogodek, temveč proces. Da komunikacija zahteva čas, ki ga težko umestimo v natrpan urnik zdravnika v ambulanti ali na bolniškem oddelku in da so zato govorilne ure pri našem delu enako pomembne kot govorilne ure učitelja v šoli. Da večino komunikacije hudo zapostavljamo pri pouku študentov medicine in pri usposabljanju mladih zdravnikov. Da je pri koreninah očitka o strokovni napaki skoraj vedno pomanjkljiva komunikacija.

Vse te razprave so na mestu, pa vendar ostajajo pri površju naših odnosov, saj govorijo več o pomenu in o nujnih pogojih za dobro komunikacijo, manj pa o njeni vsebini. Temu sledi tudi naša vsakodnevna praksa: vedno več papirja, vedno več obveznih podpisanih soglasij bolnika za to ali za drugo preiskavo ali za zdravljenje, zelo malo pa o tem, kaj naj bi bilo za vsemi temi podpisi. Takšen pravniški pogled na komunikacijo mi je tuj in tuje mi je tudi pretirano poudarjanje bolnikove avtonomije. V zdravniški izkušnji se lahko vsak dan prepričamo, da bolniki pri svojih odločitvah niso popolnoma avtonomni. Celo več, svoje slabo razumevanje medicinskega problema radi poudarijo in nam vrnejo žogo na našo stran: doktor, vi ste strokovnjak, vi mi povejte, kako naj se odločim.

Ko premišljam, kaj označuje dober odnos med zdravnikom in bolnikom, se mi ponudita dve besedi: empatija na strani zdravnika in zaupanje na strani bolnika. Ti dve značilnosti njunega medsebojnega odnosa sta tesno povezani, ena ne more brez druge in obe se s časom spodbujata.

Ko govorim o empatiji na zdravnikovi strani, si pod tem pojmom predstavljam več kot le slovenski prevod »sočutje«. Gre za zdravnika, zato pri njegovem odnosu do bolnika igra zelo pomembno vlogo celovito medicinsko razumevanje boleznih z diagnozo in z možnostmi zdravljenja. Ta medicinski del empatije torej zdravnika loči od drugih članov zdravstvenega tima in od oseb izven medicine, ki v svojem odnosu do bolnika prav tako kažejo sočutje in mu poskušajo na svoj način pomagati. Zdravnik ne more biti le tolažnik. Možnost in dolžnost, da aktivno poseže v tok bolezni, seveda zelo zaznamuje njegov odnos do bolnika. Morda še bolj izrazito pa se ta vloga pokaže pri hudo bolnih v zadnjem obdobju življenja, ko se zdravnik odloča, kdaj bo opustil nesmiselne agresivne ukrepe in se usmeril le v paliativno zdravljenje.



Seveda pa ima empatija tudi širše, nemedicinske korenine. Če bi pisali znanstveno razpravo, bi ta del empatije označili kot dobro razumevanje bolnikove duševnosti in njegovega socialnega položaja. Ker pa preprostih besed ne znam predstaviti kot težko razumljivo znanost, raje povejmo, kako to teče v praksi. Za dober odnos z bolnikom moram vsaj nekaj vedeti o svetu, v katerem bolnik živi: o njegovem delu, družini, navadah in razvadah. Pomembno je, da informacijo dobim »iz prve roke« in da torej bolnik ve, da me to zanima. Bolnik tako razume, da zame ni le nov primer bolezni, pač pa človek z vsemi svojimi posebnostmi.

Kakor zdravnikova empatija ne nastane na povelje ali hipoma, pač pa raste z vsakim naslednjim obiskom, tako se razvija tudi bolnikovo zaupanje. Eno ne more brez drugega. Zgodi se, da bolnik v ambulanto pripelje odvetnika in snema pogovor. Na tak očiten znak nezaupanja ne moreš odgovoriti drugače kot s poslovnim in medicinsko korektnim, a človeško hladnim odnosom. Na drugi strani tudi bolnik ne more popolnoma zaupati zdravniku, ki mu jasno kaže, kako odveč mu je, vzemimo, »ukvarjanje s še enim takšnim zavoženim primerom«.

Empatija in zaupanje povežeta zdravnika in bolnika v spoznanju ponižnosti. Ponižnosti, da se zavedamo, kako malo vemo o sočloveku, ki ga je pot življenja pripeljala k zdravniku. Ponižnosti, da tudi bolnik razume, da ni nihče vsemogočen ali nezmožljiv. In ponižnosti, da si priznamo, da nikoli ni ene same resnice in da ne moremo napovedati prihodnosti.

Če je empatija tudi ponižnost, potem je njeno nasprotje napih-njenost: vsevednost, ošabnost, prezir, povzpetništvo. Ponižni ni na tleh, je le pri koreninah življenja. Na tleh je tisti, ki mu počí balon njegove prenapihljenosti.

E-naslov: matjaz.zwitter@guest.arnes.si

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 4,47 EUR. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 9250 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. **Andrej Možina**, M. D.

The Vice-presidents of the Medical Chamber

Assist. **Valentin Sojar**, M. D., MBA, FEBS

Sabina Markoli, D. M. D.

The President of the Assembly

Prim. assist. **Jernej Završnik**, M. D., M. Sc.

The Vice-president of the Assembly

Rok Šušterčič, D. M. D.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The president of the Educational council

Prof. **Bojana Beović**, 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

Mihael Demšar, M. D.

The president of the Hospital health care committee

Assist. **Valentin Sojar**, M. D., MBA, FEBS

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

Božidar Visočnik, M. D.

The president of the Private practice committee

Helena Mole, M. D.

The Secretary General

Brane Dobnikar, L. L. B.

Legal and General Affairs Department

Vesna Habe Pranjič, L. L. B.

Finance and Accounting Department

Nevenka Novak Zalar, B. Sc. Econ., M. Sc.

Health Economics, Planning and Analysis Department

Nika Sokolič, B. Sc. Econ.

Head of CME/CPD Activities

Mojca Vrečar, M. B. A.

Head of Postgraduate Medical Training,

Licensing and Registry Department

Tina Šapec, L. L. B.



Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.

Maintaining a register of members and issuing membership cards.

Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.

Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.

Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.

Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.

The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.

Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.

Determining doctors' fees and

The Medical Chamber Of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

participating in agreeing the prices of health care services.

Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.

Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional salaries.

Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.

Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.

Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.

Assisting members to find suitable locums during their absence.

Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.

Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.

Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.

Monitoring alternative methods of treatment.

Deterring prohibited and unacceptable medical practices.

Providing a free permanent consulting service to members.

Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.

