

ISIS





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.

Ideal (lat. *idealis* – kateri obstaja samo v mislih), filozofski pojem, pomeni vzor splošne popolnosti, katera ustreza družbenim, moralnim, estetskim in religioznim normam. Ideal je vedno nedosegljiv v resničnosti in služi za vzpodbudo posamezniku ali družbeni skupnosti do izboljšanja.

Kaj pa specialistična in bolnišnična dejavnost?

Valentin Sojar

Spoštovane kolegice in kolegi!

Zadnje tedne smo pričali povečani pozornosti, ki jo javnost in politika namenjata kritičnemu stanju v osnovnem zdravstvu. Zdravniki v specialistični in bolnišnični dejavnosti spremljamo situacijo z zaskrbljenostjo in prav tako z naklonjenostjo do težko pričakovanih rešitev. Prepričan sem, da bo z dejstvi podprt dialog pripeljal do pravih rešitev.

V prispevku namenoma ne bom govoril o »terciarni« dejavnosti.

Dejstvo, da za posameznega bolnika namenimo približno 60 odstotkov sredstev povprečja EU in ob tem zagotavljamo praktično vse trenutno znane oblike diagnostike in terapije, nam je lahko v ponos. Izjema so le nekatere redke, zahtevne terapije, ki se tudi v večjih zdravstvenih sistemih izvajajo v za to posebej specializiranih ustanovah (npr. presaditev pljuč, presaditev jeter pri majhnih otrocih ...). Pritisk na specialistično obravnavo je v Sloveniji velik. Verjetno večji prav zaradi razmer v osnovnem zdravstvu ter stiske osebnega zdravnika, ki v svoji preobremenjenosti pogosto fizično ne zmore opraviti dela, ki bi ga sicer v drugačnih razmerah lahko. Standard obravnave bolnika na sekundarni ravni je v Sloveniji deklarativno primerljiv s sistemi, ki temu segmentu namenjajo neprimerljivo več denarja in tudi človeških virov. Soočamo se s (pre)dolgimi čakalnimi dobami za diagnostične in terapevtske metode. Izrazit problem dostopnosti do obravnave nastaja pri bolniku, ki potrebuje več preiskav ali pregledov. Čaka tudi več tednov na posamezen pregled, kar neposredno vpliva na potek bolezni, prognozo ter na stroške obravnave. Čakalne dobe so lahko osnova za koruptivnost v različnih oblikah, predvsem v neposrednem odnosu med zdravnikom in bolnikom. Nastala situacija se deloma rešuje s samoplačniškimi storitvami.

Naslednja značilnost Slovenije je razmerje zasebnih in javnih izvajalcev zdravstvene dejavnosti na specialistični ravni. V Sloveniji je komaj kaj zasebnih bolnišničnih postelj. V državah zahodne Evrope je ta delež okoli 20-odstoten. Ambulantna obravnavo na specialistični ravni je dejansko le diagnostika ter izvajanje nekaterih posegov v dnevni bolnišnici. S tem, ko je razmerje izrazito v korist javnih zavodov, zmanjšuje konkurenčnost na strokovni, predvsem pa na poslovni ravni. To daje javnim zavodom izrazito prednost z vidika finančnega tveganja, njihova morebitna finančna neuspešnost se prenaša na pleča davkoplačevalcev. Posebej velja opozoriti na dejstvo, da so zasebniki, koncesionarji, že sedaj nosilci tako opevanega javno-zasebnega partnerstva. Vlagajo svoje osebno premoženje in neposredno tvegajo z nakupom opreme in prostorov, kar je v javnih zavodih breme državnega proračuna! Da niti ne omenjam številnih javnih pripomb na nekatere investicije iz proračunskih sredstev v posameznih javnih zavodih v zadnjem času.

Sistem financiranja bolnišnične dejavnosti je deklarativno na ravni SPP (skupin primerljivih primerov), realno pa je financiranje plansko, upošteva letne plane oz. proračune javnih zavodov. Medtem se pri obračunu koncesijske dejavnosti zasebnikov obračuna dejansko

dosežena realizacija, ki je vnaprej načrtovana! Praktično vsi javni zavodi presegajo načrtovani obseg dela tako pri ambulantni kot tudi pri bolnišnični obravnavi za 3 do 6 odstotkov na letni ravni, česar ZZZS nikoli ne plača. Pri tem večji delež storitev izhaja iz števila obravnavanih bolnikov.

Breme preveč opravljenih storitev gre na račun zavodov (davkoplačevalcev). Koncesionarji se na drugi strani vestno držijo dogovorjenega obsega storitev, saj nimajo nobene možnosti za pokrivanje morebitne izgube. Sedanji sistem onemogoča nadstandardno obravnavo bolnikov v smislu doplačil za hitrejšo obravnavo ali uporabo nadstandardnih materialov. Mogoča je samoplačniška specialistična obravnavo, ki pa trenutno nima jasno določenega mesta v sistemu.

Sistem vodenja javnih zavodov (bolnišnic) je zastarel, finančno nestimulativen in tudi ne predstavlja posebnega izziva in niti ne sankcionira morebitnih negativnih poslovnih rezultatov. Sedanji sistem, ki ne predvideva standardnih materialov in storitev, omogoča koruptivno ravnanje vodstev zavodov z nabavo (pre)dragih ter nepotrebnih materialov in aparatov brez posledic. Obenem pa ob neizdelanih »minimalnih strokovno-organizacijskih« kriterijih vsak zavod lahko razvija dejavnosti neodvisno od širšega dogovora. Edini strateški premik v sistemu obravnave je razvoj in ustanavljanje urgentnih centrov. Te nove organizacijske oblike lahko pomenijo pričetek razvrščanja bolnišnic in akutne in neakutne, ker je trend v nekaterih evropskih državah.

Kako se torej danes počutimo zdravniki na specialistični in bolnišnični ravni?

Eden od odgovorov je, da se številni mladi specialisti zanimajo za službo v tujini. Zaradi dveh razlogov, ki ju je našel tudi kolega Bešič: pogoji za strokovno delo in plačilo za delo. Radikalen primer bega zdravnikov v EU je Romunija. V tujino je v zadnjih šestih letih odšlo 20.000 njihovih zdravnikov, starih povprečno 40 let. Vodilni je finančni vidik, drugi je nezmožnost zdravljenja zaradi pomanjkanja opreme in zdravil. Takega stanja si v Sloveniji zdravniki zagotovo ne želimo. Upam lahko, da tudi politiki razmišljajo podobno. Večkrat je bilo slišati mnenje, da je zdravnikov v bolnišnicah preveč, vendar zaostajamo za povprečjem EU za približno 30 odstotkov. Zagotovo v vseh bolnišnicah ne izvajamo direktive o delovnem času, ko jo bomo, bo zdravnikov za redno delo še manj.



Kaj lahko storimo?

Kratkoročnih rešitev na ravni bolnišnične in specialistične obravnave ni veliko. Trenutno je v ospredju reševanje finančnih situacij bolnišnic, ki je naloga politike. V primeru krčenja sredstev je verjetno edina možnost podaljševanje čakalnih dob. Druge možnosti so v obvladovanju stroškov predvsem na ravni zniževanja cen zdravil in potrošnega materiala. Vse drugo je mogoče le v okviru srednjeročnega ter dolgoročnega načrtovanja.

Vloga nas, bolnišničnih zdravnikov, v bližnji prihodnosti vidim v aktivnem delovanju najprej na ravni oddelkov pri skrbi za varno obravnavo vseh bolnikov. Želim si, da bi na državni ravni dosegli standardizacijo postopkov in dosledno uveljavitev kliničnih poti. Skupaj z ministrstvom, zavarovalnico in drugimi bomo preko strokovnih teles načrtovali potrebno število obravnav, uvajali standardne materiale in tudi opremo. Aktivno bomo sodelovali pri kategorizaciji bolnišnic, skrbeli za strokovno varno obravnavo z določanjem

Uredniški uvodnik

Alojz Ihan

Spoštovane kolegice in kolegi,

prejšnje poletje, ko sem pisal uvodnik ob nastopu funkcije odgovornega urednika revije *Isis*, je bilo že jasno, da je tisto, kar smo nekaj časa imenovali kriza, v resnici neko novo in verjetno precej trajno stanje materialne skromnosti. Ki zahteva, če nečemo razsula, jasne in racionalne odločitve, kaj v življenju zares potrebujemo, kaj pa je navlaka »za vsak slučaj«, da se nam ni treba takoj in jasno odločati. Kar seveda stane.

Koraki v smeri racionalizacij so lahko zato dobrodošli in celo pozitivni, če so hkrati koraki v smeri jasnejših odločitev, kaj je zares potrebno, kaj pa je inercija, ki se nam je v času obilja ni ljubilo natančno premisliti in prilagoditi realnosti. S tem namenom smo v uredništvu preteklo leto izvedli številne aktivnosti za zmanjšanje stroška za izdajanje revije *Isis*, ki je bil 280.000 EUR letno. V pogajanjih z različnimi tiskarji, oblikovalci in distributerji smo uspeli stroške oklestiti za okoli 100.000 EUR. Nekateri prihranki za bralce sploh ne bodo opazni, na primer bistveno nižja izpogajana cena tiskanja in oblikovanja, za okoli 40.000 EUR. Pozorni bralci boste opazili nekaj manjši obseg revije (100 strani namesto 120), ki je bil potreben zaradi racionalnejše vezave (spenjanje namesto lepljenja), oboje pa skupaj z manjšimi izpogajanimi proizvodnimi stroški revije poveča prej omenjeni prihranek na skoraj 60.000 EUR.

Velik prihranek je mogoč tudi pri distribuciji številke. Za pošiljanje na domače naslove je cena 100.000 EUR. Če *Isis* dostavljamo paketo na vložišča zdravstvenih ustanov in ob tem ohranimo pošiljanje na domači naslov vsem, ki ne delajo v ustanovah (zlasti upokojenim zdravnikom), je prihranek 35.000 EUR. Je pa organizacija spreminjene logistike bolj zahtevna in jo bodo nekaj mesecev spremljale težave, za katere se vnaprej opravičujem in prosim za sodelovanje – najprej z opozorili, naj se »vložišča« po ustanovah čim prej navadijo, da je *Isis* del mesečne pošte, ki jo bodo morali distribuirati, podobno kot ostalo pošto, v nabiralnik naslovnika. Druga težava je ažurnost podatkov ZZS o delovnih mestih njenih članov. Čeprav je ta ažurnost zakonsko predpisana, se izkaže, da v praksi marsikaj

strokovno-organizacijskih norm za izvajanje. Kadrovske in delovne normativi so pripravljene, potrebno jih je uveljaviti. Skrbeli bomo za prenos znanja in pooblastil na osebnega zdravnika in tudi na medicinske sestre. Vse to bomo zmogli opraviti v rednem delovnem času, ki je namenjen opravljanju storitev, načrtovanju dela, strokovnemu izobraževanju in tudi poučevanju in razvojnemu delu!

Pravzaprav zgornji odstavek predstavlja idealno rešitev. Želim si, da bi zdravniki vedno težili k idealom, saj je prav idealizem eno od glavnih vodil vsakega študenta medicine in mladega zdravnika. Predlagam pa, da z delom začnemo danes. Spoštovane kolegice in kolegi, ne dovolimo, da otrok v nas ugasne!

Za konec mi dovolite, da vam, kolegice in kolegi, čestitam za delo, ki ga opravljate pogosto v težkih razmerah in pogosto naveličani stalnih pritiskov z vseh strani. Res si želim, da bi s skupnimi močmi uspeli ohranjati in razvijati specialistično in bolnišnično dejavnost v Sloveniji.

E-naslov: valentin.sojar@kclj.si

poteka drugače, zlasti pri specializantih, ki se selijo iz ustanove v ustanovo. Zato se bomo za specializante potrudili, da jim čim prej omogočimo kakšno dodatno izbiro, na primer stalno pošiljanje revije na »matično« ustanovo.

Za ažurno obveščanje o izidu revije smo dobili tudi več predlogov, naj prek elektronske pošte ob izidu revije pošljemo naročnikom obvestilo s povezavo na spletno izdajo revije (v PDF). To smo storili že s to številko. V prihodnosti bi želeli urediti tudi pravo spletno izdajo revije, dostopno na tabličnih računalnikih in pametnih telefonih – zato, da bi ustregli tistim, ki vam ni blizu tiskana oblika ali je zaradi obstoja elektronske oblike ne želite prejemati. Vseeno pa je tiskana oblika revije, sodeč po rezultatih ankete, še vedno močno prevladujoča želja bralcev revije.

V uredništvu se bomo še naprej trudili, da bo revija *Isis* čim bolj aktualno, informativno in kritično glasilo slovenskega zdravništva in bo s tem opravljala funkcijo identificiranja naših skupnih stanovskih interesov in vsebin. Brez jasne zavesti o skupnem se namreč hitro zgodi, da se zdravniki razpustimo na posameznike, s katerimi bodo svojevoljno upravljale bolj organizirane družbene skupine – od političnih do kapitalističnih. Starejši kolegi dobro vedo, kako brezmočen je lahko zdravnik, ko v svojih težavah ostane sam in brez možnosti, da bi ne glede na te težave izzval družbeno pozornost.

V imenu celotnega uredništva se zahvaljujem bralcem za pozornost, sodelavcem pa še posebej za prispevke. Vsem pa želim prijetne počitnice.

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



Impressum

LETO XXII, ŠT. 8-9, 1. avgust 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@zss-mcs.si
Transakcijski račun: 02014-0014268276

PRESEDENIK / 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@zss-mcs.si

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

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

TEHNIČNA UREDNICA, LEKTORICA / EDITOR, REVISION

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

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI / EDITORIAL BOARD AND JOURNALISTS

prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.
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. Anton Mescic, dr. med., svet.
prof. dr. Črt 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@zss-mcs.si

TISK / PRINTED BY

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

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

Lastnik blagovne znamke: Zdravniška
zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162,
1000 Ljubljana

Navodila avtorjem

Rok oddaje vseh prispevkov za objavo v
reviji Isis je do 5. v mesecu za naslednji
mesec. Članke oddajte v elektronski
obliki (velikost črk 12 pt, oblika pisave
times new roman). Dolžina člankov
je omejena na 25.000 znakov – štetje
brez presledkov. V kolikor bi radi v
članku objavili tudi fotografije, naj bo
članek sorazmerno krajši – 1000 znakov
brez presledkov za vsako objavljeno
fotografijo.

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
razsedno zvezo, ko jo uvedete v besedilo,
razložiti.

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

Ker izbrane prispevke honoriramo,
pripisite polni naslov stalnega bivaliča,
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 vse-
bovati 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 ali organizirali srečanje
(uredništvo si pridržuje pravico, da
imena objavi v enotni obliki). Zahval
sponzorjem ne bomo objavili.

Nekrologi

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

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

Letna naročnina za nečlane (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, 9,5-odstotni
davek na dodano vrednost je vračunan v
ceni. Poštnina je plačana pri pošti 1102
Ljubljana.

ISIS

Sodelovali

Prim. prof. dr. Elko Borko, dr.
med., Maribor • **Miroslava Cajncar
Kac**, dr. med., Mc Kac dispanzer za
otroke in mladostnike, d.o.o., Slovenj
Gradec • **Polona Campolunghi
Pegan**, dr. med., Sindikat Praktikum
• **Mag. Eva Cedilnik Gorup**, dr.
med., Sindikat Praktikum • **Asist.
Davorin Dajcman**, dr. med., UKC
Maribor • **Prim. Marko Demšar**,
dr. med., Ljubljana • **Vesna Džubur**,
dr. dent. med., Ljubljana • **Prim.
asist. Jana Govc Eržen**, dr. med.,
ZD Celje • **Iris Hvala Krušič**, dr.
med., ZD Grosuplje • **Prof. dr. Alojz
Ihan**, dr. med., Zdravniška zbornica
Slovenije • **Asist. dr. Rade Iljaž**, dr.
med., Sindikat Praktikum • **Mag.
Željko B. Jakelič**, dr. dent. med.,
Zasebna ordinacija Jakelič, Jesenice •
Branko Jerkovič, dr. med., Sindikat
Praktikum • **Akad. prof. dr. Marjan
Kordaš**, dr. med., Ljubljana • **Prim.
izr. prof. Pavle Kornhauser**, dr.
med., Ljubljana • **Dr. Rok Kosem**,
dr. dent. med., Sekcija pedontologov
SZD • **Doc. dr. Pavle Košorok**, dr.
med., Iatros – dr. Košorok, d.o.o. •
Primož Kuhar, dr. med., Sindikat
Praktikum • **Jasna Kupljen**, dr.
med., Sindikat Praktikum • **Polona
Lečnik Wallas**, univ. dipl. soc.,
Zdravniška zbornica Slovenije •
Asist. dr. Marta Macedoni Lukšič,
dr. med., Inštitut za avtizem in

sorodne motnje, Medvode • **Mag.
Irena Manfredo**, dr. med., Medicina
prometa, dela in športa, d.o.o.,
Zagorje ob Savi • **Mag. Nina Mazi**,
dr. med., Ljubljana • **Igor Mihajlovič**,
dr. med., Sindikat Praktikum • **Prim.
mag. Rafael Podobnik**, dr. dent.
med., Nova Gorica • **Jelka Polh**, dr.
med., Sindikat Praktikum • **Mag.
Mirjana Rajer**, dr. med., Onkološki
inštitut Ljubljana • **Andrej Rant**, dr.
dent. med., Ljubljana • **Dr. Tihomir
Ratkajec**, dr. med., Medicina dela
Rogaška, d.o.o., Rogaška Slatina •
Maja Repolusk, dr. med., Sindikat
Praktikum • **Asist. dr. Janez Rifel**,
dr. med., Sindikat Praktikum • **Prof.
dr. Tomaž Rott**, dr. med., Ljubljana
• **Ksenija Slavec**, dr. med., UKC
Ljubljana • **Asist. Valentin Sojar**,
dr. med., FEBS, MBA, Zdravniška
zbornica Slovenije • **Zdenko Šalda**,
dr. med., ZD Trbovlje • **Dr. Milan
Štrukelj**, dr. med., Mavčiče • **Prim.
dr. Alenka Trop Skaza**, dr. med.,
Zavod za zdravstveno varstvo Celje
• **Prim. prof. dr. Zmago Turk**, dr.
med., Maribor • **Prim. mag. Dušan
Vlahovič**, dr. med., UKC Ljubljana,
SPS Kirurška klinika • **Prof. dr.
Zvonka Zupanič Slavec**, dr. med.,
Medicinska fakulteta Univerze v
Ljubljani, Inštitut za zgodovino
medicne

Spoštovani bralci in avtorji prispevkov,

naslednja številka revije Isis
bo izšla 1. oktobra, v septem-
bru revija ne izide. Prispevke
za oktobrsko številko bomo

zbirali do četrtega, 5. septembra,
na elektronski naslov uredni-
štva: isis@zss-mcs.si.

Uredništvo

Almanah: Portret plemkinje iz 2. polovice 17. stoletja (olje na platno: 88,8 x 68,5 cm; inv. št. NG S 646, © Narodna galerija, Ljubljana (foto Bojan Salaj).

Slovenska umetnost v času med leti 1850 in 1950 je bila prežeta z ustvarjalci, ki jim je usodo krojila jetika. Njihova kreativnost se zaradi zgodnjega umiranja neredko ni mogla razviti. Obsežnejše študije o naših jetičnih slikarjih pri nas ni. Hrvaški zdravnik Boris Vrga pa je leta 2012 pripravil tako študijo in izdal knjigo »Tuberkuloza i likovnost«. V njej je predstavil življenje in delo 14 hrvaških slikarjev, ki jih je prizadela ta bolezen, večina med njimi pa je

umrla zelo mlada. Izjemno ilustrativni in pretresljivi hkrati so primeri njihovega slikarstva, ki so nastali v slutnji smrti. Razlika med deli pred boleznijo in med njo je izredna, najvidnejša v manjši barvitosti del, prevladovanju temnih tonov in ponekod tudi v razkroju risbe. Med predstavljenimi slikarji so za razumevanje refleksije hude bolezni na slikarjevo ustvarjanje najilustrativnejši: Slava Raškaj – 29 let (starost ob smrti), Miroslav Kraljevič – 28 let, Milan Steiner – 24 let, Tomislav Kolobar – 21 let, Kornelije Tomljenović – 30 let, Juraj Plančić – 31 let in Gabro Rajčević – 31 let. Knjigo toplo priporočam v pregled in branje.

Kazalo

■ UVODNIK

Kaj pa specialistična in bolnišnična dejavnost? 3

Valentin Sojar

Uredniški uvodnik 4

Alojz Ihan

■ ZBORNICA

Sklepna stališča zdravniških organizacij Slovenije do aktualnih razmer v zdravstvu 8

Stališča do Zakona o zdravstveni dejavnosti – ZZDej-1 – v javni razpravi 9

Zobozdravstvena oskrba otrok in mladostnikov s kroničnimi boleznimi 14

Rok Kosem

Seminarji in delavnice Zdravniške zbornice Slovenije 16

Razpored seminarjev in prijave 20

■ PERSONALIA

Opravljeni specialistični izpiti 22

■ IZ EVROPE

Anketa med novinarji: Za zdravniško zbornico najvišje ocene 24

Poziv za darovanje zdravil za severovzhodno Sirijo 24

Riba na italijanski način. Kuharski tečaj za trajni užitek ribjih jedi 25

■ ZDRAVSTVO

Obvladovanje stroškov – izzivi in priložnosti 26

Iris Hvala Krušič

■ FORUM

Zaporna kazen namesto upokojitve – izvirna državna »spodbuda« za delo v družinski medicini? 30

Rade Iljaž, Eva Cedilnik Gorup, Janez Rifel, Branko Jerković, Polona Campolungbi Pegan, Jasna Kupljen, Jelka Polh, Igor Mihajlovič, Marija Repolusk, Primož Kuhar

Zdravnik in ulica 31

Nina Mazi

Povejte mi, ali bo mama v tem tednu umrla 32

Mirjana Rajer

»Ljubljanski model otroške

kirurgije« je za Slovenijo primeren 34

Pavle Kornhauser

■ INTERVJU

Hepatitis C: spoznajte ga in se soočite z njim 36

Polona Lečnik Wallas

■ IZ ZGODOVINE MEDICINE

Tuberkuloza med slovenskimi slikarji 42

Zvonka Zupanič Slavec

Prof. dr. Janko Sušnik (1927–2005) – utemeljitelj medicine dela pri Slovencih 46

Zvonka Zupanič Slavec, Zdenko Šalda

■ ZANIMIVO

Doktor Pavle Kornhauser: Zakaj sem ponosen, da sem zdravnik. Pričevanja skozi čas 51

Milan Štrukelj

Združenje integrativne medicine Slovenije 56

Elko Borko, Zmago Turk

S tehniko do zdravja 58

Zvonka Zupanič Slavec

■ MEDICINA

Uporaba HES-a 64

Dušan Vlahovič

Zmanjšanje razširjenosti humanih virusov papiloma (HPV) med cepljenimi dekleti proti HPV v Združenih državah Amerike 67

Alenka Trojč Skaza

Skrb za zdravje mladih v Evropi 68

Miroslava Cajnkar Kac

1. Sušnikovi dnevi 70

Irena Manfredo, Tihomir Ratkajec

Iz prakse za prakso 73

Željko B. Jakelič

Naslovnice pripravlja
Zvonka Zupanič Slavec
Avtor logotipa: Primož Kalan
Oblikovanje naslovnice:
Andrej Schulz, Marko Mastnak



- Delavnica o patologiji medeničnega dna 75
Pavle Košorok
10. kongres Mednarodnega
združenja za ambulantno kirurgijo 78
Pavle Košorok
- STROKOVNE PUBLIKACIJE
- Kaj prinaša DSM-V na področju
razvojno-nevroloških motenj? 80
Marta Macedoni Lukšič
- S KNJIŽNE POLICE
- Florian Illies: 1913: Der Sommer des
Jahrhunderts (1913: Poletje stoletja) 82
Marjan Kordaš
- Darja Lovšin: Diabetična mala kosila, prigrizki in sladice 84
Nina Mazi
- STROKOVNA SREČANJA 86
- MALI OGLASI 95
- ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU
- Koncert s priznanim violinistom Primožem Novšakom 97
Polona Lečnik Wallas
- Pogovorni večeri v »Viteški dvorani«
– prim. Miroslav Kristofič, dr. med. 98
Davorin Dajčman
- Pomlajeni Pro medico navdušil zdravniško občinstvo 100
Ksenija Slavec
- Ti in jaz 102
Andrej Rant
- Belo cvetje 102
Andrej Rant
- Babici 102
Andrej Rant
- Navje 102
Andrej Rant
- Nespravljiva sprava 102
Rafael Podobnik
- Domneva 102
Rafael Podobnik
- Pisatelj ukaz 102
Rafael Podobnik
- Partizani so mi povedali 103
Rafael Podobnik
- Prijatelju iz Baške grape 103
Tomaž Rott
- Ob poroki 103
Tomaž Rott
- Vem, da si dala vse 103
Tomaž Rott
- Obletnica 103
Tomaž Rott
- Večerni Ave 103
Tomaž Rott
- Skrita ljubezen 103
Tomaž Rott
- Pomlad na Notranjskem 104
Tomaž Rott
- Da Vinci – Genij 105
Vesna Džubur
- Nenavadnosti in zmote v križankah
(s poudarkom na medicinskih izrazih) 109
Tomaž Rott
- Favorita potrdila formo 112
Marko Demšar
- Vabilo na oražnovsko srečanje 2013 112
- ZAVODNIK
- Lahko bi bilo bolje, če bi... 113
Jana Govc Eržen

Sklepna stališča zdravniških organizacij Slovenije do aktualnih razmer v zdravstvu

- Zavedamo se kriznih razmer v gospodarstvu in zato tudi naša največja pripravljenost pri premagovanju vse bolj zaostrenih razmer v zdravstvu. Z oceno stanja v zdravstvu in potrebnimi ukrepi za izhod iz krize želimo ustvariti razmere za kar najmanj boleče reze v zdravstvu.
- Slovenija kot država in z njo tudi slovensko zdravstvo se nista pravočasno pripravila na spremenjene razmere v svetu in doma. Zamujanje s posodobitvijo zdravstvene in zavarovalniške zakonodaje bo posledično močno obremenilo zdravstvo kot enega najpomembnejših segmentov družbe.
- Izrazito zagovarjamo uveljavljanje načel javnega zdravja, univerzalne dostopnosti do zdravstvenih storitev, solidarnosti v zdravstvu in poudarjeno skrb za preventivne programe v državi, ki v kriznih časih ne smejo biti okrnjeni. Izkušnje držav, ki so prešle krizne razmere, kažejo na dejstvo, da je ob varčevalnih ukrepih (reorganizaciji) potrebno tudi dodatno vlagati v zdravstvo prav v času kriznih razmer. Zavračamo vse oblike lažne solidarnosti.
- Ocenjujemo, da gre za naslednje razloge za zamujanje z reformnimi procesi:
 - netočne ocene o slovenskem zdravstvu in pomanjkljivo strategijo in vizijo razvoja,
 - slab dialog sposobnosti in nesodelovanje vseh deležnikov,
 - obstoj lobijev, ki jim odgovarja *status quo*,
 - dvotirno upravljanje zdravstva na ravni MZ - ZZZS,
 - procese sistemske korupcije v zdravstvu,
 - populizem na vseh segmentih družbe, tudi med nosilci stroke.
- Mreža javne zdravstvene službe še po 21 letih od zakonske zahteve ni vzpostavljena niti na primarni niti na sekundarni ravni zdravstvenega varstva.
- Ocenjujemo, da je slovensko zdravstvo po svoji kakovosti še primerljivo z razvitimi državami sveta. Dosežki so zavidljivi ob dejstvu, da te rezultate dosegamo s 25 odstotki manj zdravnikov in s 30 odstotki manj sredstev na prebivalca od povprečja držav OECD. Govorimo torej o kakovostnem zdravstvu, ki je hkrati učinkovito.
- Za doseganje evropskega povprečja potrebujemo v Sloveniji več kot 1000 novih zdravnikov. Simulacije med številom diplomantov in specializantov ter predvidenimi upokojitvami nakazujejo, da bo Slovenija ob ustrezni materialni podpori dosegla povprečje EU do leta 2020.
- Zaskrbljujoče je pomanjkanje družinskih zdravnikov (N = 500 do 750) in njihova preobremenjenost. Temu namenjamo prioriteto reševanja na kratki in dolgi rok, zavedajoč se dejstva, da vlaganje v ta segment in ureditev razmer vpliva na znatno razbremenitev sekundarne in terciarne ravni zdravstva.
- Ukrepom za zaposlovanje mladih zdravnikov dajemo največjo pozornost. Gre za nacionalni interes, da dobro izobražene mlade zdravnike zadržimo doma in po kriznih časih ne zaide-mo v ponovno pomanjkanje zdravnikov. Z dodatnimi razpisi specializacij posebej za družinsko medicino (N = 100) v jesenskem času, predlagamo ministrstvu za zdravje najhitrejši in na srednji in dolgi rok najučinkovitejši in najcenejši način rešitve kroničnega pomanjkanja družinskih zdravnikov ter s tem zagotovitev optimalnega in kakovostnega primarnega zdravstvenega varstva, ki je steber v vseh najbolj razvitih državah.
- Razširjeni strokovni kolegiji (RSK) so bili pred leti sicer zamišljeni kot najvišji strokovni organi v Sloveniji, so pa postali skoraj izključno posvetovalni organ ministra za zdravje. Poleg tega v veliki meri tudi niso aktivni. Zavedajoč se, da dobre reforme ne more biti brez aktivnega sodelovanja stro-ke, posvečamo vso skrb, da bi z novoustanovljenimi Strokovnimi sveti pri Slovenskem zdravniškem društvu vzpostavili avtonomna najvišja strokovna posvetovalna telesa v državi, ki so potrebna za oblikovanje argumentiranih in uravnoteženih stališč stroke do vsebinskih vprašanj zdravstvene politike.
- Normativi in standardi zdravnikovega dela so usklajeni med zdravniškimi organizacijami in so pogoj za odpravo uravnilovke zaposlenih in boljše upravljanje z viri in kadri v poslovni politiki zavodov.
- Zagovarjamo ničelno toleranco do vseh oblik korupcije v zdravstvu, tako na individualni kot sistemski ravni. Sodelovanja zdravnikov pri teh dejanjih bomo šteli kot dejanja, nevredna zdravniškega stanu. Od organov pregona in drugih pristojnih institucij pričakujemo ustrezno ukrepanje zoper vse udeležence.
- Upravljanje zdravstva je ključno. Uveljaviti je treba nosilno vlogo ministrstva za zdravje pri upravljanju zdravstvene poli-tike in odpravo dvotirnega sistema na relaciji MZ - ZZZS.
- Razkorak med hitro razvijajočo se sodobno in drago me-dicino ter med zmožnostmi družbe v gospodarski krizi za vzdrževanje zdravstva zahteva korenite reformne procese v smeri dodatnih zdravstvenih zavarovanj za pravice izven ob-veznega zdravstvenega zavarovanja, uvedbe participacije za zdravlila in obiske v ambulantni, kakor tudi interventne ukrepe za hitro reševanje likvidnostnih težav izvajalcev.

- Ob ustrezni reorganizaciji bolnišničnega sistema v Sloveniji, ki je dobro mrežen, predlagamo večjo poslovno avtonomijo, trženje nadstandardnih storitev v dodatnem razpoložljivem času in poudarek na konkurenčnosti slovenskih bolnišnic v domačem in mednarodnem prostoru.
- Razloge za daljšanje čakalnih dob na specialistične preglede in bolnišnične posege je iskati v linearnem zmanjševanju sredstev ZZZS in zmanjšanju programov izvajalcem.
- V javnih polemikah se pogosto zlorablja trditve o privatizaciji in razgradnji javnega zdravstva. V Sloveniji zasebnega zdravstva praktično ni. Opravlja ga le dobrih 200 zdravnikov, od katerih je več kot polovica zobozdravnikov. Preostali zasebni zdravniki so koncesionarji (N = 1350) in so del javne zdravstvene službe. Menimo, da so zelo učinkoviti, kakovostni, da se veliko izobražujejo, ankete zadovoljstva pacientov so njim v prid in da s svojimi vlaganji znatno razbremenjujejo investicijsko dolžnost države. Slovenija močno odstopa od EU v deležu svobodnih oblik dela zdravnikov v javnem

sistemu, še posebej v bolnišničnem sistemu, kjer imamo v Sloveniji le 1 odstotek zasebnih postelj, v primerjavi z EU, kjer jih je v povprečju 20 odstotkov.

- Način sprejemanja zdravstvene reforme: Predlagamo, da se najprej opredeli vizija zdravstva v prihodnje, postavijo strateški ter konkretni cilji. Nato naj sledi zdravstvena zakonodaja (Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o zdravstvenem varstvu in zavarovanju, Zakon o zdravniški službi, Zakon o pacientovih pravicah ...), ki naj se zaradi velike medsebojne odvisnosti sprejema v paketu in ne intervalno. Zaostanek preteklih let zahteva poglobljen razmislek in širši družbeni konsenz, sicer ne bomo dosegli zelenih reformnih učinkov na daljši rok.
- Ne podpiramo hitenja z novim Zakonom o zdravstveni dejavnosti, ki v sedanji obliki ne prinaša dodane vrednosti v smeri večje učinkovitosti zdravstva. Zmanjšuje vlogo nosilnega poklica v zdravstvu in posredno ukinja Zakon o zdravniški službi.

Stališča do Zakona o zdravstveni dejavnosti – ZZDej-I – v javni razpravi

(v javni razpravi do 31. avgusta 2013)

Izvršilni odbor ter Skupščinski svet Zdravniške zbornice Slovenije sta obravnavala predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti ter poleg načelnih sklepov, **da zakon v celoti zavračata, saj ne prinaša sodobnih rešitev organizacije in upravljanja v zdravstveni dejavnosti, značilne za razvite evropske države, ne upošteva od oktobra 2013 uveljavljene direktive o čezmejnem zdravstvenem varstvu, ohranja sedanje stanje s praktično vsemi slabostmi in celo ruši nekatera področja, ki so se izkazala in delovala dobro**, sprejela še naslednje ugotovitve in pripombe pravne narave:

1. Sprejemanje le enega od treh temeljnih zdravstvenih zakonov **ločeno – posebej, je nesprejemljivo**. V kolikor se ta zakon šteje kot del zdravstvene reforme, kar naj bi po svoji vsebini tudi bil, je treba ob tem napisati tudi novi ZZvZZ in ZZdrS, delno sprememnit ZPacP, ZLekD in še kak predpis.
2. Predlog zakona z **ukinjanjem določil Zakona o zdravniški službi posega v javna pooblastila** zbornice:
 - načrtovanje specializacij, pa tudi širše,
 - vodenje registra zdravnikov,
 - strokovne nadzore,
 - odvzemanje licenc.

Specializacije

Iz vsebine prehodnih določb (303., 304. člen) je možno razumeti, da ministrstvo prevzema le tisti del dosedanjega zborničnega pooblastila, ki se nanaša na *načrtovanje specializacij*, vendar pa po našem mnenju v tem primeru preveč posega v določila ZZdrS,

ki se nanašajo na ostale vsebine tega javnega pooblastila, saj jih skoraj v celoti ukinja (17., 18., 19. člen ZZdrS).

Predlog v zvezi z odobravanjem specializacij ne uvaja nobenih izrazitih novosti ali sprememb na področjih, ki so se v preteklih letih izkazala kot pereča. Gre bolj ali manj za prepis določil Zakona o zdravniški službi oz. Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov. Ohranja se javni razpis specializacij, izbirni postopek s tričlansko izbirno komisijo, merila za izbiro (povprečna ocena dodiplomskega študija, dosedanji dosežki in reference, razgovor s komisijo). Z vpeljavo razpisa, ciljanega na konkretnega izvajalca zdravstvene dejavnosti in ne več na regijo, in s pritegnitvijo izvajalca v izbirni postopek kot člana izbirne komisije ter z izvajalčevim delnim sofinanciranjem specializacije predlog navidezno daje vtis, da je izvajalcem omogočil večji vpliv na izbiro specializantov, vendar gre ob pozornem vpogledu le za »lepotne popravke«, ki se ne lotijo jedra problema odobravanja in izvajanja specializacij.

Predlog v zgolj nekaj členih povzame vsebino celotnega Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov in zanemari dejstvo, da je ta pravilnik svojo mnogo bolj obsežno in podrobno vsebino oblikoval skozi leta in na podlagi izkušenj (problemov), s katerimi se je zbornica srečevala v praksi izvajanja in vodenja specializacij.

Odvzem licence

Predlog zbornici pušča pooblastilo podeljevanja in podaljševanja licenc, na podlagi česar je možno razumeti, da ji odvzema pooblastilo odvzemanja licenc. Čemu ta odločitev, ni jasno niti iz obrazložitve predloga, vsekakor pa gre za prevzem

težkega strokovnega bremena. Tudi tu relevantna člena vsebuje pristanek: »oziroma pristojna zbornica« (171. in 172. člen).

Zunanji nadzor (strokovni nadzor)

Razumeti je, da predlog zbornici odvzema javno pooblastilo izvajanja strokovnega nadzora s svetovanjem in ga poimenuje zunanji nadzor (278. člen in dalje), saj v prehodnih določbah (304. člen) ukinja vse člene ZZdrS (56. do 60. člen), ki se nanašajo na to področje, ne ukinja pa omembe tega javnega pooblastila v 71. členu ZZdrS. Odvzem tega javnega pooblastila bi predstavljal hud poseg v avtonomijo zdravništva, saj je doslej vedno veljalo, da naj strokovni nadzor nad delom zdravnikov izvaja zbornica oz. stroka, in ne država in birokracija (nadzorno komisijo naj bi sestavljali predstavniki ministrstva, in *po potrebi zunanji strokovnjaki*, 279. člen).

Tudi tu imajo vsi relevantni člani pristanek: »oziroma pristojna zbornica« (278., 279., 280. člen).

Javna pooblastila zbornici

Predlog v 262. in naslednjih členih določa pogoje, pod katerimi zbornica lahko pridobi javna pooblastila.

Predviden je javni natečaj (če ministrstvo oceni, da se s tem omogoči učinkovitejše in smotrnejše opravljanje upravnih nalog ob upoštevanju javnega interesa in načela racionalne rabe javnega premoženja, 265. člen), kandidiranje zbornic, zahteva se izkazovanje pogojev za pridobitev javnih pooblastil (263. člen), natečajna dokumentacija (266. člen), odločanje ministrstva o vlogah zbornic v upravnem postopku. **Trajanje podelitve javnega pooblastila: tri leta.**

3. Velik **poseg v vsebinska določila Zakona o zdravniški službi** in samoregulacijo zdravništva v okviru tega zakona (302. člen).
4. Zakon **diskriminatorno** obravnava zdravniško službo v primerjavi z lekarniško dejavnostjo.
5. **Predlog ne vsebuje finančnih posledic zakona in primerjalne analize s tujimi ureditvami.**
6. **Razdelitev med primarno, sekundarno in terciarno ravno** naj določi zakon, ne pa minister (6. člen): predlog določa, da minister sam določa razmejitve med primarno, sekundarno in terciarno zdravstveno dejavnostjo, kar je neprimerno (2. odst. 6. člena). Razmejitve, zlasti na mikro ravni je strokovna zadeva.
7. **Mreža javne zdravstvene dejavnosti: zapisan sistem ni konsistenten**, tudi v diktiji, zlasti pa je tog, saj bo morala vlada za vsako spremembo programa (po vrsti in obsegu) za posameznega izvajalca sprejeti odločitev. Ignoriranje direktive o čezmejnih zdravstvenih storitvah. Ni potrebe, da poseben zakon določa merila za mrežo lekarniške dejavnosti (8. člen, 7. odst.).
8. **Delitev na primarno, sekundarno in terciarno dejavnost je umetna tvorba in ne sledi sodobni delitvi dejavnosti** (delitev na ravni zdravstvene dejavnosti – 6. člen, ter vrste zdravstvene dejavnosti – 10. člen). Te definicije ne rešujejo sedanje zmede na področju ambulantnih dejavnosti ... Dodatno zmedo povzroči 21. člen, ki naj bi definiral javno

zdravstveno dejavnost, saj začne mešati pojme ravni in vrst zdravstvene dejavnosti, hkrati pa je diktija od člena do člena nedosledna (npr. 10. in 21. člen).

9. Skozi ves zakon je treba dosledno **spoštovati diktijo iz definicij** ter uskladiti drugo diktijo med seboj (npr. 3. člen – opredelitev koncedenta, opredelitev zdravstvene dejavnosti, ponekod izpuščen koncesionar...)
10. **Hibridni način organiziranja javne zdravstvene službe** (zavodi in koncesionarji) ni ustrezen; ni jasne vizije in postavljenih strateških ciljev. Predlagana ureditev pušča veliko nejasnosti, arbitrarnosti, odločanja na podlagi občutka in želja posameznih političnih in drugih odločevalcev. Vse te nejasnosti in pomanjkanje ciljev in strategije zasebnega izvajanja javne zdravstvene dejavnosti že sedaj povzročajo veliko problemov in zapletov ter težko rešljivih ali nerešljivih situacij.

Predlog določa, da je koncesijski akt predpis ministra, s katerim se za posamezno ali več istovrstnih koncesij določi obseg programa in pogoji izvajanja zdravstvene dejavnosti (69. člen). Skladno z Ustavo RS lahko predpisi urejajo splošno in abstraktno materijo, vprašanja, ki se nanašajo na posamične pravice (kot je npr. obseg programa koncesije), pa se morajo urejati s posamičnimi upravnimi odločbami, saj so s tem kandidatom zagotovljena tudi pravna sredstva.
11. ZZDej dejansko gradi na predpostavki, da je **zasebnitvo v okviru javne zdravstvene mreže tujek v sistemu**; zakonske rešitve prinašajo dokaj hitro izumrtje koncesionarjev, zasebne pobude.
12. ZZDej **posega v materijo, ki jo sicer ureja Zakon o gospodarskih družbah**, saj predpostavlja drug temeljni namen organiziranja podjetij v zdravstvu (čeprav so ta še vedno gospodarke družbe) – zagotavljanje primernih, kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev, in s tem odpira, ne pa rešuje vprašanja, kot so obdavčitev pravnih oseb (ali se zanje še uporablja Zakon o davku na dohodek pravnih oseb), finančno poslovanje teh pravnih oseb itd.
13. ZZDej v 91. členu na povsem **nesistematičen način posega v ureditev insolvenčnih postopkov**, saj koncedentu omogoča začasen prenos izvajanja koncesije na drugega izvajalca, s čimer ustvarja možnost oškodovanja upnikov.
14. ZZDej **posega v računovodske standarde in pravila revidiranja**: v 99. členu opredeljuje ločeno izkazovanje prihodkov in odhodkov, ki se nanaša na izvajanje javnih zdravstvenih dejavnosti in t.i. dopolnilne dejavnosti v skladu s predpisi, ki urejajo preglednost finančnih odnosov. Predlog ob tem pozablja, da za koncesionarje in javne zdravstvene zavode veljajo drugačna pravila glede poročanja o poslovanju.
15. ZZDej določa, da naj bi izvajalec zdravstvene dejavnosti za opravljene storitve izstavil račun v skladu s predpisi, ki urejajo davek na dodano vrednost, pri čemer predlagatelj pozablja, da nekateri izvajalci **niso zavezanci za plačilo DDV** in zato takšnih računov sploh ne smejo izdajati (100. člen).



16. ZZDej določa, da naj bi ničnost koncesijske pogodbe po uradni dolžnosti ugotavljal koncedent (88. člen) – to je v **nasprotju s splošnimi pravili obligacijskega prava**, ki opredeljuje nastop ničnosti po samem zakonu.
17. **Zdravstvenim domovom zakon ne prinaša dodane vrednosti** – nove vsebine; možno je tvegati oceno, da se na ta način lahko z nekaterimi kasnejšimi dodatnimi manjšimi spremembami predpisov privatizira ZD-je ali njihovo vsebino dela – program.
18. Zakon ni naravnan k **sodobnim in učinkovitim načinom organiziranja** javne zdravstvene službe.
19. Nekatere obrazložitve posameznih členov oz. sklopov členov predloga zakona so v neskladju s samo vsebino členov.

Pripombe na posamezne vsebine – nekaj primerov

1. Občina še vedno ostaja regulator za primarno zdravstveno ravnanje, kar se je že do sedaj ugotovilo za neustrezno (koncesije).
2. Zakon določa, da se merila za mrežo javne zdravstvene dejavnosti za posebne zavode ter za lekarniško dejavnost določijo s posebnim zakonom, kar je nekonsistentno (5. odst. 8. člena).
3. Zakon določa, da se za upravne zadeve iz tega zakona uporablja ZUP (9. člen). Iz dosedanjih izkušenj je jasno, da je v številnih zadevah obvezna uporaba zapletenega postopka po ZUP-u cokla in povzročča predvsem velike stroške, ne prinaša pa nove kakovosti ali večjega pravnega varstva.
4. Kadrovske normativi: zakon ohranja kot pogoj za izvajanje zdravstvene dejavnosti kadrovske normativ (2. alineja 1. odst. 11. člena). To določilo že odkazuje na način kalkulacije cene zdravstvene storitve, kakršen je za nekatere dejavnosti določen še sedaj. Hkrati to določilo blokira fleksibilno poslovodno funkcijo in ne zagotavlja prilagodljivosti kadrovske strukture za upravljanje posameznih zdravstvenih storitev glede na razvoj stroke.
5. Zakon še vedno ohranja sedanjo ureditev, po kateri odgovorni nosilec ne sme biti v delovnem razmerju pri drugem izvajalcu, ter na ta način blokira možnost fleksibilne organizacije in fleksibilnih zaposlitvenih načinov. V praksi to pogosto pomeni, da se ne more ali se zelo težko izvajajo nekateri programi iz OZZ, zlasti v manjših in odročnih krajih, kjer za dodeljeni program oz. potrebe ni nujno imeti celotnega tima. Zakon zaostruje možnost zasebnega dela tako, da zahteva najmanj 5 let delovnih izkušenj v javnem zavodu (2. odst. 11. člena).
6. Ne glede na splošni komentar o koncesionarstvu zakon diskriminatorno in neustrezno obravnava postopke za pridobitev dovoljenja za izvajanje zdravstvene dejavnosti.
7. Zakon odvzema zbornici pristojnost vodenja registra zasebnikov in uporabe podatkov iz siceršnjega registra izvajalcev, katerega vodi Nacionalni inštitut za javno zdravje (13. člen).
8. Zakon neustrezno določa pogoje za izbris iz registra izvajalcev (primer: če izvajalec v 30 dneh ne spremeni sprememb podatkov iz registra).
9. Zakon omejuje koncesionarjem opravljanje mrliškopregledne službe, ki jo sedaj opravljajo (21. člen).
10. Vloga zdravstvenega doma: zdravstvenemu domu je dopustno poseganje v opravljanje koncesijske dejavnosti (2. odst. 26. člena).
11. Nejasno je določilo 9. odst. 26. člena, ki govori, da ZD ob preseganju svoje dejavnosti (verjetno je bilo mišljeno s tem delo izven pogodbe z ZZS) sam krije stroške takšnih kapacitet. Določilo je povsem nekonsistentno.
12. Določilo, na podlagi katerega lahko minister (prisilno) določi, da večje število izvajalcev zdravstvene dejavnosti ustanovi skupnost izvajalcev, je nekonsistentno (3. odst. 41. člena).
13. 2. odst. 42. člena omejuje načelo proste izbire izvajalca oz. zdravnika, saj določa, da minister določi, kateri izvajalec zdravstvene dejavnosti na sekundarni ravni zagotavlja svoje specialistične storitve kateremu izvajalcu na primarni ravni.
14. Diskriminatorno obravnavanje koncesionarjev se kaže v:
 - omejitvi dostopa do pridobitve koncesije (66. člen);
 - omejitvi opravljanja zdravstvenih storitev za javna sredstva (skorajšnja uveljavitev direktive EU);
 - omejitvi dolžine veljavnosti koncesije v primerjavi z zavodom (69. člen);
 - zahtevi za dodatno poročanje o svojih finančnih izkazih, tudi po vrstah stroškov (71. člen). Zahteva o poročanju s tovrstnimi podatki ZZS-ju ni primerna. Že sedaj ZZS terjaja vodenje stroškov po posameznih vrstah, kar je popolnoma v nasprotju s poslovnimi standardi med pogodbenima partnerjema v okviru obligacijskega prava;
 - zakon prepušča koncesionarjem opravljanje zgolj tistih storitev in programov, ki jih nima interes upravljati zavod;
 - celotno poglavje, ki določa postopek podelitve koncesij, je neustrezno, saj bi bilo po vsej verjetnosti edino merilo ob siceršnjem izpolnjevanju pogojev.

Nomotehnične pripombe

Predlog je pravno terminološko nedosleden, nekonsistenten in izrazito nepregleden.

Tako predlog že od samega začetka ne sledi svojemu prvemu, napovednemu členu (vsebina zakona), v katerem navaja, da ureja:

- organizacijo, izvajanje in vrste zdravstvene dejavnosti,
- izvajalce zdravstvene dejavnosti,
- pogoje za opravljanje poklica v zdravstveni dejavnosti,
- pravice in obveznosti izvajalcev zdravstvenih storitev,
- kakovost in varnost v zdravstveni dejavnosti,
- strokovne organe in združenja,
- nadzor nad izvajanjem zdravstvene dejavnosti,

- vendar – teh naslovov oziroma relevantnih poglavij v nadaljevanju predloga večinoma ni najti oz. vsaj ne v taki diktaciji.

Predlog se zelo nerazumljivo loteva podajanja definicij vrst in ravni zdravstvene dejavnosti ter njihovih razmejitev (primerjajte 10., 21.–24., 27., 33. člen).

Pod drugim poglavjem z naslovom Zdravstvena dejavnost se v prvem oddelku Splošne določbe namesto napovednih, splošnih določil nahaja le en člen, ki pa govori o tem, katere izmed (vrst?) zdravstvene dejavnosti se lahko izvajajo izključno kot javna zdravstvena dejavnost. Šele v nadaljevanju predlog skuša postaviti shemo zdravstvene dejavnosti, vendar že takoj v 22. členu pride do nejasnosti, saj navede, da »zdravstvena dejavnost na primarni ravni zagotavlja dostop do osnovne zdravstvene dejavnosti...« in s tem vzpostavi dva ločena pojma, *zdravstvena dejavnost na primarni ravni* in *osnovna zdravstvena dejavnost*, med katerima ni jasna razmejitev oz. njuna relacija. V 22. členu bi bilo nomotehnično pričakovati definicijo zdravstvene dejavnosti na primarni ravni, kot je to storjeno v 27. členu (definicija, kaj obsega zdravstvena dejavnost na sekundarni ravni), ter v 33. členu (definicija, kaj obsega zdravstvena dejavnost na terciarni ravni).

V okviru tega poglavja predlog zakona vpelje tudi opredelitev izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki jih v 25. in 29. členu prvenstveno poimenuje kot *javne zdravstvene zavode ter koncesionarje*, v 26. in 30. členu pa brez ustrezne navezave na prejšnji določili prične opisovati zdravstveni dom in bolnišnice. Ta preskok v terminologiji: javni zdravstveni zavod – zdravstveni dom, bolnišnica, je nomotehnično zelo moteč; zakon ne bi smel predpostavljati, da je bralcu jasno, da sta zdravstveni dom in bolnišnica javna zdravstvena zavoda – zakon mora to izrecno definirati, sicer je moč razumeti, da gre za več enakovrednih izvajalcev. Nomotehnično je moteče tudi, da v okviru opredelitev izvajalcev na terciarni ravni predlog ubere popolnoma drugačen princip ter izvajalce (klinike, klinični inštituti, klinični oddelki, NIJZ) prvič omenja – ne v samostojnem členu, temveč znotraj člena, ki definira zdravstveno dejavnost na terciarni ravni (33. člen), pod naslovom *Izvajalci zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni* pa v 34. členu govori že o podelitvi naziva klinika, klinični inštitut, klinični oddelek.

Nekatere izmed vrst zdravstvene dejavnosti, našteje v 10. členu, predlog v nadaljevanju poimenuje *Posebna področja zdravstvene dejavnosti* (47.–62. člen), do drugih vrst pa se ne opredeli, pri čemer ni jasno, zakaj je tako. V naslovu nad 53. členom ter v 59. členu med posebna področja zdravstvene dejavnosti nerazumljivo vključi tudi pokop pokojnika, čeprav do tega mesta kot zdravstveno dejavnost pravilno navaja le ugotavljanje vzroka smrti in obdukcijo (10. člen, v neenaki diktaciji tudi 21. člen).

Predlog posveča veliko pozornost novoustanovljenemu Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje (NIJZ) ter njegovim pristojnostim. Ustanavlja ga v 41. členu, čeprav ga omenja že pred tem, v 13. členu, kjer mu v prvem odstavku podeli pristojnost upravljanja registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti, že v drugem odstavku pa prvotno navedbo razveljavi, saj navaja, da je upravljavec tega registra ministrstvo za zdravje. Upravljanje registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti prav tako ni navedeno med nalogami NIJZ v 42. členu. Ta člen tudi ne omenja upravljanja registra zdravstvenih delavcev, čeprav naj bi bila v skladu s 161. členom tudi to naloga NIJZ. To

kaže na nedodelano vizijo pripravljavca predloga o tem, kdo naj bi vodil in upravljal predmetna registra, kar pa je zelo zaskrbljujoče, saj predlog v 303. členu zbornici odvzema javno pooblastilo vodenja registra zdravnikov ter določi njegovo vključitev v register zdravstvenih delavcev, za katerega pa trenutno v predlogu ni jasno, kdo naj bi ga sploh upravljal.

Pod poglavjem z naslovom *Koncesije za izvajanje zdravstvene dejavnosti* prihaja do cele vrste nedoslednosti in nejasnosti (63.–94. člen).

Tako je v 3. členu (opredelitev pojmov) navedeno, da »**koncesija je pooblastilo**, ki ga država podeli pravni ali fizični osebi za **izvajanje javne zdravstvene dejavnosti**«, v naslovu tega poglavja ter v 63. in naslednjih členih pa predlog izmenično navaja oz. ne navaja pojma »javna« (zdravstvena dejavnost). Popolnoma nepremišljeno ali pa zgolj nerodno je zapisano določilo 64. člena, ki, v nasprotju z definicijo iz 3. člena, pravi, da »Zdravstveno dejavnost **na podlagi koncesije** izvaja koncesionar v okviru mreže javne zdravstvene dejavnosti **na podlagi pooblastila** koncedenta.«

Predlog se pod poglavjem z naslovom *Zdravstveni delavci* v 102. členu po nepotrebnem dotika kvalifikacije zdravnika: to je urejeno v zakonu o zdravniški službi v določilih, v katere predlog ne posega, zato tovrstno podvajanje povzroča le zmedo.

Skozi celoten predlog zakona, zlasti pa v njegovih prehodnih določbah je razvidno, da je bil pripravljen v naglici.

Primerjava 293. 297., 298., 303. in 304. člena pokaže naslednje:

Zbornica naj bi v skladu s 303. členom nadaljevala z izvajanjem nalog javnih pooblastil, razen načrtovanja specializacij ter vodenja registra zdravnikov, ki naj bi ju opravljala še **6 mesecev od dneva uveljavitve zakona**.

V prvem odstavku 304. člena pa je navedeno drugače, in sicer, da **s pričetkom uporabe zakona** (to pa naj bi bilo **v 1 letu od uveljavitve zakona**, 307. člen) prenehajo veljati določila Zakona o zdravniški službi, ki zbornici omogočajo izvajanje ne le zgornjih dveh javnih pooblastil, temveč tudi odvzema licence ter strokovnega nadzora s svetovanjem.

Spet drugače je navedeno v drugem odstavku 304. člena, ki pravi, da določilo Zakona o zdravniški službi, ki govori o načrtovanju specializacij ter vodenju registra zdravnikov, preneha veljati z dnem določitve mreže javne zdravstvene dejavnosti, kar pa naj bi se v skladu z 293. členom zgodilo **v 5 mesecih od dneva uveljavitve zakona**. Na tem mestu pa se na primer ponovno ne črta določilo Zakona o zdravniški službi, ki govori o javnem pooblastilu odvzemanja licenc in strokovnega nadzora s svetovanjem.

V 303. členu pa predlog določa, da naj bi zbornica v 6 mesecih od uveljavitve zakona vnesla podatke iz svojega registra v register zdravstvenih delavcev, ki naj bi ga vodil NIJZ. Vendar pa naj bi NIJZ ta register v skladu z 297. členom vzpostavil šele **v 9 mesecih od dneva uveljavitve zakona**. Zelo verjetno oz. gotovo je, da bo NIJZ potreboval (najmanj) 9 mesecev za vzpostavitev registra, zato ni jasno, kako naj bo v 6 mesecih opravljen prenos, saj je to obdobje, po katerem zbornica na podlagi diktacije predloga zakona izgubi pooblastilo vodenja registra. Predlog je s predvidenim posegom v ustaljen, moderen, ažuren in zanesljiv register zdravnikov zagotovil nekajmesečno odsotnost kakršnega koli registra.



Številka: 041-2/2013/11

Datum: 1. 8. 2013

Na podlagi 19. člena Poslovnika o delu skupščine, izvršilnega odbora ter njihovih organov (besedilo sprejeto na skupščini Zdravniške zbornice Slovenije dne 4. 12. 2007)

RAZPISUJEM NADOMESTNE VOLITVE

za poslanca skupščine Zdravniške zbornice Slovenije za volilno enoto ST4:
Zobozdravniki NM - KK - TR regije zaposlenih zobozdravnikov

za 10. september 2013

Poslanca skupščine Zdravniške zbornice Slovenije se voli na neposrednih, splošnih in tajnih volitvah dne 10. septembra 2013.

Volitve se opravijo z glasovanjem po pošti.

Za poslanca skupščine lahko kandidira vsak član volilne enote, čigar kandidaturo predlaga vsaj deset članov volilne enote. Kandidate za poslanca se določi na volilnem zboru volilne enote.

Prim. asist. mag. Jernej Završnik, dr. med., spec.
predsednik skupščine Zdravniške zbornice Slovenije

Sporočilo za javnost

Zobozdravstvena oskrba otrok in mladostnikov s kroničnimi boleznimi

V Ljubljani, 15. 7. 2013 – Število otrok in mladostnikov s kroničnimi boleznimi se je v zadnjih desetletjih povečalo, tudi tistih z najtežjimi boleznimi, saj je razvoj učinkovitih metod zdravljenja omogočil njihovo preživetje. Kroničnih bolezni, ki so tesno povezane z boleznimi ustne votline, je veliko in njihova pogostnost je različna. Stičišče interdisciplinarne, zdravniške in zobozdravniške oskrbe otrok in mladostnikov s kroničnimi boleznimi je skrb za zgodnje odkrivanje ter učinkovito zdravljenje teh bolezni ob hkratni poudarjeni skrbi za ohranjanje ustnega zdravja.

Med zobozdravniki, še posebno med specialisti za otroško in preventivno zobozdravstvo, se krepi zavedanje o pomenu vključevanja strokovnjakov s področja zobozdravstva v interdisciplinarno oskrbo otrok in mladostnikov s kroničnimi boleznimi. Številne izmed teh bolezni so namreč večplastno povezane z ustnim zdravjem. Otrokova kronična bolezen lahko že sama povzroči bolezenske spremembe v ustni votlini ali poveča tveganje zanje, na to tveganje pa pogosto vplivajo tudi postopki, s katerimi se kronično bolezen zdravi. Prav tako pa lahko boleznimi zob, predvsem karies s svojimi

posledicami, in boleznimi obzobnih tkiv resno ogrozijo zdravstveno stanje otrok in mladostnikov s kroničnimi boleznimi. Zobozdravniški posegi, ki so potrebni, če boleznimi zob in obzobnih tkiv ni uspelo preprečiti, lahko pri otrocih ali mladostnikih z nekaterimi kroničnimi boleznimi povzročijo resne zaplete, pogosto pa so ti posegi tudi zelo zahtevni, saj imajo mnogi kronično bolni otroci in mladostniki tudi zmanjšane zmožnosti na različnih področjih funkcioniranja, tako telesnih kot duševnih. **Stičišče interdisciplinarne, zdravniške in zobozdravniške oskrbe otrok in mladostnikov s kroničnimi boleznimi je skrb za zgodnje odkrivanje ter učinkovito zdravljenje teh bolezni ob hkratni poudarjeni skrbi za ohranjanje ustnega zdravja.**

Dr. Rok Kosem, dr. dent. med., predsednik strokovnega združenja za otroško in preventivno zobozdravstvo (Sekcija pedontologov SZD), je dejal: »Temelji zobozdravstvenih preventivnih ukrepov so tudi pri kronično bolnih otrocih in mladostnikih načelno preprosti: vzdrževanje dobre ustne higijene od izrasti prvega mlečnega zoba dalje z uporabo starosti primerne količine zobne paste z ustrežno koncentracijo fluorida in zagotavljanje

zdrave prehrane, predvsem brez pogostega uživanja hrane in pijač s hitro razgradljivimi ogljikovimi hidrati – sladkorji«.

Število otrok in mladostnikov s kroničnimi boleznimi se je v zadnjih desetletjih povečalo, tudi tistih z najtežjimi boleznimi, saj je razvoj učinkovitih metod zdravljenja omogočil njihovo preživetje. Kroničnih bolezni, ki so tesno povezane z boleznimi ustne votline, je veliko in njihova pogostnost je različna: nekatere so med najpogostejšimi kroničnimi boleznimi (npr. astma), številne pa sodijo med redke bolezni (npr. cistična fibroza).

Astma

Pojavnost astme v zadnjih letih v razvitem svetu narašča. Tako se ocenjuje, da ima v Sloveniji astmo kar 15 odstotkov otrok in mladostnikov. Zdravila, ki se jih učinkovito uporablja pri njenem zdravljenju, so domnevno glavni vzrok za veliko pojavnost kariesa. Velik delež zdravila v prahu, ki pogosto vsebuje sladkorje (npr. laktozo), se pri inhalacijah namreč zadrži v ustni votlini, kar povečuje tveganje za karies. Zdravila, ki omogočajo širjenje dihalnih poti (beta 2-agonisti), hkrati povzročajo zmanjšano izločanje sline, kar domnevno vpliva tudi na pojav erozij, spremenjena sestava sline pa povzroča nastanek trdih zobnih oblog. Pri otrocih in mladostnikih z astmo je velika tudi pojavnost vnetja dlesni, kar povezujejo s spremenjenim imunskim odzivom in pogostim dihanjem skozi usta.

Sladkorna bolezen

Tudi pojavnost sladkorne bolezni tipa 1 narašča v številnih evropskih državah, najbolj pri otrocih, starih do pet let. V Sloveniji tako vsako leto odkrijejo sladkorno bolezen tipa 1 pri 50 predšolskih otrocih. V številnih raziskavah se je potrdilo, da imajo otroci s sladkorno boleznijo zmanjšano izločanje sline, v slini pa je tudi povečana koncentracija glukoze, kar sta dejavnika tveganja za karies. Ker pa dobro vodenje sladkorne bolezni vključuje poleg zdravljenja z insulinom in redne telesne aktivnosti tudi zdravo varovalno prehrano z omejenim uživanjem enostavnih ogljikovih hidratov, to preprečuje karies. Nasprotno pa imajo otroci in mladostniki s slabo vodeno sladkorno boleznijo tudi veliko tveganje za bolezni obzobnih tkiv, kot pri sistemsko zdravih posameznikih pa so tudi pri njih glavni vzročni dejavnik za parodontalno bolezen zobne obloge.

Rak

Za rakom zboli v Sloveniji vsako leto okoli 50 otrok in razvoj učinkovitih metod zdravljenja je povzročil, da se jih večina pozdravi. Za posamezne maligne bolezni so po mednarodnih smernicah predvideni natančni protokoli zdravljenja, ki praviloma vključujejo kombinacije kemoterapije, obsevanja in kirurškega zdravljenja. Pri takšnem intenzivnem zdravljenju se lahko pojavijo takojšnji in/ali pozni stranski učinki, pogosto tudi na zobeh in sluznici ustne votline. Med kemoterapijo se pogosto pojavi vnetje ustne sluznice (mukozitis) in prehodno zmanjšanje izločanja sline, obsevanje celega telesa ali področja glave pa lahko povzroči tudi trajno zmanjšanje izločanja sline, kar izrazito poveča tveganje za karies, lahko pa nastanejo tudi različne razvojne okvare zob. Da bi spremembe v ustni votlini

v največji možni meri preprečili ali pa jih zgodaj odkrili in zdravili, je zobozdravstvena oskrba otroka pomembna že pred začetkom zdravljenja raka, med zdravljenjem in po njem.

Prirojene srčne napake

Podatki kažejo, da ima prirojeno srčno napako skoraj vsak stoti živorojeni otrok, kar pomeni, da lahko v Sloveniji ob 20.000 rojstvih letno pričakujemo, da se vsak mesec rodi okoli 15 otrok s srčno napako. Pri nekaterih izmed njih obstaja veliko tveganje za življenjsko nevarno okužbo na zaklopkah (infekcijski endokarditis), če bakterije iz ustne votline prodrejo v kri (bakteriemija). Do bakteriemije prihaja ob slabi ustni higieni s posledičnim vnetjem obzobnih tkiv že ob vsakodnevnih dražljajih in tudi spontano, pa tudi pri zobozdravniških posegih. Zato je pri otrocih s hudimi srčnimi napakami ohranjanje ustnega zdravja zelo pomembno. Žal pa je mogoče še vedno pogosto zaznati zmotno prepričanje, da je potrebno le, da se pred morebitno operacijo odstrani vnetna žarišča v ustih in takrat otroka antibiotično zaščititi. Prirojene srčne napake s tveganjem za infekcijski endokarditis so razpoznavne praviloma že v prvih mesecih življenja in pomembno je, da je otrok po takšni razpoznavi hitro napoten k zobozdravniku in vključen v sistematično preventivno zobozdravstveno oskrbo.

Z ustnim zdravjem in skrbjo zanj so seveda povezane tudi druge kronične bolezni, kot so motnje strjevanja krvi, kronična ledvična odpoved, ki je pogosto povezana s transplantacijo ledvice, različne motnje hranjenja, celiakija, primarne in sekundarne imunske pomanjkljivosti, juvenilni revmatoidni artritis, epilepsija, nevropsihiatrične bolezni ter še številne druge bolezni, razvojne motnje in sindromi. Med redkimi boleznimi je s stališča zobozdravstvene oskrbe treba omeniti cistično fibrozo. Na leto se v Sloveniji rodi do šest otrok s to boleznijo, ki prizadene številne organe. Bolezen je bila pred leti smrtna v otroštvu, s stalnim izboljševanjem možnosti obravnave obolelih pa vedno več bolnikov živi polno in uspešno življenje v odrasli dobi. Cistična fibroza lahko na različne načine prizadene ustno zdravje, predvsem pa so pomembni redni zobozdravniški pregledi in ustrezni preventivni ukrepi, da bi se omejila potreba po zobozdravniških posegih, pri katerih bi bilo delovanje bolnikovih dihal lahko ogroženo zaradi aspiracije aerosola ali vdihavanja plinov pri oskrbi v splošni anesteziji.

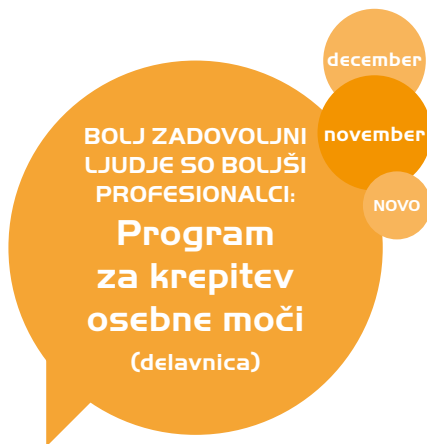
Kljub težavam, s katerimi se srečuje zdravstveni sistem v Sloveniji, je treba zagotoviti, da se ohranijo in nadalje razvijajo načini uspešnega zdravljenja otrok in mladostnikov s kroničnimi boleznimi, prav tako pa tudi na preventivi temelječ sistem zobozdravstvenega varstva celotne otroške in mladostniške populacije. Z nadgradnjo interdisciplinarnega sodelovanja strokovnjakov s področja zdravstva in zobozdravstva pa bi morali doseči, da bi se še izboljšalo ustno zdravje in s tem tudi kakovost življenja najbolj ranljivega dela te populacije – otrok in mladostnikov s kroničnimi boleznimi in zmanjšanimi zmožnostmi.

Dr. Rok Kosem, dr. dent. med., predsednik strokovnega združenja za otroško in preventivno zobozdravstvo (Sekcija pedontologov SZD)

E-naslov: kosem.rok@gmail.com

Seminarji in delavnice

Zdravniške zbornice Slovenije



V programu za krepitev osebne moči bomo vzpodbudili udeležence, da se zavejo strategij oblikovanja in doseganja ciljev in spoprijemanja s stresom ter funkcionalnosti/konstruktivnosti teh strategij, spoznajo nove možnosti in ubesedijo lastne izkušnje. Pojasnili bomo, kako dojemamo lastno moč in učinkovitost in zakaj nam čustva povzročajo stres.

Odgovorili bomo na vprašanja, ali je zadovoljstvo značilnost odnosa ali značilnost osebe oziroma oseb v odnosu, kako do zadovoljstva v zasebnem in profesionalnem življenju ter kaj pomeni osebna moč in odgovornost za lastno življenje. Zadovoljstvo bomo povezali z vrednotami, socialnimi vlogami in načrtovanjem. Ob koncu delavnice pričakujemo spremembo občutljivosti za pričakovanja in delovanje drugih, izboljšanje čustveno inteligentnega sporazumevanja ter oblikovanje koncepta osebne moči, kar vse varovalno deluje pred izgorevanjem.

Omejitev števila udeležencev zagotavlja kakovostno izvedbo delavnice in interaktivno učenje.

Izvajalec: Inštitut PARES

Inštitut PARES je zasebni zavod, namenjen širjenju znanja na področjih veččin v medosebnih odnosih. Andrej Juratovec, socialni delavec kadrovske smeri in športni delavec, namenja posebno pozornost vprašanjem coachinga in čustveno inteligentne komunikacije v različnih delovnih okoljih. Polona Selič je doktorica klinične psihologije, visokošolska učiteljica socialne psihologije in kriminalistike, ukvarja se s poučevanjem in svetovanjem na področju medosebnih odnosov in kot raziskovalka na Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani.

Program in prijavnico najdete na naši spletni strani.



Udeleženci bodo spoznali izhodišča za čustveno inteligentno sporazumevanje, ob tem bo posebna pozornost namenjena nebesednim sporočilom, saj sta način govora in govorica telesa izraz čustev, odziv na lastna čustva in čustva drugih in odraz vsebine besed.

Strah in jezo bomo predstavili skozi samoopazovanje ter v skupini omogočili prepoznavanje različnosti. Empatijo bomo uvedli kot zmožnost zavedanja čustev, potreb in skrbi drugih, ki omogoča razumevanje druge osebe/drugega in oceno problema z njegove strani, kar je še posebej pomembno pri blaženju strahu in zaskrbljenosti ali umirjanju jeze.

Vadili bomo samoopazovanje, opazovanje in dejavno poslušanje ter opozorili na pomen vrednot in socialnih vlog. Ob koncu delavnice pričakujemo, da bodo udeleženci zmogli upoštevati medosebno različnost ter delovanje lastnih in čustev drugih.

Omejitev števila udeležencev zagotavlja kakovostno izvedbo delavnice in interaktivno učenje.

Izvajalec: Inštitut PARES

Program in prijavnico najdete na naši spletni strani.



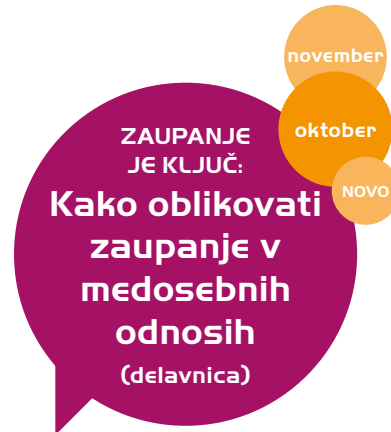
Pri odkrivanju zavajanja bomo izhajali iz temeljnih aksiomov psihosocialnih interakcij, ki pravijo, da človek občasno govori in neprestano nekaj sporoča, včasih razmišlja, ves čas pa nekaj občuti ter da na vsako srečanje dveh ali več oseb vplivajo stališča, pričakovanja in predstave vsakega posameznika. Vadili bomo prepoznavanje besednih in nebesednih sporočil in njihove vloge, saj besede s svojim pomenom predstavljajo zgolj manjši del sporočila in sta več kot dve tretjini sporočila nebesedni, raba nebesednih sporočil v socialnih interakcijah pa pretežno nezavedna.

Zavajanje lahko vzbudi pri različnih ljudeh različna čustvena stanja, telesni odzivi, ki ta čustva spremljajo, pa se med ljudmi razlikujejo, zato je pomembno osredotočeno opazovanje. Da bi tudi po delavnici razlikovali med lažjo in resnico, dobijo udeleženci za popotnico knjigo Novi odročnik: Nebesedno sporazumevanje za vsakdanjo rabo.

Omejitev števila udeležencev zagotavlja kakovostno izvedbo delavnice in interaktivno učenje.

Izvajalec: Inštitut PARES

Program in prijavnico najdete na naši spletni strani.



V delavnici bomo predstavili koncept čustvene inteligentnosti, ki vključuje zmožnost nadzora lastnih čustev in čustev drugih, to pa umestili na polje medosebnih odnosov, kjer je pogosto ključna vloga zaupanja, ko osebi v odnosu druga za drugo verjameta, da sta dobronamerni, zmožni (sposobni) in pripravljeni (vztrajni, dosledni) ravnati na zaželen in/ali dogovorjen način. Ocena dobronamernosti pa pretežno izhaja iz empatičnega, čustveno izraznega odnosnega komuniciranja. Naučili se bomo, kako dosežemo zaupanje v medosebnih odnosih in kako ga ne izgubimo, pa tudi, kako z vedenjem in empatijo zaupanje krepimo. Razumevanje koncepta zaupanja bo prispevalo k rasti samozaupanja pri udeležencih delavnice, prepoznavanje lastne odgovornosti za oblikovanje ciljev in doseganje zadovoljstva pa jim bo pomagalo izboljšati občutek samoučinkovitosti in posledično tudi samozaupanje.

Omejitev števila udeležencev zagotavlja kakovostno izvedbo delavnice in interaktivno učenje.

Izvajalec: Inštitut PARES

Program in prijavnico najdete na naši spletni strani.



Lažemo vsi in laži je več vrst – od belih (vljudnih), do delnih (polresnic) in namernih. Namerne laži poimenujemo zavajanje, bele pa pogosto lepo vedenje. Včasih z besedami olupšamo in namesto laž rečemo »neresnica«. Velikokrat se ne zlažemo neposredno, vendar ne povemo resnice.

V predavanju bomo predstavili odkrivanje zavajanja, ki spremlja človeštvo že iz zgodovine, ko so si pomagali z ogljem in oslovim repom, pa z inkvizicijo, žvečenjem riža ali s polaganjem razbeljenega železa na jezik. Danes beležimo možganske valove in spremembe v telesnih odzivih, ki jih oživčuje samodejni živčni sistem, in opazujemo. Poleg opazovanja je potrebno znati razbrati, poimenovati in interpretirati znake, ki jih opazimo. Ob zavajanju bo omenjen tudi strah, ki pogosto spremlja zavajanje, čeprav ne v vseh prevarah, ki smo jim izpostavljeni v vsakdanjem življenju.

Izvajalec: Inštitut PARES

Program in prijavnico najdete na naši spletni strani.

november
oktober
NOVO

ČUSTVENO
INTELEKTNI STARŠI:

**Reklamni trik ali
uresničljiva mož-
nost?**

(predavanja)

Vsebine s področja čustvene inteligentnosti so namenjene prepoznavi pomena čustev in čustvovanja v komunikaciji in medosebnih odnosih, pa tudi pri razumevanju sebe in drugih, namenjene so ljudem v različnih družinah, odnosih in vlogah. Ne glede na vrsto družine, se v njej naučimo zaupanja oziroma nezaupanja, ki je lahko obče, do vseh ljudi, ali pa vezano na spol, na izkušnjo z materjo oziroma očetom. V družini oblikujemo odnos do nagrad in bližine, do zadovoljstva, kazni in kaznovanja, iz družine izvirajo številni strahovi in prepričanja, ki nas lahko o(ne)srečujejo skozi življenje.

V družini se naučimo tudi vseh vrst govorice. Da bi mogli razumeti svojo govorico, moramo zares spoznati govorico svoje družine oz. tistih, od katerih smo se najprej učili sporazumevanja. Šele potem se je mogoče odgovorno lotiti starševstva v različnih fazah odraščanja otrok (in staršev).

Izvajalec: Inštitut PARES

Program in prijavnico najdete na naši spletni strani.

September

**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 konfliktne 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.

Seminar vodi ga. Metka Komar.

Program in prijavnico najdete na naši spletni strani.

September

**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? **Kaj narediti, ko:**

- pacient tarna in se pritožuje, kako ga boli hrbtnica 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?**
- zakaj se občasno, ko sem odločen ali se postavim zase – počutim krivega?

Seminar vodi ga. Metka Komar.

Program in prijavnico najdete na naši spletni strani.



Namen tečaja je, da osveži in obogati znanje in veščine s področja temeljnih postopkov oživljanja in defibrilacije ter prepoznavanja in pravilnega 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 zastoju življenjskih funkcij (temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomatskega defibrilatorja),
- uporabo pripomočkov pri oživljanju,
- skrb za varnost in uporabo zaščitnih sredstev pri oživljanju,
- shemo 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. Ob zaključku tečaja je preizkus znanja.

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

Program in prijavnico najdete na naši spletni strani.



Na delovnem mestu preživimo do dve tretjini dneva. Osebnostnih lastnosti in komunikacije sodelavcev, kolegov, nadrejenih, podrejenih, pacientov in njihovih svojcev nimamo možnosti izbirati. Medosebni odnosi so tako nujni in izredno pomemben del delovnega okolja. Spori, konflikti in nesporazumi na delovnem mestu pa so sestavni del popolnoma vsakega delovnega okolja.

Poleg različnih oblik dobre komunikacije so **mediacijske veščine in mediacija izredno učinkovit način reševanja sporov in nesoglasij. Mnogokrat mediacija predstavlja edini in prvi prostor, kjer se dva, ki sta v sporu ali le nesporazumu, lahko med seboj slišita.**

Zdravniška zbornica Slovenije vidi reševanje sporov z uporabo mediacijskih veščin in mediacije v zdravstvu kot pozitiven korak k učinkovitejšemu reševanju sporov in posledično večjemu zadovoljstvu vseh, tako ponudnikov kot uporabnikov zdravstvenih storitev.

Enodnevni seminar predstavlja oris mediacije v zdravstvu, mediatorje z izkušnjami iz mediacije v zdravstvu in odgovarja na vprašanje, ali je uporaba mediacijskih veščin in mediacije v zdravstvu koristna? **Predstavljen bo tudi program prvega 100-urnega osnovnega usposabljanja iz mediacijskih veščin in mediacije v zdravstvu za zdravnike in zobozdravnike na Zdravniški zbornici Slovenije.**

**Etika na
prepihu: Ali
lahko predpisi ZZS
in oglaševanje far-
macevtske industrije
vplivajo na zdravni-
kove odločitve in
izide zdravljenja**

(seminar)

November

NAPOVEDUJEMO

Vtisi s seminarjev z Metko Komar:

»Veliko stvari iz seminarja sem sicer vedela že prej, a je bila dobrodošla osvežitev in osvetlitev v drugačni luči ter spodbuda za uporabo novih vzorcev v praksi. Glede na to, da je dobra komunikacija odločilna pri opravljanju poklica zdravnika, menim, da bi bila kakšna tovrstna delavnica NUJNA za vse medicince oz. (bodoče) zdravnike.

Larisa Kragelj, dr. med.

Program in prijavnico najdete na naši spletni strani.

Razpored seminarjev in prijave

ŠT.	NASLOV STROKOVNEGA SREČANJA	DATUM	URA	PRIJAVNICA	SPI TOČKE	KOTIZACIJA
1.	Učinkovito reševanje konfliktov s pacienti <i>(seminar)</i>	september: 17. 9. 2013	9.00–16.0	na spletu	5,5	120 EUR (DDV je vključen), upokojenci imajo 25 % popusta
2.	Odnos s pacienti – Kako reči »ne« brez občutka krivde <i>(seminar)</i>	september: 30. 9. 2013	9.00–16.00	na spletu	5,5	120 EUR (DDV je vključen), upokojenci imajo 25 % popusta
3.	Nujna medicinska pomoč, delavnice za ekipe v zobozdravstvu	oktober: 5. 10. 2013 november: 30. 11. 2013 december: 7. 12. 2013	8.15–15.30	na spletu	8	147 EUR (DDV je vključen)
4.	Spori na delovnem mestu in zakaj je uporaba mediacije in mediacijskih veščin koristna <i>(seminar)</i>	september: 30. 9. 2013	9.00–16.00	na spletu	6	40 EUR (DDV je vključen)

ŠT.	NASLOV STROKOVNEGA SREČANJA	DATUM	URA	PRIJAVNICA	SPI TOČKE	KOTIZACIJA
5.	Da ne bi po nepotrebem strašili in jezili drugih (delavnica)	oktober: 8. 10. 2013 november: 19. 11. 2013	10.00–18.30	mic@zss-mcs.si	v postopku	160 EUR (DDV je vključen)
6.	Zaupanje je ključ: Kako oblikovati zaupanje v medosebnih odnosih (delavnica)	oktober: 15. 10. 2013 november: 26. 11. 2013	10.00–18.30	mic@zss-mcs.si	v postopku	160 EUR (DDV je vključen)
7.	Ne dajte se preslepiti: Trening odkrivanja zavajanja v komunikaciji (delavnica)	oktober: 22. 10. 2013 december: 3. 12. 2013	10.00–18.30	mic@zss-mcs.si	v postopku	190 EUR (DDV je vključen)
8.	Bolj zadovoljni ljudje so boljši profesionalci (delavnica)	november: 5. 11. 2013 december: 10. 12. 2013	10.00–18.30	mic@zss-mcs.si	v postopku	160 EUR (DDV je vključen)
9.	Čustveno inteligentni starši (seminar)	oktober: 24. 10. 2013 november: 12. 11. 2013	17.00–20.15	mic@zss-mcs.si	v postopku	40 EUR (DDV je vključen)
10.	Laž in resnica v medosebnih odnosih (seminar)	november: 14. 11. 2013 december: 5. 12. 2013	17.00–20.15	mic@zss-mcs.si	v postopku	40 EUR (DDV je vključen)
11.	Etika na prepihu: Ali lahko predpisi ZZS in oglaševanje farmacevtske industrije vplivajo na zdravnikove odločitve in izide zdravljenja	november 2013	13.00–19.30	na spletu	v postopku	96 EUR (DDV je vključen)
12.	Zdravnik in novinar	december 2013		mic@zss-mcs.si	v postopku	

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>

Opravljene specialistični izpiti

- **Slobodanka Angelovska**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila 28. 6. 2013
- **Martin Bradač**, dr. dent. med., specialist čeljustne in zobne ortopedije, izpit opravil s pohvalo 4. 6. 2013
- **Primož Caf**, dr. med., specialist radiologije, izpit opravil s pohvalo 12. 6. 2013
- **Marjeta Demšar**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 18. 6. 2013
- **Aleš Fabjan**, dr. med., specialist splošne kirurgije, izpit opravil 26. 6. 2013
- **Aleš Fischinger**, dr. med., specialist travmatologije, izpit opravil s pohvalo 28. 6. 2013
- **Tomaz Friedrich**, dr. med., specialist radiologije, izpit opravil s pohvalo 21. 6. 2013
- **Vesna Gaberšek**, dr. med., specialistka psihiatrije, izpit opravila 30. 5. 2013
- **Kristina Gorjup**, dr. med., specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravila 18. 6. 2013
- **Sergeja Gregorčič**, dr. med., specialistka infektologije, izpit opravila 11. 6. 2013
- **Brigita Gregorič**, dr. med., specialistka internistične onkologije, izpit opravila 12. 6. 2013
- **Sanja Grm Zupan**, dr. med., specialistka pnevmologije, izpit opravila 14. 6. 2013
- **Urška Herlah**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 18. 6. 2013
- **Hana Hollan**, dr. med., specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravila s pohvalo 28. 5. 2013
- **Primož Humar**, dr. med., specialist ortopedske kirurgije, izpit opravil s pohvalo 13. 6. 2013
- **Barbara Jemec Zalar**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 18. 6. 2013
- **Ana Jeromen**, dr. med., specialistka onkologije z radioterapijo, izpit opravila s pohvalo 21. 6. 2013
- **Jelka Jurančič Mikek**, dr. dent. med., specialistka čeljustne in zobne ortopedije, izpit opravila 28. 5. 2013
- **Ajda Juvanec**, dr. med., specialistka otorinolaringologije, izpit opravila 4. 6. 2013
- **Nina Kafel Jere**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 18. 6. 2013
- asist. **Polonca Kogoj**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 31. 5. 2013
- **Peter Kopač**, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil s pohvalo 7. 6. 2013
- **Teja Krašna**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 18. 6. 2013
- **Ajda Krbavčič**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 18. 6. 2013
- asist. **Miran Krizančič**, dr. med., specialist plastične, rekonstrukcijske in estetske kirurgije, izpit opravil 28. 6. 2013
- **Boštjan Lavriša**, dr. dent. med., specialist čeljustne in zobne ortopedije, izpit opravil 18. 6. 2013
- **Miha Lukač**, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 18. 6. 2013
- **Aleksander Marin**, dr. med., specialist radiologije, izpit opravil s pohvalo 20. 6. 2013
- **Ana Marn Vodovnik**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 18. 6. 2013
- **Jožica Megušar Sedelšak**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 18. 6. 2013
- **Sara Miletič**, dr. med., specialistka oftalmologije, izpit opravila 21. 5. 2013
- **Špela Oberstar**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila 18. 6. 2013
- **Damjana Palčič Berce**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 18. 6. 2013
- **Urša Pečjak**, dr. med., specialistka oftalmologije, izpit opravila 15. 5. 2013
- dr. **Denis Perko**, dr. med., specialist nevrologije, izpit opravil 21. 5. 2013
- **Katarina Pezdevšek**, dr. med., specialistka radiologije, izpit opravila 17. 6. 2013
- **Alja Plut**, dr. dent. med., specialistka čeljustne in zobne ortopedije, izpit opravila s pohvalo 24. 5. 2013
- **Peter Pukl**, dr. med., specialist otorinolaringologije, izpit opravil 21. 5. 2013
- **Brigita Pukmeister**, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila 5. 6. 2013

- **Helena Skačej Friedrich**, dr. med., specialistka oftalmologije, izpit opravila 13. 5. 2013
- **Martina Slabe**, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila s pohvalo 21. 5. 2013
- **Gregor Šavli**, dr. med., specialist radiologije, izpit opravil 21. 5. 2013
- **Valerija Šimec**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 18. 6. 2013
- **Matevž Škerget**, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil s pohvalo 27. 6. 2013
- **Sonja Tomšič**, dr. med., specialistka javnega zdravja, izpit opravila 18. 6. 2013
- **Tina Tomšič**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 18. 6. 2013
- **Jože Uršič**, dr. med., specialist oftalmologije, izpit opravil 14. 5. 2013
- **Željka Večerić Haler**, dr. med., specialistka nefrologije, izpit opravila s pohvalo 26. 6. 2013
- **Karmen Verhovc**, dr. dent. med., specialistka čeljustne in zobne ortopedije, izpit opravila 16. 5. 2013
- **Marijana Vujčić**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 9. 5. 2013
- **Sonja Vukič**, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila 28. 5. 2013
- **Anna Węgiel Leśkiewicz**, dr. med., specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravila s pohvalo 17. 6. 2013

Čestitamo!



Anketa med novinarji: Za zdravniško zbornico najvišje ocene

Zdravniška zbornica za Zgornjo Avstrijo (*Ärztammer für Oberösterreich*) redno sodeluje s približno 60 novinarjami in novinarji: vprašanja o zdravstvenopolitični tematiki, iskanje medicinskih izvedencev. A tudi problematika o specialnih temah, ko je nujno mnenje ali »znanje iz ozadja«, končno pristane v Oddelku za stike in tisk (*Abteilung für Kommunikation & Presse*), kjer se obdelata. Na tem področju je predvsem pomembna hitrost in *know how*, pa tudi pripravljenost

funkcionarjav in strokovnjakov, da se hitro in pristojno odzivajo na vprašanja s strani medijev.

Anketa, ki je bila v tem smislu že tretjič izvedena med novinarji, je spet podala nadpovprečno dobre rezultate.

Vir: OÖ Ärzte, št. 271, maj 2013

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

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



Poziv za darovanje zdravil za severovzhodno Sirijo

Državljanska vojna v Siriji se nadaljuje, žrtve vojne so predvsem otroci, ženske in starejši ljudje. Trpljenje in gorje Sirijcev je že prekoračilo mejo človeške predstave o tem.

Temelji življenja državljanov so uničeni, medicinska oskrba je razpadla, stotinam dializnih pacientov grozi počasna smrt.

Jamčimo, da bo transport zdravil izveden prek kake mednarodno priznane humanitarne organizacije (npr. Rdeči križ) in da bo organizacija oz. koordinacija vodena prek naših organizacij. V zvezi s tem se zavezujemo, da bodo darovani denar oz. zdravila na voljo vsem, ki to potrebujejo, neodvisno od politične usmeritve ali narodne pripadnosti.

Nujno potrebujemo naslednja zdravila: (sledi seznam približno 20 zdravil oz. dializnih pripomočkov)

Kontakt:

Kurdska zveza za človekove pravice in socialne zadeve v Avstriji. Predsednik dr. Alan Kader.

Vir: OÖ Ärzte, št. 271, maj 2013

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Opomba: Objava dokazuje odprtost avstrijskega zdravništva ter naklonjenost za pomoč trpečim ljudem. Sprašujem se pa, zakaj v seznamu zdravil urednik ni popravil nekaj očitnih napak, ki so morda nastale med (nepotrebnim) prevajanjem ali prepisovanjem strokovnih izrazov. Naključje ali namen?

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

Aufruf zu Medikamentenspende für den Nordosten von Syrien

Der Bürgerkrieg in Syrien dauert an, die Opfer des Krieges sind vor allem: Kinder, Frauen und ältere Personen. Das Leid und Elend der Syrer hat die menschliche Vorstellungskraft überschritten.

Die Lebensgrundlage der Bürger ist zerstört, die medizinische Versorgung ist zusammengebrochen. Hunderten von Dialyse-Patienten droht der langsame Tod.

Wir garantieren, dass der Transport der Medikamente an eine international anerkannte humanitäre Organisation (z.B. Rotes Kreuz) erfolgt und die Organisation bzw. Koordination diesbezüglich von unserer Organisation übernommen wird. In diesem Zusammenhang verpflichten wir uns, dass Spendengelder bzw. Medikamente einem unbegrenzten Empfängerkreis zur Verfügung stehen werden, unabhängig von politischer Haltung oder Volksgruppenzugehörigkeit.

Folgende Medikamente werden dringend benötigt:

- Salbutamol sulphate Spray
- Vinpocetine 5 mg
- Clopidogrel 75 mg
- Amlodipine 5 mg
- Furosemide 40 mg
- Diclofenac sodium Supp 25 + 50 + 100 mg
- Nitroglycerin 500 mg
- Glimepiride 2 + 3 + 4 mg
- Losartan potassium 25 + 50 + 100 mg
- Isosorbide dinitrate 10 + 20 + 40 mg
- Metoprolol tartrate 50 mg
- Aspirin 81 + 100 + 162 mg
- Hustentabletten und Tropfen
- Blutschläuche für Dialyse-Gerät
- Hemodialysis, Arterial ... Venus tubis
- Festula Neodeles
- Acid concentrate
- Bicarbonat pulverisierend

FortBildung (OÖ Ärzte, št. 271, maj 2013; MedAK)

Riba na italijanski način. Kuharski tečaj za trajni užitek ribjih jedi

Ernesto kuha v slogu regionalne, sezonske, poštene in trajne italijanske ribiške kuhinje.

Ciljna skupina: vsi, ki jih to zanima.

Vsebina:

- Od vode do kroznika: od kod prihaja »naša« riba?
- Katera riba v kateri sezoni?
- Ne, hvala, ne v moji kuhinji!
- Riba v italijanski kuhinji – tradicija in uvajanje novosti.
- Priprava in skupen užitek v okusnem ribjem meniju.
- Mar mora biti k ribi vedno belo vino? Popolno (perfektno) odločanje za vrsto vina.

Trener: Ernesto Lomio, diplomirani preskuševalac vin (*sommelier*) in strastni kuhar. Navdušenja za užitno (jedilno; *essbar*) stran življenja se je navzel v kulinaricnem družinskem podjetju v Basilikati. Od leta 2008 ima lastno proizvodnjo olivnega olja znamke »Vulture«. Od leta 2009 je lastnik podjetja »Kultura uživanja« in se v tem svojstvu vidi kot poslanik raznolike kulture užitka.

Metoda: Delavnica (*workshop*) s teoretičnim uvodom, z aktivnim kuhanjem in skupno pojedino.

Termin: Sreda, 12. junija 2013.

Čas: Od 16.00 do približno 21.00.

Kraj: Sinnkultur Jurda, Johannes Lehner Straße 5, 4061 Pasching.

Stroški: 81,00 EUR, živila in dodatki. Dodatna pijača se plača posebej.

Udeleženci: Prijava obvezna, omejeno število!

Prijava: Prek kupona za prijavo oz. prek www.medak.at.

Prevod in opombe: Marjan Kordaš

Opomba I: Sumljivo je, da trener proizvaja oljčno olje znamke *vulture*. Znano je, da to v angleščini pomeni *jastreb mrhovinar*. Manj pa je znano, da se je tako imenoval letalski motor (1750 KM), ki je med 2. svetovo vojno poganjal znamenito lovsko letalo *Harvoker Tornado*. A motor je bil zelo nezanesljiv zaradi slabega mazanja; odpadno olje utegne biti bistvena sestavina tozadevnega oljčnega olja...

Opomba II: Razpis kuharskega tečaja med množico profesionalnih medicinskih, ki jih prireja *MedAK*, se mi zdi neobičajen, hkrati pa je dokaz za odprtost avstrijskega zdravništva. Kotizacija je zmerna. Spodbudno je spoznanje, da je užitek tudi sestavina zdravniškega življenja.

Opomba III: Predlagam, naj slovenska zdravniška zbornica uvede podoben kuharski tečaj in ga strokovno ovrednoti. Kotizacija naj bo vsaj dvakrat manjša, vendar mora vsak slovenski udeleženec prinesiti svojo ribo...

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

Domus Medica za vas!

Organizirate strokovno srečanje? Posvet, debatni klub ali pa samo širši sestanek? Si želite organizacijo odmevnejšega dogodka, ob tem pa imeti medijsko podporo ali celo novinarsko konferenco?

V Domus Medica so vam na voljo tri učilnice, ki so namenjene manjšim skupinam in imajo različno postavitev sedežev. Odlično opremljene so tudi sejne sobe, s površino od 30 m² do 70 m², ki so zelo primerne za novinarske konference. **Za večje dogodke je na voljo konferenčna dvorana, ki sprejme 260 udeležencev.** Opremljena je z najsodobnejšo audio- in videotehniko ter interaktivnim glasovalnim sistemom. Članom zbornice so na voljo ugodni popusti.

Za več informacij o Medicinsko izobraževalnem centru pišite

Mojci Vrečar (mojca.vrecar@zss-mcs.si),

Poloni Wallas (polona.wallas@zss-mcs.si)

ali pokličite 01 30 72 152.



Obvladovanje stroškov – izzivi in priložnosti

Iris Hvala Krušič

V Modri dvorani Domus Medica je v organizaciji Sekcije domskih zdravnikov in Zdravniške zbornice Slovenije 13. junija 2013 potekalo že 3. srečanje timov v DSO/SVZ s preko 140 udeleženci. Prvi dve srečanja sta potekali 27. februarja 2010 in 19. marca 2011 v organizaciji Sekcije mladih zdravnikov družinske medicine in Sekcije zdravnikov v socialno-varstvenih ustanovah, program in zaključki so bili objavljeni na spletni strani Združenja zdravnikov družinske medicine. Tako kot takrat, so bile ponovno obravnavane organizacijske teme, zato si tako srečanje pravzaprav zasluži naziv posvet. Udeležence – zdravnike družinske medicine, ki delajo v ambulantah domov, njihove ambulantne medicinske sestre, medicinske sestre, ki delajo v domovih, vsi skupaj pa predstavljajo time domov starejših občanov/socialno-varstvenih ustanov (DSO/SVZ) – je pozdravila Iris Hvala Krušič, dr. med., domska zdravnica in programska vodja srečanja, z željo, da bi srečanje postalo tradicionalno.

V uvodu so bili omenjeni dosežki prvih dveh srečanj. Vse bolj jasno postaja, da se delo družinskega zdravnika v ambulanti in na oddelku DSO/SVZ zelo razlikuje od dela v ambulanti družinske medicine v zdravstvenem domu, saj je več administrativnih, fizičnih, čustvenih in strokovnih obremenitev. Prav tako zdravniki nismo več podpisniki kategoriziranja varovancev v zdravstveno nego, mesečno ne vpisujemo stopnje inkontinence v zdravstveni karton bolnika, temveč le ob ugotovitvi in spremembi stanja. Normativ števila varovancev na tim se je s 304 zmanjšal na 302, kar je sicer zanemarljivo, in v zadnjih treh letih se je število razpoložljivih mest v domovih zvečalo za nekaj sto zaradi povečanja zmogljivosti, pa tudi zmanjšanega zanimanja za sprejem, predvsem iz finančnih razlogov, zato pa domovi sprejemajo vse bolj bolne in pomoči potrebne.

Žal pa je neizpolnjenih dogovorov še več. Še vedno niso bile uvedene predlagane storitve zdravnika za obračun Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), kot so prvi, ponovni obisk ob postelji, pogovor s svojci, konzultacija s kliničnim specialistom, čeprav se pregledi razlikujejo od pregledov pacientov v ambulanti v zdravstvenih domovih (ZD): pogovori so časovno ter vsebinsko obsežni in izčrpavajoči, tudi konzultacije s kliničnimi specialisti so v DSO pogostejše, saj veliko varovancev ne more dati podatkov o svojem zdravju in zdravljenju. Tudi glede izobraževanja iz geriatrije ni novosti in napredka. Finančna kriza se je v zadnjih treh letih še poglobila, do prevetritve košarice pravic iz osnovnega zdravstvenega zavarovanja (OZZ) pa ni prišlo. Zdravniki od ZZZS še vedno ne prejemo hitrih in nedvoumih odgovorov v pisni obliki, ko jih zaprosimo za pomoč, od uslužbencev pa, če jih uspemo priklicati po telefonu,

največkrat zvemo, da se na omenjeno problematiko ne spoznajo, pristojni, h kateremu nas telefonsko vežejo, pa ni dosegljiv.

Kljub prizadevanjem in pošiljanju dopisov se še vedno pojavljajo zahteve s sekundarne ravni za opravljanje preiskav, za katere so bili klinični specialisti pravzaprav pooblaščenici z našo napotnico. Na žalost niti sistem on-line ni bil nadgrajen s podatki o interakcijah med zdravili, ki bi pri delu zdravnika v DSO, kjer varovanci prejemajo veliko število zdravlil, tudi 10 in več, polovica varovancev več kot šest, petina pa neustrezna zdravlila, pripomogel k bolj varnemu predpisovanju le-teh. Nadalje, medicinske sestre še niso kompetentne za določanje stopnje inkontinence, predpisovanje ustreznih medicinskih pripomočkov, samostojno vodenje nezapletene sladkorne bolezni, oskrbo kroničnih ran in nego stome, s čimer se je kasneje v razpravi strinjala tudi predsednica Zbornice zdravstvene in babiške nege – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, gospa Darinka Klemenc. In nazadnje: predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, ki bi olajšal financiranje oskrbe v domovih, je ostal v predalu Ministrstva za zdravje.

Povod za organizacijo tokratnega srečanja so bili najava nadzorov ZZZS nad naročanjem, evidentiranjem in izvajanjem prevozov bolnikov z reševalnimi vozili, nejasna navodila, neskladja med navodili in interpretacijami pravil ZZZS glede predpisovanja medicinsko-tehničnih pripomočkov (MTP) s strani izbranega osebnega zdravnika za varovance domov, zlasti pripomočkov za sladkorno bolezen, delitve stroškov za obvladovanje bolnišničnih okužb, predvsem brisov na MRSA in ESBL, kjer opažamo, da imajo o istem problemu zdravniki, negovalni timi, Skupnost socialnih zavodov Slovenije (SSZS), ZZZS, stroka ter varovanci in njihovi svojci vsak svojo razlago.

Prav tako si je treba prizadevati za enotna in razumljiva ter nedvoumna navodila in merila, ki jih je možno uporabljati pri vsakdanjem delu. In če spomnim, kako je že cesarica Marija Terezija dejala: **Zakon postane legitimen šele takrat, ko ga razume najneumnejši svinjski pastir v Galiciji**, je jasno tudi, da nismo pastirji in živimo v Sloveniji v 21. stoletju, a zato nič bolje.

Po nagovoru je imela prvo predavanje doc. dr. Tatjana Lejko Zupanc, dr. med., predstojnica Službe za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb (SPOBO). Poudarila je, da domovi niso bolnišnice, čeprav so v njih številni bolniki popolnoma odvisni od pomoči, kadrovska zasedba pa pogosto ni zadostna in DSO predstavlja za starostnike bivalno okolje. Predstavljeni so bili rezultati evropske študije *ESAC-NH '09* o porabi antibiotikov, kjer je na dan raziskave le-te prejelo 2,7 do 3,2 odstotka varovancev slovenskih domov. Opozorila je na posledice

neustreznega predpisovanja antibiotikov, predvsem selekcijo odpornih sevov in prenos večkratno odpornih bakterij, od katerih sta v domovih problematični predvsem MRSA, ki je zaradi razkuževanja rok v upadu, ter sevov, ki izločajo ESBL. Čeprav je pogostost večkratno odpornih bakterij v DSO velika (11,7-odstotna), pa je izjavo, da so DSO rezervoar za okužbe z njimi, težko interpretirati, ker prevalenca v splošni populaciji ni znana.

Podani so bili praktični nasveti za omejevanje prenosa povzročiteljev bolnišničnih okužb (PBO), predvsem higiena in razkuževanje rok, poučenost in motivacija osebja, pa tudi svojcev, kohortna izolacija ima prednost pred popolno socialno izolacijo, osamitev pride v poštev le v primeru epidemije, na katero posumimo predvsem na podlagi izvidov iz bolnišnice, previdno predpisovanje antibiotikov, ki naj bodo ozkospektralni in naj se jemljejo čim krajši čas, pri pljučnici npr. le 7 dni, izpolnjena morajo biti minimalna merila za pričetek antibiotične terapije. Iskanje možnih nosilcev PBO, ki so brez simptomov, ni smiselno, razen v primeru epidemij in prisotnosti kroničnih ran. Pri potrjenih nosilcih PBO je potrebno predvsem razkuževanje rok in uporaba zaščitnih sredstev. Tiste, ki so zmedeni, imajo rane z izločki, so inkontinentni, pa je treba kontaktno izolirati ali kohortirati, da se omeji prenos PBO. Predvsem je treba paziti, da z ukrepi ne bi prišlo do socialne stigme, saj se s tem funkcionalno stanje varovanca lahko še poslabša, zato predvsem nosilcev MRSA ne smemo izključiti iz vsakdanjih aktivnosti, potrebni pa so zadostni higienski ukrepi. Osebe si mora roke dosledno razkuževati pred in po stiku z bolnikom in med postopki pri bolniku (varovancu). Del okužb je mogoče preprečiti s sprejetjem minimalnih standardov v ustanovi in aktivnim sodelovanjem vseh, ki so udeleženi v procesu nege.

Sledilo je predavanje Valerije Lekić Poljšak, predstavnice Skupnosti socialnih zavodov Slovenije, ki je predstavila Financiranje zdravljenja in zdravstvene nege v institucionalnem varstvu starejših. 1. januarja 2013 je bilo v javni mreži institucionalnega varstva 20.164 mest pri 99 izvajalcih na 120 lokacijah, od tega za starejše 18.612, za odrasle s posebnimi potrebami pa 2.333 mest, od tega večina v petih posebnih socialnovarstvenih zavodih na sedmih lokacijah. Od leta 2003 se je obseg javne mreže razširil za 8.500 mest oziroma 74 odstotkov. Po Zakonu o socialnem varstvu obsega institucionalno varstvo vse oblike pomoči v zavodu, v drugi družini ali drugi organizirani obliki, s katerimi

se upravičencem nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma in lastne družine, zlasti pa bivanje, organizirana prehrana in varstvo ter zdravstveno varstvo. Zdravstveno varstvo je urejeno z zdravstvenimi predpisi, in to specifično za oskrbovance socialnovarstvenih institucij. Institucionalno varstvo starejših in posebnih skupin odraslih predstavlja 7 odstotkov proračuna ZZZS. Na 302 postelji pripada v ambulanti splošne medicine v DSO/SVZ 1,0 zdravnika (specialista družinske ali splošne medicine), 1,1 tehnika zdravstvene nege, 0,33 nosilca laboratorijske medicine, kar zneso 27.488 količnikov na letni ravni in pet ur na posteljo na leto. Raven realizacije zdravstvene nege (ZN) v preteklem letu je merilo za določitev ZN za tekoče leto, torej pavšal.

Zavodi kot ločeno zaračunljiv material (LZM) zaračunavajo igle, braunile, infuzijske sisteme, zdravila s seznama A, ki jih predpiše zdravnik klinični specialist, ki dela po pogodbi s SVZ. LZM se načrtuje količinsko glede na porabo v preteklem letu. Standardizirani materialni stroški v cenah storitev SVZ so namenjeni izvajanju storitev zdravstvene nege: za zagotavljanje pripomočkov, raztopin in materialov za oskrbovance, delovna sredstva, opremo in materiale za izvajanje ZN. Zavodi torej varovancem zagotavljajo vse medicinske pripomočke: negovalne postelje, hodulje, bergle, vozičke (razen tistih, ki jih predpiše fiziater), trapeze za obračanje, obvezilne materiale, katetre, blazine proti preležaninam itd., razen plenice in podlog pri inkontinenci na zbirno naročilnico, ki jo podpiše zdravnik, in merilnih lističev za glukozo pri varovancih, ki se zdravijo z insulinom, imajo od diabetologa predpisan glukometer in izvajajo samokontrolne krvnega sladkorja, naročilnice prav tako podpiše zdravnik. Pravila OZZ to utemeljujejo s tem, da domovi izvajajo nego, ne pa zdravljenja, tako ima zavarovana oseba v DSO



pravico na podlagi naročilnice do vseh medicinskih pripomočkov, razen tistih, ki jih DSO zagotavljajo iz svojih materialnih stroškov.

Kot predstavnik ZZZS je predavala mag. Sergeja Rajh Travner iz Območne enote (OE) Celje o pravicah varovancev DSO do medicinskih pripomočkov (MP). Potrebo po njih ugotavlja zdravnik, ki je pooblaščen za njihovo predpisovanje, pri tem mora upoštevati strokovna priporočila in kriterije. Če za predpis osebnih izbrani zdravnik ni pristojen, bolnika napoti k ustreznemu kliničnemu specialistu. Ker ima večina MP določeno trajnostno dobo, ki prične veljati, ko bolnik v lekarni ali pri dobavitelju dvigne MP, mora zdravnik ob izpisu naročilnice v on-line sistemu preveriti datum dviga. Do zamika lahko pride, ker ima zavarovana oseba 30 dni časa za prevzem MP. Predčasen predpis je možen v primeru neustreznosti obstoječega MP ali spremembe zdravstvenega stanja, ne pa v primeru kraje, izgube ali uničenja pripomočka. O upravičenosti do predčasne predpisa odloča imenovani zdravnik na ZZZS. Tudi v tem predavanju je bilo poudarjeno, da imajo varovanci DSO/SVZ pravico do vseh MP na naročilnico, razen tistih, ki jih domovi zagotavljajo iz materialnih stroškov, vključno z materiali za nego stome. Torej plenice **da** in merilni lističi za krvni sladkor **da**. To je bil namreč odgovor, ki ga je večina udeležencev zaradi neenotnih in neuskkljenih navodil ZZZS med posameznimi OE nestrpno pričakovala. To stališče je Skupina za pravila OZZ sprejela na seji 18. decembra 2012. A smo to zvedeli šele 13. junija 2013...

Po odmoru za kavo, v katerem so udeleženci pod UV-lučko in po nanosu gela z indikatorjem lahko preverili, ali si dobro razkužujejo roke, je Iris Hvala Krušič prisotne domske zdravnike pozvala k povezovanju, sodelovanju in predstavila načrt pridobivanja posebnih znanj in veščin, ki so pomembni pri vsakdanjem delu v domskem okolju. Dobrodošla bi bila sicer poglobljena znanja iz geriatrije, vendar za Slovenijo še ni pripravljen načrt izobraževanja, večina predlaganih področij pa je že na voljo v obliki raznih tečajev, šol, delavnic. Znova je spomnila na možnost pridobitve specialističnega naziva s področja geriatrije na podlagi dela (ideja je nastala že na 1. srečanju pred tremi leti) in pogoje, ki bi jih morali za to izpolnjevati domski zdravniki.

Omenjeno je bilo tudi stanje v domovih po Sloveniji in primerjava kriterijev za sprejem na Negovalni oddelek UKC Ljubljana z značilnostmi bolnikov, ki so iz bolnišnice premeščeni naravnost v domove. Naši bolniki so v slabši koži, s slabšo prognozo, psihično nestabilni, potrebujejo 24-urni nadzor, v negovalni bolnišnici pa za primerjavo za 30 bolnikov skrbita kar dva zdravnika (v DSO eden za 302 bolnika!!!).

Sergeja Rajh Travner je predstavila tudi predpise ZZZS o reševalnih prevozih. Pravica do le-teh nastane, kadar iz zdravstvenih in drugih razlogov ni mogoče opraviti prevoza z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim avtomobilom, upoštevati je treba zdravstveno stanje na dan prevoza, ne pa diagnoze bolnika (rak), velja tudi pravilo najbližjega izvajalca, z izjemo

Onkološkega inštituta, psihiatričnih bolnišnic, URI Soča, Valdolte, ki opravljajo dejavnost izključno na področju psihiatrije, rehabilitacije, onkologije in ortopedije. Do prevoza v zdravilišče so bolniki upravičeni, če jim je bilo zdraviliško zdravljenje odobreno s strani imenovanega zdravnika. Samoplačniki so v primeru, da prevoz naročijo sami ali njihovi svojci, če zdravstvene storitve uveljavljajo zaradi zahtev ali predpisov na drugih področjih ali pri drugih organih (sodišča, zavarovalnice) in na pregledu pred invalidsko komisijo, pri sprejemu ali preemstitvi v SVZ, odhodu na obnovitveno rehabilitacijo in pri prevzemu zdravil ali medicinskih pripomočkov. Če varovanci DSO/SVZ ne morejo kriti stroškov omenjenih prevozov, naj se obrnejo na pristojni Center za socialno delo. Z nenujnim reševalnim vozilom se izvaja prevoz nepomičnih (nepokretnih) varovancev, kjer je vedno zraven reševalec spremljevalec, in prevoz oseb, ki med prevozom zaradi zdravstvenega stanja (kisik, zmedenost, slabost, infuzije) potrebujejo spremstvo ali oskrbo zdravstvenega delavca. V obeh primerih je torej v rubriki 9 treba označiti spremljevalec. S sanitetnim vozilom se izvajajo prevozi na in z dialize in prevozi, ko pomičen bolnik ne potrebuje spremstva zdravstvenega delavca, prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali osebnih vozilom pa bi bil lahko škodljiv (bolnik po transplantaciji – kontrole). Varovanci domov, ki niso upravičeni do reševalnih prevozov, so upravičeni do povračila potnih stroškov pod istimi pogoji kot bolniki, ki se na preglede na sekundarno raven vozijo od doma.

Sledil je pogled na situacijo reševalnih prevozov s strani izvajalca, ki ga je predstavil Janez Kramar, vodja izmene na Reševalni službi UKC Ljubljana. Od dejstev, ki so bila omenjena že v predhodnem predavanju, je dodal, da sanitetne prevoze opravlja voznik z opravljenim izpitom iz vsebin nujne medicinske pomoči. Če v reševalnem vozilu ni prisoten spremljevalec, se to šteje kot sanitetni prevoz. Naštel je napake in težave pri izpolnjevanju obrazcev nalog za prevoz, kjer se mora zdravnik v primeru popraviljanja podatkov lastnoročno podpisati in žigosati, sicer je nalog neveljaven. Opozoril je na zlorabe s strani izvajalcev, kjer v reševalnem vozilu fizično ni spremljevalca, čeprav je na obrazcu pravilno označen in zaračunan ZZZS-ju. Ker so sanitetni prevozi s strani ZZZS nizko finančno ovrednoteni, prevoz izvajalca do bolnika pa ni vštet (startnina), izvajalci opravijo sanitetni prevoz, ko se za določeno relacijo ali smer vozilo napolni. Zato morajo bolniki pogosto čakati več ur.

Izvajalci prevozov so dolžni bolnika privedi do sprejemnega okenca v ambulanti, kjer bo pregledan, nato odgovornost zanj prevzamejo tam, kljub temu, da v UKC Ljubljana zmotno pričakujejo, da bodo vsaj za varovance DSO/SVZ domovi zagotovili spremstvo med čakanjem na pregled. Žal to (razen morebiti proti plačilu) ni dolžnost domov, saj bi morali za to vzeti enega delavca iz delovnega procesa, prav tako pa ni njihova dolžnost, da varovancem zastoj zagotavljajo prevoze na zdravniške preglede. V kolikor je prisotno laično spremstvo, je zaželeno, da svojci počakajo v ambulanti, predvsem pri sanitetnih prevozih, ni pa tu problema zavarovanja potnikov v primeru prometne

nesreče, saj je vsako vozilo zavarovano za toliko oseb, kolikor je sedežev. Iz občinstva je bilo slišati zelo dobrodošlo pripombo, da pravice do nenujnih reševalnih prevozov sploh ne bi smele biti predmet OZZ, temveč prostovoljnih ali dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, z minimalnim povišanjem mesečnih premij, predlagano je bilo 2 evra. Sicer pa prevozi iz DSO/SVZ predstavljajo le 2 odstotka vseh opravljenih prevozov, kjer pa so vsi tudi nujni.

Doc. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., je predstavila primere bolnikov in podala definicijo nepomičnosti, po ZPIZ-u je to 70 odstotkov zmanjšana zmožnost premikanja. Po mnenju izvajalca prevozov je bolnik s hoduljo tudi praktično nepomičen, saj potrebuje pomoč pri vstopu in izstopu iz vozila. Ob predpostavki, da predstavljeni bolniki niso upravičeni do prevoza z reševalnim vozilom in spremljevalcem, smo bili enotnega mnenja, da lahko zdravnikov zapis v zdravstveni dokumentaciji, izvidi, nevarnost poslabšanja zdravstvenega stanja upraviči predpis ustreznega prevoza. Dobrodošla je tudi opomba na nalogu za prevoz, da je svetovano laično spremstvo svojcev, saj lahko nadzorujejo bolnika v čakalnici in opravijo registracijo pri sprejemnem okencu.

Iris Hvala Krušič je podala nekaj predlogov za izboljšanje normativov zdravnikovega dela v DSO, predvsem znižanje glavarine na 200 varovancev, ugotavljanje stopnje inkontinence in prenos kompetenc za ponovno naročanje MP, predvsem plenice, na diplomirano medicinsko sestro v domovih. Za delo s telesno in duševno prizadetimi varovanci pripada zdravnikom dodatek k plači (PPD3), za preseganje glavarinskih normativov pa bi bil dobrodošel tudi dodatek k plači, ne le podaljšanje ordinacijskega časa.

Po kosilu je sledila razprava z udeleženci in predavatelji. Zvedeli smo, da čeprav so domovi upravičeni do ur prisotnosti zdravnika sorazmerno glede na število varovancev in nadomestila ob morebitni odsotnosti, se tolerira nekaj odsotnosti brez fizičnega nadomestila, če je opravljeno vse delo v ambulantni, torej narejena vizita, vpisani izvidi, navodila, recepti, napotnice, opravljeni pogovori s svojci. ZZZS iz naslova zdravstvene nege ne plačuje samo osebja ali samo materiala za storitev za zdravstvene nege, temveč pavšalne zneske, ki temeljijo na realizaciji preteklega leta. Višja matematika? Bodo morali varovanci zbolevati na ukaz ali po načrtu?

Najpomembnejša točka tega srečanja pa je bilo sprejetje soglasja glede naročanja in plačila stroškov nadzornih brisov na PBO. Ker velja izrek *naročnik je plačnik* in ker je načrtno iskanje možnih zdravih nosilcev PBO, razen v primeru epidemij, potrjenih ob hospitalizacijah varovancev iz iste ustanove, nesmiselno, smo se dogovorili, da pri sprejemu bolnika iz domačega okolja ni potrebno opraviti brisov, če pa že, so samoplačniški, domski zdravnik indicira in naroča brise le pri sumu epidemije in dodatnih dejavnikih tveganja bolnika za razvoj okužbe (kronične rane, sladkorna bolezen ...), plačniki nadzornih brisov pri postopkih dekolonizacije pa so domovi. Kandidate za dekolonizacijo je treba skrbno izbrati, saj je potrebno sodelovanje bolnika, sicer bo postopek neuspešen. Dekolonizacija mora v vsakem

primeru potekati od glave do pete, s poudarkom na nosu in žrelu, kjer se radi skrivajo PBO. Po neuspešnem postopku ponavljanje ni smiselno. Čeprav bi lahko omenila še marsikatero podrobnost, pa upam, da je vsak udeleženec s seboj odnesel to, kar pri svojem delu najbolj potrebuje.

Ob zaključku srečanja so bili udeleženci povabljeni na naslednje srečanje timov v DSO/SVZ, ki bo potekalo 1. oktobra 2014, na svetovni dan starejših. Obravnavali bomo paliativno oskrbo in dietno prehrano v domovih, skrb za ustno zdravje, urejanje prebave in lajšanje zaprtja pri starostnikih. Iskreno se zahvaljujem Mojci Vrečar, Poloni Wallas, Milici Trenkič in ostalim sodelavcem iz Zdravniške zbornice Slovenije za pomoč pri organizaciji srečanja, glavnemu sponzorju Krki ter razstavljalcem Simps's, Novo Nordisk, Hartmann in Iris, d.o.o. Pohvala gre tudi gostinskemu ponudniku za okusno postrežbo.

Izjava o konfliktu interesov

Avtorica prispevka izjavljam, da sem ga napisala na lastno pobudo, predvsem zato, da bi z vsebino in sklepi srečanja seznanila čim več bralcev revije Isis. Sredstva sponzorjev in razstavljalcev so bila namenjena izključno pogostitvi udeležencev in kritju stroškov organizacije srečanja.

E-naslov: irisbvala@gmail.com



Zaporna kazen namesto upokojitve – izvorna državna »spodbuda« za delo v družinski medicini?

Rade Iljaž, Eva Cedilnik Gorup, Janez Rifel, Branko Jerkovič, Polona Campolunghi Pegan, Jasna Kupljen, Jelka Polh, Igor Mihajlovič, Marija Repolusk, Primož Kuhar

Uvod

Med letoma 2000 in 2006 je v občini Brežice 6 izmed 12 zdravnikov iz osnovnega zdravstva, ki so hkrati s svojim ambulantnim delom zagotavljali tudi nujno medicinsko pomoč (NMP) za pripadajoče območje, pridobilo kategorije invalidnosti. Rdeča nit vseh šestih ocen invalidskih komisij je bila oprostitev sodelovanja v NMP in v dežurni službi. Zdravnica Nada Cesarec je bila takrat ena izmed treh zdravnikov, starejših od 50 let, ki niso bili oproščeni zagotavljanja dežurne službe in NMP.

Na MZ, ZZS in ZZZS so bili s strani takratnega vodstva ZD Brežice večkrat posredovani dopisi o preobremenjenosti zdravnikov in prošnje za pomoč pri ureditvi razmer glede zagotavljanja NMP na pripadajočem območju.

Kritični dogodek

Prijetno topel je bil zadnji avgustovski ponedeljek v letu 2010, navkljub napovedanemu vročemu septembru – zaradi preklica zdravniških soglasij na število ur nad zakonsko predvidenim. Delo v ambulantah srednje velikega zdravstvenega doma je potekalo nekoliko pospešeno, kar je za začetek tedna in čas dopustov sicer običajno. V čakalnici pred t.i. »dežurno ambulanto« in še naprej po stopnišču se je valilo in gnetlo nadpovprečno število bolnikov, že cel dopoldan. V ambulanti je delala urgentna zdravnica, sicer 61-letna specialistka splošne medicine s koncesijsko pogodbo, ki je poleg svoje in kolegičine opredeljene populacije (skupaj okrog 4000 ljudi), številnih nujnih in manj nujnih primerov iz bližnjega turističnega giganta in z največjega mejnega prehoda v državi pregledovala tudi paciente drugih odsotnih kolegov.

Slabo uro pred zaključkom ambulante je zdravnica preko 112 sprejela nujen klic iz 2 km oddaljene železniške postaje, za delavca, ki je padel z električnega droga. Nemudoma je napotila reševalno vozilo in dva medicinska tehnika na kraj dogodka. Sama ni odšla

na teren, ker je hkrati oskrbovala drug nujni primer v ambulanti in ji ni uspelo priklicati drugih zdravnikov znotraj stavbe zdravstvenega doma. Poškodovani delavec je bil ustrezno imobiliziran in je bil v manj kot 20 minutah od klica v nezavestnem stanju pripeljan z reševalnim vozilom na kirurški oddelek bolnišnice, ki se nahaja slabih 100 metrov od zdravstvenega doma.

Naslednji dan je dežurni policist zaslíšal zdravnico v ambulanti in ji izročil kazensko ovadbo policije zaradi opustitve poklicne dolžnosti. Skoraj vsi pomembnejši slovenski časniki so isti dan objavili novico o kazenski ovadbi na svojih naslovnica.

Razplet in posledice

V naslednjih mesecih so potekali vsi mogoči nadzori in zbiranje dokazov v predkazenskem postopku. Ovađena kolegica je ostala sama v dolgem in grdem spopadu s sodnimi mlini in predvsem s posamezniki in institucijami, ki so že v kali morali zatreti vsak pomislek o lastni krivdi. Tudi odvetnika si je morala poiskati sama.

V kratkih pavzah med delovnim časom in na občasnih strokovnih srečanjih se je razprava o neljubem dogodku in povezanih dogajanjih odpirala čedalje redkeje, praviloma na pobudo vpletene kolegice.

Več kot leto dni pred in tudi po kritičnem dogodku vodstvo ZD ni sklicalo nobenega strokovnega sestanka z zdravniki koncesionarji, ki sodelujemo v NMP. Dogodek, ki je počasi postajal »prepovedan spomin«, je dve leti pozneje ponovno prispel v rumeni tisk, z vso bolečo močjo svojih posledic. Takoj je postal redna in neizogibna tema vseh »strokovnih«, gostilniških in drugih debat v skoraj vsakem kotičku naše pokrajine.

»Prvič zapor za bele halje«, »Zdravnici prisodili pol leta zapora«, »Malomarnost je končno kaznovana«... so le nekateri od najbolj odmevnih naslovov v slovenskih časopisih.

Brezplačniki in »plačniki« z naslovnica, kjer je kolegica odsotna in sama na dolgi zatožni klopi, so

nevede podali enega najbolj nazornih prikazov sodobnega slovenskega družinskega zdravnika. Dežurni grešni kozel, vdan v usodo in odrinjen od vseh tistih, ki pobirajo različne bonuse in koristi iz njegovega garaškega vsakdana ...

Epilog

31. maja 2013 je bila potrjena pravnomočnost sodbe na višjem sodišču Republike Slovenije. Zdravnica, ki je 38 let delila vse slabo in dobro s svojimi bolniki, sedaj pričakuje uradno povabilo na prestopanje zaporne kazni. Številni nepridipravi, ki so državo s svojimi goljufijami spravili na beraško palico, se še naprej nemoteno sprehajajo okrog in se odkrito norčujejo iz države in državljanov.

Podpisani zdravniki družinske medicine se s kruto kaznijo kolegici ne strinjamo. Vpričo vse strokovne

javnosti povemo, da smo se vsi takoj pripravljeno odpraviti na prostovoljno prestopanje zaporne kazni, če nam država ponudi naslednje trdne dokaze:

- da je v opisanih pogojih dela bilo možno zagotoviti minimalne standarde za varno in strokovno delo zdravnic;
- da je zapiranje zdravnikov recept za uspešen izhod iz sedanje krize. Zgodovinske izkušnje žal kažejo ravno nasprotno – zapiranje zdravnikov je bilo vedno eden pomembnih kazalcev diktatorske naravnosti družbenega sistema.

Bo mlademu valu družinskih zdravnikov in novoustanovljenemu sindikatu Praktik.um le uspelo spremeniti nič kaj rožnate trende v slovenski družinski medicini?

E-naslov: radeiljaz@gmail.com

Zdravnik in ulica

Nina Mazi

Med pomembne lokacije, na katerih zdravnik nadaljuje oz. »podaljšuje«, morda tudi dopolnjuje in nadgrajuje svoje strokovno in humano poslanstvo, sodi tudi ulica. Čeprav glavnina zdravnikov ni navdušena nad »ulično prakso«, pa se ta rojeva spontano, *ad hoc*, v različnih pogojih in okoliščinah, na željo/zahtevo bolnikov/uporabnikov in vseh, ki so prepričani, da zdravnika (njegovo znanje, izkušnje in kompetence) potrebujejo tudi izven ambulate in izven delovnega časa. Mimogrede, ko ga srečajo na ulici. Kadar zdravnik mimoidočega, ki ga sreča na ulici, vpraša, kako je oz. kako mu gre, vedno »tvega«, da bo deležen trojga: jeremijade o slabem počutju in razpoloženju, kritike aktualnega zdravstvenega trenutka – sistema, izvajalcev, zavarovalnice ipd., ter seveda prošnje za nasvet, priporočilo, pomoč in posredovanje. Ker se zdravniki zavedamo, da ne glede na formalno priznani delovni čas nikoli povsem ne slečemo belega plašča, smo ljudem (pogosto/praviloma) na voljo tudi na ulici. Pa ne le v primeru ujm in katastrof, nesreč, protestov, nemirov in drugih oblik obsednega stanja ter ostalih oblik delovanja višje sile, marveč tudi, ko gre za čisto običajen klepet. Tudi na ulici je namreč dovolj prostora za razumevanje, hvaležnost, zaupanje in spoštovanje. Da je ulica za zdravnika pomembna lokacija, je poudarjal že Hipokrat, ki se v antiki sicer ni ukvarjal z ulicami, cestami, avenijami in podobnimi topografskimi pojmi oz. njim sorodnimi zadevami, marveč je poudarjal, da je zdravnik na svojih poteh dolžan prisluhniti, svetovati in pomagati – se posvetiti vsakomur, ki njegovo pomoč (resnično) potrebuje.

Čeprav se zdravnik na ulici (praviloma) dobro počuti v svoji koži, pa to še zdaleč ne pomeni, da bi raje ordiniral na uličnih koordinatah kot v prostorih, namenjenih njegovemu strokovnemu delu. Ulica je le podaljšek, dodatna izbira in druga možnost – praviloma izhod v sili. Vedno in povsod, v vseh primerih. Tudi in predvsem takrat, ko gre za dogovarjanje o pomembnih/ključnih zadevah in reševanje pomembnih/ključnih problemov. Podobno kot v primeru konkretne strokovne pomoči laikom, je tudi v tovrstnih primerih ulica le izhod v sili in zadnje sredstvo izbora, po katerem seže zdravnik 21. stoletja. Pri tem se zaveda tveganja, da ga nihče (zlasti tisti, na katere se obrača) ne bo jemal resno, da ga nihče (zlasti tisti, na katere se obrača) ne bo hotel slišati in da bo javno zastavil svoj strokovni/poslovni/človeški ugled za nekaj, v kar je sicer trdno prepričan in v kar iskreno verjame, a ne bo deležen podpore tistih, ki so mu jo obljubili s figo v žepu. Ulica praviloma ni kraj za razlaganje stališč in pojasnjevanje prepričanj, razgrinjanje načrtov in utemeljevanje strategij. Je pa kraj, kjer lahko človek pokaže svoj pogum, voljo in odločnost, da bo nekaj naredil – spremenil, preoblikoval in pognal v tek.

Ulica je kraj, kjer lahko zdravniki/zmagovalci pred vsem svetom sprejmejo izziv in dajo vse od sebe, čeprav se zavedajo, da so nasprotna moštva oziroma tekmeči (vlada, oblast in ostale hierarhične strukture) veliko močnejši (čeprav ne nujno tudi boljši). Pravi vodje, voditelji in resnične avtoritete so izbranci, ki znajo, zmorejo in hočejo opazovati, poslušati in

razmišljati, se dajo poučiti, se pustijo prepričati s tehtnimi argumenti in si pustijo dopovedati, kaj je prav in kaj ni. Kaj je dobro in kaj bi lahko bilo boljše. Resnične avtoritete znajo zadeve pretehtati, se odločati, povezovati in sodelovati. Predvsem pa komunicirati na prijazen, iskren, spoštljiv in premišljen način. Pri tem je treba poudariti, da vsako klepetanje, besedovanje in nasmihanje v javnosti še zdaleč ni prava komunikacija. (Molk sicer res ni vedno zlato, je pa veliko boljši od praznega besedičenja in golega leporečja.) Za pravo, učinkovito in uspešno komunikacijo je značilno, da ponuja enake možnosti vsem sogovornikom, da je spoštljiva in kultivirana, obzirna, uglajena in konkretna – ustvarjati oziroma zagotavljati mora čim višjo dodano vrednost in voditi v zmagovalen (zmagam – zmagaš, »win – win«) izid. Tega pa je na ulici (žal ali pa celo na srečo) zelo težko doseči. Prizadevanja za napredek so zahtevna na vseh lokacijah, saj človek, vsakič ko se premakne, lahko naredi korak naprej ali pa nazaj. Največja pričakovanja in najbolj plemenite ambicije pa terjajo maksimalno svobodo in (skorajda) neomejene možnosti, ki jih ulica ne more zagotoviti. Kdor dogovarjanje zreducira na ulico, tvega, da postane večni osmoljenec – kolega pravnik je med zadnjimi protesti pomenljivo izjavil, da se Kongresni trg počasi spreminja v slovenski Tahrir. Hkrati pa se je treba zavedati, da kdor hoče zmagati, sicer upa na »nebesa«, a ga pot do tja pogosto pelje skozi vice in predpek, lahko celo pekel. Sicer pa ima človek vedno

na voljo dve možnosti: da pogoje, okoliščine, razmere in odnose sooblikuje, ustvarja in spreminja, ali pa, da jih sprejme, se z njimi sprizajni in se jim prilagaja. V primeru zdravnikov in zdravstva je ta trenutek verjetno še najbolj realna in uresničljiva kombinacija obeh možnosti.

Dejstvo, da pristojni, katerim je bil glas zdravnikov, njihovih sodelavcev in ljudstva nasploh namenjen, zadev niso preveč zavzeto komentirali, najbrž sploh ni tako zaskrbljujoče, kot se utegne marsikomu zdeti, saj v ključnih/odločilnih kriznih trenutkih komentar običajno ni potreben (pogosto sploh ni na mestu), nujno je takojšnje ustrezno ukrepanje. V zvezi s tem človek nehote pomisli na Machiavellijevo modrost, da oblast, ki nima oči, da bi videla, in ušes, da bi slišala, tudi nima glave, da bi razmišljala in premišljeno ukrepala oziroma modro vladala.

V zvezi z ugotovitvami, da smo Slovenci preveč neenotni in neuskajeni, da bi v zadevah, ki so pomembne, vztrajali do konca, se je treba zavedati, da je v slogi sicer res moč, a je hkrati lahko tudi odraz nemoči, ki jo želimo zakriti s številčnostjo in uniformnostjo. Upam, da je ulica le prva lokacija na poti do nujno potrebnih sprememb v slovenskem zdravstvu in v družbi nasploh in da se bo tudi tokrat potrdilo zgodovinsko dejstvo, da v pošteni bitki na koncu vedno zmaga najboljši.

E-naslov: isisnima@yahoo.com

Povejte mi, ali bo mama v tem tednu umrla

Mirjana Rajer

Ležerno življenje, polno ugodja in zadovoljstva. Nenehno iskanje sreče in zanikanje vsega slabega. Svet, kjer ni revščine, starosti, bolezni; ni skrbi in obveznosti. Svet, v katerem delamo samo tisto, kar nas osrečuje in zadovoljuje. Denar kot najvišja vrednota. Denar kot edino merilo za ocenjevanje človeka. Če imaš denar, si tudi plemenit, dober, pameten in uspešen. Več kot imaš denarja, bolj si vse naštetu. Se ta opis ujema z vašim dožemanjem današnje družbe?

V Sloveniji je kriza vrednot, pišejo mediji. Kaj je to kriza vrednot? Zakaj bi bile vrednote v krizi? Družina, zdravje, altruizem ... so v krizi? Ali kriza vrednot pomeni, da nam družina ni več vrednota, da ne spoštujemo svojih staršev in ne maramo svojih otrok?

Če hočete spoznati ljudi, pridite v bolnišnico. Najboljše in najslabše lastnosti ljudi pridejo na plan v bolnišnici.

Kako zanimivo je opazovati vrhove in padce, ljubezen in sovraštvo, resnično žalost in žalost, ker ne bo več dobre očetove pokojnine pri hiši. Ob spodnjih primerih mi zastane dih. So iz vsakdanje prakse, resnični in ne osamljeni. Ustavite se, preberite, razmislite.

Primer I

Zdravnica: »Gospa, vaša mama je zelo slaba. Veste, da ima napredovalega raka in da smo jo zdravili že z več vrstami kemoterapije in obsevanji. V zadnjem tednu se je njeno stanje zelo poslabšalo, pojavila se je pljučnica, mama je zelo slabotna. Mislimo, da nima več veliko časa in da se bo kmalu poslovila. Tega se zaveda tudi sama, močno si želi domov. Če bi vi lahko, bi bilo to zanjo najboljše. Ob tem bi imeli vso našo podporo.«

Hči: »Koliko časa bo pa še živela?«

Zdravnica: »Natančno, kdaj bo umrla, ne moremo reči, vendar dlje kot en teden najverjetneje ne bo zdržala.«

Hči: »A bo živa še en teden ali ne? To je za nas zelo pomembno.«

Zdravnica: »Kot pravim, ne more se natančno napovedati ure in dneva. Zakaj je pa to za vas tako pomembno?«

Hči: »Ja, veste, smučat gremo, vsako leto gremo v tem času smučat, pa bi radi vedeli, ali bo živa še en teden, ker če umre prej, potem bi odpovedali smučanje, če pa ne, bi pa šli smučat.«

Zdravnica: »Ampak ... (dolg premor in iskanje besed) vaša mama umira, želi si domov. A mislite da bi res šli smučat v tem času.«

Hči: »No ja, bomo počakali do jutri, če bo slabša, potem odpovemo, če bo pa isto, potem gremo. Pa saj se lahko vrnemo kak dan prej.«

Primer 2

Mož (me glasno sprašuje čez cel hodnik): »A še ni umrla?«

Jaz: »Prosim??!!«

Mož: »Včeraj ste rekli, da bo kmalu umrla (žena), ona pa je danes še živa.«

Jaz: »Ja gospod, gospa je res slaba, umira. Ne vemo pa točno, kdaj bo umrla. A želite, da bi umrla?«

Mož: »Ne, ne. Ampak ne vem, kdo mi bo sedaj kupal. Trideset let mi je kuhala in sedaj ne vem, kdo mi bo kupal, sam ne znam nič kuhati.«

Jaz: »Ja pa poskušajte kaj skuhati, mogoče boste ugotovil, da vam je kuhanje všeč, mogoče ste pa nadarjen za kuhanje.«

Primer 3

Gospod Franci, vaše stanje je boljše, pljučnico smo pozdravili. Pripravili smo vas za domov. Jutri bi šli domov.

Franci: »Super, hvala. A bi lahko šel že danes? S to novico ste mi polepšali dan.«

Jaz: »Lahko greste že danes, če so vaši pripravljene, dogovorimo se torej, da ste danes odpuščen domov.«

Čez eno uro pride sestra povedat, da gospod Franci ne bi šel danes domov in da se gospa (žena) želi pogovoriti z mano.

Gospa: »Joooj, a domov gre?«

Jaz: »Ja gospa, domov gre. Bolje mu je in ni razloga, da bi bil v bolnici.«

Gospa: »Ampak on je tako slab, tako je švoh, nič ne je. Pa doma nismo pripravljene.«

Jaz: »Prav, če niste pripravljene, bo šel jutri.«

Gospa: »A jutri???!!! Joj, to pa ne bo šlo. Franci je tako slab, a ne Franci, da si slab, a ne da te vse boli in da si švoh. Saj tak ne moreš domov.«

Franci: »Daj mi mir, jaz bi rad šel domov že danes.«

Gospa: »Joj Franci, kaj pa, če se doma kaj zgodi? Kaj pa sredi noči? Saj jaz bi te zelo rada vzela domov, ampak ne vem, če bo šlo.«

Jaz: »Gospa, nega takega bolnika je res težka. Potrebovali boste pomoč. A imate kaj pomoči doma?«

Gospa: »Ne, čisto sama sem.«

Jaz: »Ampak kolikor vem, v isti hiši z vami stanujeta še hčerka in sin?«

Gospa: »Ja, v hiši sta še hčerka in sin, ampak onadva imata službe pa družine.«

Primer 4

Zdravnik: »Gospa ne more hoditi. Ima metastaze v hrbtenici in te so povzročile, da je hrbtenjača stisnjena in ne čuti nog.«

Hči: »Kdaj bo pa začela hoditi?«

Zdravnik: »Bojim se, da ne bo. Nog ne bo več čutila in ne bo več mogla hoditi. Moramo se začeti pogovarjati, kako bo doma, ko bo odpuščena iz bolnice, kdo bo skrbel zanjo, kakšne pripomočke potrebuje ...«

Hči: »Joooj, jaz bi jo vzela domov, ampak ne morem. Pa ne misliti, da je nočem, res je ne morem. Jaz sem podjetnica in če mama ne hodi, je ne morem imeti doma. Zelo jo imam rada, ne misliti, da je nočem vzeti domov, res ne.«

Zdravnik: »Prav, če je ne morete negovati doma, se bomo začeli pogovarjati o namestitvi v dom.«

Hči: »Kaaaj? Dom? Ne, to pa ne! Tega ne morem narediti mami. V dom nikakor ne bo šla.«

Zdravnik: »Gospa, neko rešitev bomo morali najti, tu v bolnici ne more biti do konca. Če je ne morete imeti doma in nočete, da bi poiskali dom, kaj naj naredimo, da ji najdemo namestitev?«

Hči: »Jaz hočem, da ona spet hodi, ko bo spet hodila, jo bom vzela domov, prej ne!«

Izseki iz pogovorov, čeprav neprijetni, nam ne odkrijejo vsega. Ne poznamo razmer v družinah in zgodovine, ki je pripeljala do takih pogovorov. Lahko poskušamo pomagati, a ni na nas, da bi sodili.

.....

»Če bi bil pes, bi vse videl črno-belo.

Če bi bil komar, bi lahko videl samo vročinske valove.

Če bi bil kača, bi bilo vse infrardeče.

Zato najbrž nikoli ne moreš zares vedeti, kaj vidiš.

To je odvisno od tega, skozi katere oči gledaš.«

Donna Eden

E-naslov: mirjana.rajer@gmail.com

»Ljubljanski model otroške kirurgije« je za Slovenijo primeren

Odmev na intervju s primarijko Diano Gvardijančič, Isis, junij 2013

Pavle Kornhauser

Sem pediater (tako kot docent Grosek, ki je spraševal v intervjuju) in moj kritični odmev seveda ne bo zajel strokovne ocene dejavnosti kirurga. Oglašam pa se kot zdravnik, ki je skoraj vso poklicno pot opravil na kirurški kliniki. Za razumevanje vsebine in namena intervjuja je nujno bralcem pojasniti, kaj pomeni »ljubljski model otroške kirurgije«, sicer bodo trditve, navedene v intervjuju o potrebi specializacije za otroškega kirurga, izzvenele v prazno.

Uvodoma naj mi bo dovoljeno navesti nekaj »zgodovinskih podatkov«. Ko sem leta 1958 kot urednik medicinske revije *Pro medico* zaprosil predstojnika ljubljanske Kirurgične klinike, profesorja Božidarja Lavriča (sicer zdravnika predsednika Josipa Broza Tita), za prispevek v reviji, je profesor izvedel, da sem specializant pediatrije. Vprašal me je, ali bi prevzel »internistično skrb« za hospitalizirane otroke na otroškem oddelku kirurgije. V pogovoru mi je pojasnil, da na kliniki ni »splošnega otroškega kirurga«, ker da je vsak od ožje specializiranih kliničnih oddelkov določil kirurga, ki operira otroka. In je še posmehljivo dodal, da je glede na razvoj kirurgije ta specializacija »otročja«. Z zanimanjem sem sprejel njegovo ponudbo, saj doslej – tudi mednarodno – nikjer ni bilo stalnega pediatra, ki bi se posvetil otroku – kirurškemu bolniku. Postopoma sem se vse bolj vključeval v organizacijske naloge na otroškem oddelku, zlasti glede zagotovitve novih delovnih mest za pediatre, za medicinske sestre, sprožil sem dozidavo in posodobitev tega sicer majhnega otroškega oddelka v podstrešju stare stavbe na Zaloški cesti 2, uvedel sem šolo in otroški vrtec za hospitalizirane otroke ter si prizadeval še za druge ukrepe, ki so pomembni za zdravljenje in počutje malega bolnika. Čez nekaj let sem se s polnim delovnim časom zaposlil na Kirurški kliniki in bil leta 1965 imenovan za vodjo oddelka: prvič je pediater na kakem kirurškem oddelku, tudi v svetovnem merilu, dobil to nalogo. Pomembno je bilo, da so se takrat že pripravljali načrti za novogradnjo osrednje ljubljanske bolnišnice, pozneje imenovane Klinični center. Sodeloval sem pri načrtovanju velikega oddelka za

kirurgijo otroka z 82 posteljami z lastnim operacijskim blokom in prvim središčem za intenzivno terapijo otroka na osnovi izkušenj vodilnih bolnišnic v Evropi in v ZDA. Otroški oddelek se je po preselitvi v novogradnjo leta 1974 imenoval Pediatrični oddelek kirurških strok.

Predstojniki v UKC dobro vedo, koliko naporov morajo vložiti, da bi pridobili nove namestitve zdravnikov in medicinskih sester. Zato naj omenim, da sem bil na otroškem oddelku kirurgije sprva edini pediater, na oddelku je bilo 18 medicinskih sester (večinoma so bile bolničarke); v novi stavbi pa nas je bilo 15 pediatrov in 120 medicinskih sester, zlasti zaradi potreb v enoti za intenzivno terapijo otrok (EIT). Naj še dodam, da smo bili izjema v UKC glede zasedbe medicinskih sester: hodil sem na šole za medicinske sestre v Sloveniji in tudi zunaj nje ter vsako leto pridobil ustrezno število štipendistk. Tako je uspelo, da smo dosegli sistematizacijo v EIT tri medicinske sestre na enega bolnika v 24 urah, česar – kolikor mi je znano – ni dosegla nobena bolnišnica v svetu. Za uspešnost zdravljenja zelo pomemben podatek!

Poudarjam, da je načelo, **otroka naj kirurško zdravijo ožje specializirani kirurgi**, ostalo v Sloveniji vsa desetletja nespremenjeno do danes. Seveda so se ti kirurgi, ki so se posvetili kirurškemu zdravljenju otroka, dodatno poglobljali v specifičnosti patologije otroške dobe, zlasti v obdobju novorojenčka. Na primer: torakalni kirurg operira številne bolnike z boleznimi požiralnika; novorojenčkov z atrezijo požiralnika se rodi v Sloveniji največ pet na leto. Lahko smo prepričani, da je bil profesor Janez Orel (žal že pokojni), ki je prevzel na kliniki za torakalno kirurgijo zdravljenje otrok (ali danes kdo od njegovih naslednikov), neprimerljivo bolj uspešen, kot bi bil nek otroški kirurg, ki takšno prirojeno napako vidi letno enkrat ali nobenkrat. Za otroško urologijo se je že v šestdesetih letih prejšnjega stoletja specializiral primarij Janez Drobnič, ki je prevzel vse zahtevne urološke operacije otrok iz vse Slovenije, njegovo poslanstvo uspešno nadaljuje profesor Bojan Tršinar. Za področje abdominalne kirurgije

otroka sta si veliko let posebej prizadevala dr. Vladislav Pegan in dr. Stane Repše, oba sta postala profesorja in predstojnika abdominalne kirurške klinike. Za njima primarij Miro Strlič. Ne bom na tem mestu našteval izkušenj ostalih kirurških klinik.

Druga značilnost organizacije ljubljanskega oddelka za kirurgijo otroka, ki sem ga imenoval »ljubljski model«, vključuje pediatria v stalni tim na kliniki, kar je izjema na »klasičnih« oddelkih otroške kirurgije. (Znano je delo stalnega pediatria dr. Ronalda Kurza, pozneje predstojnika pediatrične klinike, na graški kliniki za otroško kirurgijo.) Nikjer pa pediater ni prevzel vodilnih organizacijskih nalog! Za zdravljenje hudo, kritično bolnih otrok pred in po operaciji je odločilno, da je v Ljubljani v klinični oddelek za otroško kirurgijo vključena tudi enota za intenzivno terapijo, ki jo vodijo pediatri – intenzivisti v tesnem sodelovanju s pristojnimi kirurgi. In še: vsakega otroka, sprejetega na oddelek za otroško kirurgijo, pregleda pediater, ki sproti ugotavlja morebitne internistične zadržke do operacije in zaplete pri zdravljenju.

Naj, morda pregrobo, ponazorim odnos »klasičnega otroškega kirurga« do pediatria na eni od vizit na otroški kirurški kliniki v bivši državi: kirurg je prebral konziliarno mnenje pediatria in ga (pred menoj) vrgel v koš.

Zato *in medias res* naj navedem ugovore na izvajanje primarijke Diane Gvardijančič v njenem intervjuju v reviji Isis. Ni dvoma, da je njen prispevek za razvoj abdominalne kirurgije otrok v Ljubljani, zlasti v obdobju novorojenčka, zelo velik. Prevzela je uspešno kirurško zdravljenje anorektalnih napak pri novorojenčkih, področje, ki je za kakovost življenja nujni del organizma. Zato je prav, da ji je revija Isis posvetila intervju.

Spominjam se deklice še na »stari kirurgiji« na Zaloški cesti 2. Po številnih operacijah se je razvila stenoza končnega dela črevesja, da smo ročno odstranjevali skibala. Edina rešitev je bila dosmrtna nastavitev preternaturalnega anusa. Otrok je bil tudi duševno prizadet, lahko si predstavljamo, kakšna obremenitev za sicer samsko mamo.

Simpatično izzzveni izjava primarijke Gvardijančič, zakaj se je odločila posvetiti kirurgiji otroka: ker je najlepši del kirurgije. Posebno poglavje v odgovorih je posvetila Hirschsprungovi bolezni in je omenila, da sem se z diagnostiko ukvarjal že zdavnaj. Res je: med prvimi v Evropi sem uvedel histokemijsko diagnostiko na ganglijske celice v sluznici danke; aspiracijsko biopsijo sem spoznal v Švici, patolog Albert Juteršek pa je to metodo sočasno spoznal na inštitutu v Baslu pri profesorju Maier-Ruggeju, ki jo je prvič opisal. Tudi iz drugih medicinskih središč v naši bivši državi so pošiljali k nam otroke na diagnostiko. Naredili smo več sto biopsij, ki naj potrdijo indikacijo za operacijo. In še to: v času vlade Staneta Kavčiča so bili živahni medsebojni stiki z nemško deželno vlado v Bremnu, kjer je vodil kliniko za otroško kirurgijo sloviti profesor Rehbein, po katerem se imenuje ena od metod kirurškega zdravljenja te bolezni. Uspelo nam je tega strokovnjaka – na stroške nemške vlade – za nekaj dni povabiti v Ljubljano, kjer je ob asistenci

našega dr. Pegana operiral več otrok. Pred odhodom je profesor Fritz Rehbein v našo spominsko knjigo na kliniki zapisal: »Pri razrešitvi vprašanj je bilo za vas na kliniki v ospredju dobrobit otroka. Prepričan sem, da bo spodbuda vašega centra imela odmev tudi zunaj vaše dežele in dobila posnemalce. Zlasti, ker ste brez vezave na tradicijo ustanovili nekaj povsem novega.« Ta izjava pomeni veliko mednarodno priznanje od »klasičnega otroškega kirurga«, ki je bil obenem predsednik nemškega in tudi mednarodnega združenja otroških kirurgov. V zadnjih desetletjih so UKC in obenem naš klinični oddelek za kirurgijo otroka obiskale številne delegacije in tudi posamezni kirurgi, ki so z zanimanjem prisluhnili našim razlagam in z razumevanjem spoznali prednosti »ljubljskega modela otroške kirurgije«.

Docent Grosek, ki je spraševal, bi kot pediater in že več kot 30 let član tima Kliničnega oddelka za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, lahko s kakim vprašanjem spodbudil kirurginjo, da pove, kako je zadovoljna s sodelovanjem s pediatri, saj njeni življenjsko ogroženi bolniki, zlasti nedonošenčki, ne bi preživeli brez sodelovanja pediatria.

Nepotrebna pa se mi zdi pobuda izpraševalca, da sproži razpravo o pomenu in prihodnosti »klasične otroške kirurgije«, kjer naj bi se bodoči specialist izpopolnjeval z vseh področij kirurgije. Saj je dobro znano, da je primarijka Gvardijančič aktivna članica Združenja za otroško kirurgijo, obenem pa so se vodilni predstojniki kirurgije v Sloveniji javno izrekli zoper to specializacijo, ki je za Slovenijo, za dvomilijonski narod, ne le nepotrebna, temveč tudi škodljiva (glej Isis junij 2010). V Sloveniji se rodi na leto le nekaj otrok s hudimi prirojenimi napakami: le-ti se zdravijo v terciarnem centru, operirajo jih ožje specializirani kirurgi za nek organski sistem z dodatnim znanjem iz anatomije in patofiziologije otroka. Kaj pomeni izjava primarijke, da je bil »ljubljski model otroške kirurgije v tistem času idealna rešitev kot model odlične otroške intenzivne terapije«? In nadaljuje: »Če hočemo kot kirurgija napredovati, mora delovati enovita otroška kirurgija.« V Sloveniji se je v vseh bolnišnicah uveljavilo, da otroke operirajo ožje specializirani kirurgi z dodatnim znanjem. Kaj naj počne »splošni otroški kirurg« v regionalni bolnišnici? Ali se bo zadovoljil z operiranjem dimeljske kile, vnetega slepiča ter morda fimoze in retencije mod, če mu jih bo prepustil urolog?

Naj sklenem svoj sicer kritični zapis s pohvalo: hvalevredna je pobuda doc. dr. Štefana Groska, da je začel objavljati v Izidi pogovore s kirurgi, ki so se posvetili zdravljenju otrok. Med temi bi osebno posebej želel prebrati pogovor s profesorjem Bojanom Tršinarjem, ki že desetletja vodi otroško urologijo, ki jo je prevzel od pionirja te stroke, primarija Janeza Drobniča.

Hepatitis C: spoznajte ga in se soočite z njim

Intervju s prof. dr. Mojco Matičič, dr. med., specialistko interne medicine in infektologije

Polona Lečnik Wallas

Prof. dr. Mojca Matičič, v mesecu juniju ste izdali knjižico informacij za strokovno javnost z naslovom Virusni hepatitis C. V njej na začetku predstavite, da je hepatitis C tempirana bomba, in ocenjujete, da je v Sloveniji okuženih vsaj 10.000 ljudi. Od 50 do 75 odstotkov okuženih ne ve, da v sebi nosi okužbo. Problem, ki ga izpostavljate, je, da je odkrit le manjši del okuženih, torej le okrog 30 odstotkov, pri ostalih pa bolezen ostaja neodkrita. Kako to komentirate?

Prvo tako knjižico smo izdali leta 2004 in je obsegala vsega skupaj 8 strani; druga, leta 2008, je imela že 15 strani; letošnja se ponaša s kar 41 stranmi – morda v dokaz, da se to področje res intenzivno razvija. Vendar hepatitis C danes kljub silovitemu razvoju diagnostičnih in terapevtskih možnosti v zadnjih dvajsetih letih ostaja eden od desetih najpogostejših vzrokov smrti zaradi nalezljivih bolezni v svetu, saj povzroča tretjino vseh jetrnih ciroz, ki se končajo s smrtjo, in tretjino vseh primarnih karcinomov jeter. Morda je manj znano, da gre globalno za šesto najpogostejšo rakavo bolezen, po pogostnosti rakavih bolezni s smrtnim izhodom pa je kar na tretjem mestu, takoj za rakom pljuč in želodca. Ocenjujemo, da je v Evropi z virusom hepatitisa C (HCV) okuženih vsaj 9 milijonov ljudi, vsako leto pa jih 86.000 zaradi njega umre. Izjemno zaskrbljujoč je podatek, da incidenca bolezni še vedno strmo narašča, saj dosega od 27.000 do 29.000 na leto in je celo v porastu, starostna meja na novo okuženih pa se je v zadnjih letih spustila v obdobje med 15. in 24. letom. Pri vseh teh dramatično slabih epidemioloških podatkih pa je pravi paradoks, da imamo za zdravljenje hepatitisa C že več kot deset let na voljo eno najučinkovitejših protivirusnih zdravljenj v zgodovini medicine.

Zato pglavitni problem neustreznega obvladovanja okužbe v razvitem svetu danes predstavlja prav neučinkovito prepoznavanje okuženih. Hepatitis C je namreč izredno zahrbtna bolezen. Vsaj tri četrtine okuženih se okužbe sploh ne zaveda, saj poteka povsem nezaznavno. Pri vsaj treh četrtinah akutna okužba preide v kronično, dosmrtno, ki je večina mnogo let ali desetletij sploh ne zazna. Približno četrtina teh ima vseskozi normalne ravnji testov za oceno delovanja jeter in nima nikoli izraženih simptomov ali znakov vnetja jeter ter ne išče zdravniške pomoči. Pri vseh ostalih kronična okužba s HCV povzroči kronični hepatitis različne aktivnosti, ki pri približno treh četrtinah bolnikov običajno vrsto let poteka povsem prikrito ter brez bolezenskih simptomov in znakov – pri polovici bolezni odkrijejo povsem naključno, tretjina pa jih sčasoma poišče pomoč

pri izbranem osebnem zdravniku zaradi blažjih in neznanih simptomov in znakov bolezni, kot so dolgotrajna in izrazito izčrpavajoča utrujenost, bolečine v sklepih in mišicah, izguba teka, izguba telesne mase idr., ki pa večinoma niso prepoznani kot hepatitis C. Le pri manjšini bolnikov s kroničnim hepatitisom C beležimo simptome in znake, značilne za kronično bolezen jeter, ki bolnika napotijo k ustreznemu zdravniku specialistu. Kar pri 40 do 70 odstotkih okuženih pa kronična okužba s HCV povzroča tudi različne zunajjetrne sindrome, ki prizadenejo drobno žilje, kožo, ledvice, žleze slinavke, oči, ščitnico in imunski sistem ter so posledica kroničnega vnetja, odlaganja imunskih kompleksov ali imunoproliferativnih stanj in zato bolnika privedejo k zdravnikom najrazličnejših specialnosti, daleč stran od tistih, ki zdravijo virusne hepatitisne.

Z visokim deležem neodkritih okuženih se spopadajo v vseh evropskih državah. Najnižji je najverjetneje v Nemčiji, kjer ocenjujejo, da so prepoznali že od 50 do 60 odstotkov vseh nosilcev HCV. V Sloveniji na osnovi podatkov iz različnih virov ocenjujemo, da je okuženih najmanj 10.000 ljudi, po predvidevanjih pa najverjetneje več. Po podatkih Laboratorija za diagnostiko virusnih hepatitisov na Inštitutu za mikrobiologijo in imunologijo MF Ljubljana, kjer edini v Sloveniji izvajajo celostno diagnostiko okužbe s HCV, vključno z genotipizacijo in kvantitativnimi molekularnimi preiskavami ter imunogenetiko, pa ocenjujemo, da je v zdravniški oskrbi približno 3.000 bolnikov, kar je le slaba tretjina vseh okuženih.

Prav tako je 28. julij namenjen svetovnemu dnevu hepatitisa. V tem času ste v preteklih letih na Kliniki za infektivske bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana organizirali brezplačna testiranja na okužbo z virusom hepatitisa C, na katera se je odzvalo veliko ljudi. Projekt ste izvajali več let in je bil izredno dobro sprejet v splošni javnosti. Je obrodil sadove?

28. julij, rojstni datum profesorja Barucha Blumberga, odkritelja virusa hepatitisa B leta 1965 in prvega cepiva proti raku, torej cepiva proti hepatitisu B, je po sklepu Svetovne zdravstvene organizacije od leta 2011 razglašen za svetovni dan hepatitisa. Že več let pred tem je Svetovno združenje bolnikov z jetrnimi boleznimi, ELPA, v ta namen z različnimi aktivnostmi obeležilo različne dneve v letu. Sporočilo letošnjega svetovnega dneva hepatitisa se glasi: »Hepatitis C: spoznajte ga in se soočite z njim.« V Sloveniji smo se gibanju ozaveščanja na področju hepatitisa C na pobudo infektologov

in mikrobiologov, ki se ukvarjamo z virusnimi hepatitisi, priključili že leta 2007, in to prav z organizacijo medijsko podprtih akcij anonimnega brezplačnega testiranja na okužbo s HCV, katerih se je lahko udeležil vsakdo, saj je bilo področje odkrivanja okuženih tako podhranjeno, da je močno klicalo po akciji. Med leti 2007 in 2011 je bilo v takih akcijah testiranih skoraj 5.000 ljudi najrazličnejših starosti, tveganj za okužbo ali zdravstvenih težav. Leta 2011 so se npr. na tako akcijo v štirih dneh oz. v skupaj osmih ponujenih urah, namenjenih testiranju na Kliniki za infektivne bolezni in vročinska stanja v Ljubljani, k odvzemu krvi prigrisale kar 903 osebe, v povprečju stare 43 let, med katerimi je bil najmlajši star 15, najstarejši pa 81 let. Kar četrtnina testiranih je za vzrok navajala nepojasnjene zdravstvene težave, druga četrtnina souporabo osebnega pribora (zobne ščetke, brivnik, manikirni pribor), petina nezaščitene spolne odnose, prejetje transfuzije krvi pred letom 1993, neprofesionalno izvedeno tetovažo ali »piercing«, 2 odstotka tudi uživanje drog, redno ali le rekreacijsko, z njuhanjem ali injiciranjem. Rezultati so bili presenetljivi, saj so pokazali kar 1,5 odstotka okuženih s HCV. Vzorec testiranih seveda ni bil reprezentativen za Slovenijo, je pa podal pomemben vpogled v trenutno stanje v državi: med nami živi dokajšen delež okuženih, ki za okužbo ne vedo. Sporočilo pa je bilo jasno: ljudje se vse bolj zavedajo možnosti okužbe, vendar ne ukrepajo.

Ker imamo na voljo dokaj uspešno zdravljenje hepatitisa C, virus pa na svojo prisotnost v organizmu večinoma ne opozarja niti ob akutni niti ob kronični okužbi, je resnično edini možen in tudi logičen pristop k učinkovitemu obvladovanju okužbe aktivno iskanje okuženih, če je le možno v čim zgodnejšem obdobju po izpostavitvi. Po eni strani to pomeni, da mora zdravstveni sistem omogočiti in čim učinkoviteje ponuditi enostaven dostop do testiranja na okužbo s HCV vsem, ki se zavedajo ali spoznajo, da so bili kadarkoli v življenju lahko izpostavljeni kakršnemukoli tveganju za okužbo, bodisi zaradi lastnega vedenja in življenjskih okoliščin ali zaradi splošno uveljavljenih medicinskih postopkov pred odkritjem virusa. Po drugi strani pa to zavezuje medicinsko stroko, da s strokovnimi stališči in doktrinarnimi smernicami dosledno izvaja testiranje na okužbo pri vseh, ki bi bili potencialno lahko okuženi, bodisi zaradi narave zdravstvenih težav, pripadnosti skupini z zvečanim tveganjem za okužbo, določenih izraženih kliničnih sindromov ali zgolj nepojasnjeno nenormalnih ravni aminotransferaz v krvi, ALT in/ali AST.

Pomemben korak naprej v tej smeri je bil storjen z vpepljavo rutinskega anonimnega brezplačnega testiranja na okužbo s HCV pod okriljem Ministrstva za zdravje RS, ki se je leta 2012 odzvalo na aktualne evropske usmeritve ter dejavno vključilo HCV v petletno strategijo obvladovanja HIV/aida v državi. In tako se je na naše veliko strokovno in humano zadovoljstvo 1. oktobra 2012 že

univerzitetni klinični center ljubljana

VIRUSNI HEPATITIS C

Prof. dr. Mojca Matičič, dr. med.
Klinika za infektivne bolezni
in vročinska stanja
Informacije za strokovno javnost

ODKRIJTE OKUŽBO ŠE PRAVOČASNO. TESTIRAJTE!

Knjižico »Virusni hepatitis C, Informacija za strokovno javnost« in trganko anketnih listov z vprašanji o dejavnih tveganja za okužbo s HCV dobite v tajništvu Klinike za infektivne bolezni in vročinska stanja, UKC Ljubljana, Japljeva 2 (tel. 01 522 2110, e-naslov: andreja.sorman@kclj.si).

utečeni ambulantni za brezplačno anonimno testiranje na okužbo s HIV na Kliniki za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana, ki deluje že 25 let vsak ponedeljek med 12. in 14. uro, pridružilo tudi testiranje na okužbo s HCV, hkrati pa tudi z virusom hepatitisa B. Nedvomno je to pomemben prispevek k zgodnjemu odkrivanju bolnikov z virusnima hepatitisoma B in C. Ambulanta si je že ustvarila ustrezen sloves, saj jo je v prvih petih mesecih delovanja obiskalo čez 800 ljudi, med njimi pa smo že odkrili 10 okuženih s HCV; nekateri med njimi so že v postopku zdravljenja.

Katere so skupine z največjim tveganjem za okužbo?

Podobno kot v drugih razvitih državah, je tudi pri nas med okuženimi največji delež odvisnikov od drog, vendar je odstotek okuženih v tej populaciji drugi najnižji v državah Evropske unije, kar je najverjetneje rezultat zgodnjega prepoznavanja tovrstne nevarnosti in uvajanja različnih programov za preprečevanje širjenja HCV v tej populaciji. Izredno malo imamo v Sloveniji tudi sookuženih z virusom HIV, le 5 odstotkov, saj je večina HIV-pozitivnih v Sloveniji moških, ki imajo odnose z moškimi, in na srečo HIV-okužba še ni prestopila rubikona skupine uživalcev drog.

Tako v zavest zdravstvenega osebja kot tudi v zavest splošne populacije pa mora prodreti spoznanje, da hepatitis C ni le bolezen marginalnih ali manjšinskih skupin ljudi, ampak je okužba možna tudi ob bolj vsakdanjih dogodkih, kot so neprofesionalna tetovaža npr. nekje na morski obali, »piercing« v neustrezno opremljenem lokalu, rekreativno »snifanje« droge ali en sam vbod z nečistim priborom za injiciranje, souporabljanje britvic, manikirnega pribora ali zobnih ščetk z (morda še neodkrito) okuženim, kakor tudi nezaščiten spolni odnosi ob pogostem menjavanju spolnih partnerjev oz. partnerk. Nikakor ne smemo pozabiti na vse prejemnike transfuzije krvi, krvnih pripravkov in darovanih organov pred letom 1993, ko je bilo na tem področju v Sloveniji vpeljana obvezno testiranje na HCV, ter vse tiste, ki so prejeli hemodializo in imeli večje medicinske posege ali posege na zobovju v obdobju, ko v zdravstvu še niso bili vpeljeni splošni previdnostni ukrepi pri ravnanju s krvjo in telesnimi tekočinami. Potem so tu še incidenti zdravstvenih delavcev, naključni vbodi z odvrženo uporabljeno iglo in ne nazadnje novorojenci okuženih mater. Res je, da je možnost tovrstnega načina prenosa HCV majhna, vendar obstaja. »Le kako sem staknil HCV?« je vzklik, ki ga še vedno pogosto slišimo pri novoodkritih okuženih s HCV po prvem šoku ob razkritju okužbe. Vendar je slaba novica hkrati tudi dobra novica, saj okuženemu takoj predstavimo prednosti

zgodnje diagnostike in dobre možnosti za zdravljenje. Slovenija se namreč ponaša s prav izjemnim podatkom: medtem ko je med vsemi okuženimi delež diagnosticiranih, torej tistih z že odkrito okužbo, pri nas med nižjimi v Evropi (ne dosega niti 30 odstotkov), je delež znano okuženih, ki prejmejo zdravljenje hepatitisa C, med najvišjimi (skoraj 40 odstotkov). Pri tem je zelo pomembno izpostaviti, da je bilo v zadnjih letih do 80 odstotkov bolnikov s kroničnim hepatitisom C tudi uspešno pozdravljenih.

Kakšne so posledice nezdravljenega hepatitisa C?

Glede na današnje znanje je scenarij poteka hepatitisa C pri posamezniku lahko le delno predvidljiv. Štirindvajset let prospektivnega opazovanja naravnega poteka okužbe s HCV je pokazalo, da le-ta najpogosteje izzveni spontano pri okuženih otrocih, mladih ženskah in bolnikih s klinično izraženim hepatitisom (z zlatenico) ter pri tistih z genetsko različico TT za interlevkin 28B, saj kaže, da je v potek okužbe vpletena tudi imunogenetika. S svojo zahrbtnostjo pa nas tu virus ponovno preseneti: prebolela okužba namreč ne zapušča trajne imunosti, saj so možne ponovne okužbe z istim ali drugim genotipom HCV.

Za kronični hepatitis C so značilna nihanja ravni ALT, ki se spreminja od normalnih vrednosti do vrednosti, ki so od sedem- do desetkrat nad normalnimi. Pri 6 odstotkih bolnikov s kroničnim hepatitisom C in povsem normalnimi ravnimi ALT je prisotna ciroza jeter, kar pomeni, da trajno normalne rani ALT niso zagotovilo za mirovanje bolezni. Številne raziskave zadnjih 20 let pa so pokazale, da bolezen hitreje napreduje pri starejših bolnikih, bolnikih s prekomerno telesno težo, hkrati okuženih s HIV ali HBV in pri osebah, ki zaužijejo več kot 50 g alkohola dnevno.

Nezdravljen kronični hepatitis C pri 20 do 30 odstotkih bolnikov po 20 do 25 letih privede do nastanka jetrne ciroze. V primeru kompenzirane jetrne ciroze pričakujemo desetletno preživetje pri 79 odstotkih bolnikov. Če gre za jetrno dekompenzacijo, le polovica bolnikov preživi pet let. Od dneva postavitve diagnoze je smrtnost v desetih letih 34- do 66-odstotna. V Sloveniji povzroča ciroza 32 smrti na 100.000 prebivalcev in je na 8. mestu med vzroki smrti. Znano pa je tudi, da imajo HCV-pozitivne osebe s cirozo 20-krat večje tveganje za razvoj raka na jetrih, saj se v povprečju rak razvije pri 7 odstotkih.

Kakšni so standardni načini zdravljenja kroničnega hepatitisa C? Je na tem področju kaj novosti – nove metode, nove možnosti zdravljenja?

Z največjim veseljem povem, da je današnje zdravljenje hepatitisa C na izjemno zavidljivi ravni, saj je, kot že rečeno, eno najuspešnejših zdravljenj virusnih okužb

sploh. Prospektivne opazovalne raziskave so potrdile, da je bolezen celo ozdravljiva, če jo odkrijemo dovolj zgodaj. Z zdravljenjem lahko ne le trajno odstranimo virus iz organizma, temveč uspemo tudi zmanjšati vnetne spremembe v jetrih in preprečiti prehod bolezni v jetrno cirozo ter nastanek raka na jetrih.

Do leta 1999 so bili bolniki s kroničnim hepatitisom C zdravljeni z interferonom alfa, nato s kombinacijo interferona alfa in nukleozidnega analoga ribavirina, od leta 2002 dalje pa s kombinacijo pegiliranega interferona alfa in ribavirina. Tako zdravljenje je bilo uspešno v povprečju pri polovici zdravljenih bolnikov. V letu 2012 se je kombinaciji zdravil za zdravljenje bolnikov, okuženih z genotipom HCV-1, pridružil še proteazni inhibitor (boceprevir ali telaprevir), kar je zvečalo učinkovitost zdravljenja za 25 do 30 odstotkov. Najnovejši podatki, predstavljeni aprila letos na kongresu Evropskega združenja za boleznijeter (EASL), kažejo, da je tako zdravljenje učinkovito tudi pri najbolj zahtevnih bolnikih, ki se na dosedanje zdravljenje niso popolnoma nič odzvali, uspešno pa je lahko celo pri bolnikih s HIV/aidsom, bolnikih z odpovedjo delovanja jeter ter celo pri bolnikih po presaditvi jeter s ponovitvijo bolezni, kar smo med prvimi v svetu pri takem bolniku uspeli doseči tudi pri nas. Epohalnost uspešnega zdravljenja hepatitisa C pa je, da je bolnik tudi dokončno pozdravljen. Vendar le, če je bolezen odkrita pravočasno! Če zamudimo ugoden čas za uvedbo zdravljenja bolezni in njen nadzor ter pride do končnih posledic neobvladane bolezni, reševanje le-teh pogosto ni uspešno. Kaj posledice nezdravljene ali prepozno odkrite bolezni pomenijo osebno za vsakega prizadetega bolnika, pa si ne moremo niti predstavljati, saj je breme bolezni z visoko smrtnostjo neizmerljivo. Uspešno zdravljenje, ki je omejeno na največ 12 mesecev, pa pomeni, da tak bolnik ne potrebuje več rednih zdravstvenih pregledov in preiskav, kakor tudi ne zdravlil za blaženje in umirjanje posledic bolezni ter dodatnih hospitalizacij, kar vse povečuje tudi stroškovno breme hepatitsov.

Uspehi Slovenije na področju zdravljenja bolnikov s kroničnim virusnim hepatitisom C so zelo dobri. Na kakšen način dosegamo tako dobre rezultate in v čem smo drugačni od drugih evropskih držav. So razlike v zdravljenju bolnikov med posameznimi državami v Evropi?

Strokovne smernice zdravljenja so večinoma povsod enake, države pa se med seboj razlikujejo po organizaciji in vodenju strategije zdravljenja. Nacionalne strategije zdravljenja kroničnega hepatitisa C se je v Sloveniji leta 1997 samoiniciativno lotila kar ekspertna interdisciplinarna skupina ustreznih strokovnjakov. Tekom let se je izoblikovalo čvrsto jedro petih centrov za zdravljenje



Prof. dr. Mojca Matičič, dr. med., Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja, UKC Ljubljana.

hepatitisa C z, če smem tako imenovati, epicentrom na Kliniki za infektivne bolezni in vročinska stanja UKCL, ki deluje po enotnih nacionalnih smernicah in kliničnih poteh. Trudi se nenehno izpopolnjevati in posodablja utečeno klinično prakso, pridobivati in uvajati nove učinkovine in diagnostična sredstva, loteva pa se tudi raziskovalnega dela ter izobraževanja in osveščanja tako stroke kot tudi laične javnosti. Ne nazadnje pa skrbi tudi za izboljšanje strategije odkrivanja okuženih.

Večino bolnikov s kroničnim hepatitisom C pri nas zdravimo specialisti infektologi, manjši del, predvsem tiste z najhujšimi zapleti, pa gastroenterologi – hepatologi. Obe specialnosti med seboj tesno in zelo aktivno sodelujeta, v neprecenljivo oporo pa so tudi klinični virolog, klinična farmacevtka, psihiatri ter terapevti za zdravljenje odvisnosti, ki skupaj s še nekaterimi specialisti in posebej za ta namen izobraženimi diplomiranimi medicinskimi sestrami tvorijo interdisciplinarno skupino za zdravljenje bolnikov s hepatitisom C. Gledano skozi prizmo zgodovine, smo vedno imeli na voljo vse uradno priznane učinkovine za zdravljenje hepatitisa C, za kar smo seveda zelo hvaležni vsem, ki so nam to omogočili. Že 15 let pa v UKCL poteka tudi program presajevanja jeter. Zdravljenje hepatitisa C, ki lahko povzroča vrsto neželenih, tudi življenje ogrožajočih zapletov, je v parenteralni

obliki in je zelo zahtevno tako za bolnika kot tudi za lečečega zdravnika, predpisujejo le pri ZZZS posebej imenovani specialisti, in to v skladu z nacionalnimi kliničnimi smernicami. Že od leta 1997 na nacionalni ravni spremljamo in analiziramo uspešnost in varnost zdravljenja vseh bolnikov s hepatitisom C in ob tem ugotavljamo, da je bilo v preteklih 15 letih uspešno pozdravljenih kar 64 odstotkov vseh zdravljenih bolnikov, kar je več kot primerljivo z ostalimi državami EU.

Kako pa je z odvisniki s hepatitisom C? Zdravite tudi njih?

Odvisniki predstavljajo pomemben delež naših bolnikov s hepatitisom C. Po podatkih iz leta 2006 jih je 30 odstotkov v programih nadomestnega zdravljenja odvisnosti imelo prebolelo ali aktualno okužbo s HCV. Vrsto let je v svetu veljalo prepričanje, da odvisniki ne zmorejo zahtevnega zdravljenja hepatitisa C, če pa ga prejmejo, se po njegovem zaključku največkrat ponovno okužijo. V izogib takemu razmišljanju in v pomoč tej specifični populaciji smo leta 2007 izdelali smernice zdravljenja hepatitisa C pri odvisnikih v substitucijskem programu. Na naše presenečenje se je izkazalo, da gre za ene prvih tovrstnih smernic v Evropi, ki že služijo za model nekaterim državam EU, v letošnjem letu pa jih je kot model dobre prakse v svoj program vključila tudi Svetovna zdravstvena organizacija. Rezultat smernic in intenzivnega interdisciplinarnega dela je visok delež zdravljenih in tudi uspešno pozdravljenih odvisnikov z visoko aderenco na režim zdravljenja in izredno nizkim deležem ponovnih okužb. Pogosto me kolegi v tujini sprašujejo o skrivnosti doseganja rezultatov v tej tako zahtevni in nekoliko posebni skupini bolnikov. Odgovor je vedno enak: skrivnost je v ljudeh, njihovem povezovanju, komuniciranju in nenehnem izpopolnjevanju. S spontano povezavo petih centrov za zdravljenje virusnih hepatitisov in 18 centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog širom po Sloveniji se je brez dodatnih finančnih vložkov iz obstoječih institucij organizirala nekakšna interdisciplinarna mreža strokovnjakov za zdravljenje tovrstnih bolnikov, ki se že od leta 2006 srečujejo na vsakoletnih monotematskih simpozijih, kjer izpopolnjujejo svoje znanje in izmenjujejo dragocene izkušnje.

Francija ima na primer eno najboljših oskrb bolnikov z virusnimi hepatitis, izvaja pa tudi široko kampanjo o bolezni v množičnih medijih. Pogrešate v Sloveniji tak način ozaveščanja in doseganja skupin z večjim tveganjem za okužbo?

Francija je že v devetdesetih letih na vladni ravni sprejela izjemno obsežen nacionalni program

obvladovanja hepatitisa C z gromozanskim finančnim vložkom in močno razpredeno mrežo zdravstvenih institucij za celostno obravnavo okužbe in danes predstavlja eno vodilnih medicinskih velesil na tem področju. Vendar se mi zdi, da v majhni Sloveniji, kjer je bila celotna strategija obvladovanja okužbe s HCV dovolj zgodaj in z veliko mero občutka odgovornosti porazdeljena med interdisciplinarno skupino strokovnjakov za klinično obravnavo na eni strani in epidemiologov za preprečevanje okužbe in njen nadzor na drugi, ne zaostajamo prav veliko. To objektivno potrjujejo tudi rezultati obsežne lanske raziskave ELPA, kjer je na področju kakovosti obvladovanja virusnih hepatitisov B in C med 30 evropskimi državami Slovenija zasedla drugo mesto, takoj za Francijo. Pomanjkljivost, ki jo je raziskava prikazala za Slovenijo, pa je bila ravno v nezadostnem odkrivanju okuženih. Zato ta trenutek resnično vse sile usmerjamo k reševanju tega problema, pri čemer pa so množični mediji seveda nepogrešljivi.

Menite, da se odločevalci (ZZZS, MZ, IVZ) v Sloveniji dovolj posvečajo tej problematiki, imate njihovo podporo na sistemski ravni ali bi veljalo narediti več?

Upam, da ne zveni preveč smelo, če rečem, da zaenkrat način organizacije obvladovanja okužbe s HCV v Sloveniji deluje v pravi smeri. Na voljo imamo tudi vsa razpoložljiva zdravila, obstajajo natančne smernice za njihovo uporabo, omogočeno je anonimno brezplačno testiranje na okužbo, obstajajo smernice za odkrivanje okuženih. Iskreno povem, da se zelo trudimo za kar najbolj racionalno rabo vseh teh danosti in jih intenzivno usmerjamo tja, kjer so potrebne. Želela pa bi si, da bi zdravniki vestneje upoštevali priporočila za testiranje na HCV pri vseh, ki tako testiranje potrebujejo, in da bi vsi bolniki z novo odkrito okužbo čim prej potrkali na vrata ustreznih specialistov, ki jih bodo popeljali na nadaljnjo diagnostično in terapevtsko pot. Prav tako bi si na širši nacionalni ravni želela natančnejših podatkov o prevalenci in gibanju okužbe v Sloveniji, tako v splošni populaciji kot tudi v skupinah z večjim tveganjem za okužbo.

V knjižici se obračate na izbranega osebnega zdravnika. Kaj lahko stori, da bi odkrival nove okužene?

Osebnimi izbrani zdravnik je tisti, ki mu je posameznik zapupal v varstvo svoje največje bogastvo. Ni le zdravnik, je tudi njegov tolažnik in zaupnik, ki dobro pozna svojega varovanca, njegove težave, razvade in vedenjske posebnosti ter preteklo anamnezo. Zato je prav ta specialnost medicine daleč najprimernejša za izvajanje presejalnega testiranja na okužbo s HCV (anti-HCV). Le-ta se opravi pri vseh osebah, ki sodijo v že prej omenjene skupine z

večjim tveganjem za okužbo, pri vseh tistih z nepojasnjeno zvišano ravnjo ALT in pri bolnikih s prej omenjenimi določenimi neznaki kliničnimi simptomi in znaki. Vse osebe s pozitivnim izvidom anti-HCV mora osebni zdravnik čim prej napotiti k specialistu infektologu. Testiranje na prisotnost HCV RNK nato razjasni, ali gre za trenutno prisotno ali preteklo okužbo, ki potrebuje nadaljnjo diagnostično obravnavo.

Če me vprašate o racionalnosti takega pristopa, vam odgovor poda še vroča, pravkar objavljena nemška raziskava. V njej so potrdili, da je kombinacija aktivne poizvedbe izbranega osebnega zdravnika o dejavnih tveganja za okužbo (izpolnjen vprašalnik) in presejalno testiranje na ALT najučinkovitejši pristop za določitev indikacije za testiranje na anti-HCV. Med skoraj 12.000 vključenimi varovanci, ki so obiskali zdravnika zaradi različnih vzrokov in ne zaradi hepatitisa C, so na ta način naključno odkrili kar 109 okuženih (0,9 odstotka).

Izbrani osebni zdravniki tudi posredno spremljajo bolnike s kroničnim hepatitisom C, tako zdravljeni kot nezdravljeni. Imate za njih kakšen nasvet?

Predvsem se mi zdi pomembno, da izbrani osebni zdravnik s svojim okuženim varovancem čim prej sproščeno spregovori o hepatitisu C, ga na posamezniku razumljiv način pouči o bolezni, načinih prenosa in preprečevanju širjenja okužbe, mu svetuje glede zdravega načina življenja, morebitne spremembe življenjskega stila in razvada, varne spolnosti, izogibanja jetrom škodljivih snovi in zdravil ter na testiranje napoti tudi spolnega partnerja oz. partnerko, ožje družinske člane in člane skupnega gospodinjstva. Pri bolnikih, ki prejemajo kombinirano zdravljenje, pa preveri, ali so usposobljeni za samodajanje zdravila, jih spodbuja k rednemu uživanju zdravil, jim lajša stranske učinke zdravljenja s simptomatskim zdravljenjem in preveri, ali pravilno shranjujejo uporabljene igle, ter poskrbi za njihovo dekontaminacijo.

Veljate za eno vodilnih specialistk na tem področju, dosegli ste pomembne uspehe na področju zdravljenja hepatitisa C. Kako bi ovrednotili svojo pot in kaj bi še posebej izpostavili?

Rezultati strategije zdravljenja hepatitisa C v Sloveniji so predvsem sad dolgoletnega in predanega skupinskega dela tesno povezane ekipe kolegic in kolegov, specialistk in specialistov, od katerih vsakdo prispeva pomemben delček v ta naš mozaik obvladovanja hepatitisa C. Ko mi je bilo pred dvajsetimi leti kot akcije željni novopečeni specialistki rečeno, da se bom ukvarjala z bolniki z virusnimi hepatitisom, mi je misel na dolgoročno, velikokrat zgolj pomirjajoče trepljanje teh bolnikov

zaradi klinične in terapevtske nemoči medicine, brez možnosti usmerjenega zdravljenja, v trenutku posrkala ves entuziazem. Danes me moje delo neskončno veseli in izpolnjuje, prav rada pridem vsako jutro v službo, saj si ne bi mogla želei primernejšega področja medicine, kjer dobesedno vsakodnevno zrem v presrečne obraze ozdravljenih bolnikov, v mladih zdravnikih in študentih medicine pa poskušam prebuditi entuziazem za obravnavo teh bolnikov, ki si ga tako visoko razvito področje medicine resnično zasluži.

Žal pa opažam, da je hepatitis C še vedno dokaj podcenjen pri določenem delu strokovne javnosti, kljub temu, da tako Svetovna zdravstvena organizacija kot tudi pristojni organi EU opozarjajo na pomemben javnozdravstveni problem, ki ga prinaša. Maja 2010 so na 63. zasedanju Svetovne zdravstvene organizacije sprejeli pomembno resolucijo, ki zavezuje, da naj preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje okužb z virusi hepatitisa v državah članicah postane ena do prioriteta na področju javnega zdravja. V preteklosti je SZO že posegla na področje virusnih hepatitisov, in sicer leta 1987 z resolucijo o zagotavljanju varne darovane krvi prejemnikom transfuzije ter leta 1992 z resolucijo o uvedbi cepljenja proti hepatitisu B v obvezen nacionalni program cepljenja otrok. Obe resoluciji sta bili v relativno kratkem obdobju globalno zelo dosledno upoštevani in žanjeta rezultate, ki se nam danes zdijo povsem samoumevni.

Bodimo torej ekspeditivni in dosledni tudi tokrat: upoštevajmo resolucijo SZO in testirajmo na okužbo s HCV ter čim prej odkrivajmo okužene, saj jim bo lahko ponujena kar najboljša oskrba, zdravstveni nadzor in vsa možna terapija, hkrati pa bo preprečeno tudi nadaljnje širjenje okužbe. Kaj posledice nezdravljene ali prepozno odkrite bolezni pomenijo osebno za vsakega prizadetega bolnika, si ne moremo niti predstavljati, saj je breme bolezni z visoko smrtnostjo neizmerljivo. Uspešno zdravljenje, ki je omejeno na največ 12 mesecev, pa pomeni, da tak bolnik ne potrebuje več rednih zdravstvenih pregledov in preiskav, kakor tudi ne zdravil za blaženje in umirjanje posledic bolezni ter dodatnih hospitalizacij. Gledano globalno bodo s tem lahko preprečene številne prezgodnje smrti, pa tudi nepotrebni stroški obvladovanja zapletov bolezni.

E-naslov: polona.wallas@zzs-mcs.si

Med medicino in upodabljajočo umetnostjo

Tuberkuloza med slovenskimi slikarji

Prerani grob genialnega Ivana Groharja in bolezenska označenost Mihe Maleša

Zvonka Zupanič Slavec

Mlad umrje, kdor je od bogov izbran.

Grška gnoma

Borba za preživetje je skozi zgodovino človeštva pehala mnoge ustvarjalne ljudi v neustrezne življenjske in bivanjske okoliščine, ki so bile vzrok bolezni. Jetika je bila med njimi še posebej v času industrializacije družbe daleč najpomembnejša.

Na prelomu 19. v 20. stoletje je zaradi revščine med slovenskimi slikarji jetika najhuje prizadela enega najbolj nadarjenih, krajinskega poeta Selške doline in bajtarskega sina Ivana Groharja, ki ji je podlegel pri 44 letih življenja. Njega, predvsem pa slovensko družbo, je bolezen opeharila za nadaljnji ustvarjalni opus unikatnih del, saj je bil njegov presežni talent prepoznan tudi v mednarodnih slikarskih središčih. Jetika ni prizanesla tudi slikarskima Prešernovima nagrajencema, Kamničanu Mihi Malešu in Tržačanu Avgustu Černigoju, a sta prihajala iz socialno dobro stoječih okolij in sta si z gmotno pomočjo uspela povrniti zdravje. Malešovo dolgotrajno zdravljenje na Golniku je ohranjeno v njegovih grafikah sanatorijskega okolja, ki kažejo slikarjevo dojemanje bolezni.

Precej je imen najvidnejših slovenskih umetnikov, ki so umrli zaradi tuberkuloze: poleg razvpitih pesnikov moderne Ketteja in Murna, ki jima je pisateljica Mimi Malenšek ohranila nesmrten spomin v romanu »Pojóci labodi«, so bili tu še Josip Jurčič, Simon Jenko, Janko Kersnik, Fran Gestrin, pa med starejšimi literati Sebastijan Krelj in Jernej Kopitar ter Stanko Vraz. Pretresljive so Cankarjeve črtice iz dunajskega predmestja Ottakringa, okraja revščine in jetike, kjer piše: »Ta okraj je dom uboštva in jetike ... Pozimi, v mrazu in snegu, so metali na ulice družine brezposelnih delavcev in samostojnih stradajočih malih obrtnikov. Videl sem človeka, ki je bil brez zavesti obležal na tlaku; mislili so, da je žganja pijan; ko so poklicali rešilni voz, je zdravnik dognal, da se razcapani jetičnik ni bil zgrudil vsled pijanosti, temveč vsled gladu ...« Nič manj pretresljivo ni pisanje Janeza Kajzerja v romanu »Macesen«, ki je biografija v Sorici rojenega Ivana Groharja.

Znano je, da so postale krhke, porcelanasto blede deklice mode-li slikarjev ali glavne junakinje literarnih stvaritev sentimentalne romantike v književnosti, kot v romanu »Dama s kamelijami«, ali libretih nekaterih znamenitih oper: Verdijeve »Traviate«, Puccinijevih »Manon Lescaut« in »La Bohème«. Model Venere

na Botticellijevi sliki Pomlad (1484) je bila 16-letna krhka florentinska lepotica, ki je čez nekaj let umrla za jetiko.

Umetnostni zgodovinarji in literarni kritiki so se pogosto spraševali, ali so umetniki, ki trpijo za jetiko, na poseben način navdahnjeni za uspešnejše ustvarjalno delo. Hrvaški zgodovinar medicine, nekdanji predavatelj na pariški univerzi Sorbona prof. Mirko Dražen Grmek (1924–2000) je o jetiki v povezavi z umetnostjo zapisal: »Tuberkuloza daje umetniškim stvaritvam pogosto nekakšen osebni značaj: sentimentalno otožnost, občutek življenja v senci smrti ... Medtem ko se nekateri bolniki s tuberkulozo odzivajo z melanholijo, pri drugih ta izziva mrzlično dejavnost, željo po uživanju življenja, zavidanje zdravim ... Čeprav vemo, da jetika pogosto vpliva na bolnikovega duha, da značilno obarva in usmerja literaturo in umetniško dejavnost, iz tega še vedno ne moremo trditi, da je jetika pozitivni dejavnik umetniške ustvarjalnosti. Tuberkuloza sicer vtisne svoj pečat umetnikovemu delu, toda nikakor ni vzrok njegove veličine. Porazni vpliv bolezni je v tem, da jetični bolniki zgodaj umirajo, zelo pogosto prej kot dosežejo vso zrelost ustvarjalne moči.«

Ivan Grohar (1867–1911)

Leta 1867 v Sorici rojeni Ivan Grohar je živel v okolju, kjer je vladala domača obrt: od otroštva je spremljal slikanje na panjske končnice in steklo, kar ga je navduševalo, a njegovo nadarjenost je spoznal šele soriški župnik Anton Jamnik in ga leta 1888 peljal na ogled razstave v Škofjo Loko, nato pa mu uredil vajeništvo pri cerkvenem slikarju Matiji Bradašku v Kranju.

Grohar je postal slikarski vajenec in se je izpopolnjeval med drugim v Zagrebu v ateljeju Spiridiona Milanésija. Vpoklic v vojsko ga je razorožil, saj mu je bilo vojaško življenje tuje in



Gvidon Birola: Portret slikarja Ivana Groharja (vir: www.google.si).



Ivan Grohar: Sejalec, 1907 (v lasti Narodne galerije iz Ljubljane, vir: wikipedia).

»Slikar, čigar življenjsko pot je v 44. letu starosti prekinila pre zgodnja smrt, je poskrbel za podobe, zaradi katerih so začeli v njem prepoznavati mit slovenstva, njegove krajine pa sprejemati kot podobe domovine.« (M. Komelj)

je dezertiral ter bil zato kaznovan z enoletnim podaljšanjem vojaškega stanu. A med letoma 1892 in 1895 se je s podporo kranjskega deželnega odbora vendarle uspel vpisati na Deželno risarsko šolo v Gradcu. Je pa že leta 1894 opravil tudi sprejemni izpit na dunajski slikarski akademiji, a so ga zaradi pomanjkljive izobrazbe zavrnil. Jeseni 1895 se je študijsko odpravil v takratno Monakovo, kjer je v muzejih kopiral starejše mojstre in obiskoval razne razstave. Poleti 1896 se je naselil v Škofji Loki in si uredil prvi slikarski atelje. Le leto zatem je spoznal Riharda Jakopiča, ki je vplival nanj, da se je od slikarja sakralnih del obrnil v impresionizem.

Milček Komelj piše: »Groharjevi preobrazbi sledimo od njegovega prihoda v München, kjer ga je Jakopič leta 1899 seznanil z Antonom Ažbetom. Tam se je spoznal tudi z Matijo Jamo in Matejem Sternenom. Po vrnitvi v Ljubljano novembra istega leta se je leta 1900 vrnil v München, nato pa živel v Ljubljani, v Škofji Loki in Sorici do leta 1902, ko je svojo motiviko poiskal v Devinu.«

Grohar je bil s srcem in dušo predan slikarstvu in je postal tajnik Slovenskega umetniškega društva. Ker njegovo impresionistično delo med ljudmi ni bilo sprejeto, je trpel ne le bedo, ampak tudi lakoto. V upanju, da bo kmalu prodal kakšno sliko, si je sposojal iz društvene blagajne in bil zaloten. Trimesečna zaporna kazen zanj niti ne bi bila tako huda, če ob tem ne bi izgubil prijateljev, kar ga je globoko prizadelo. Ob strani mu je stal edino Jakopič. Po prestanem zaporu je slikal na Brdu pri Lukovici, poleti 1903 pa je na Dunaju najel atelje, kjer mu je



Ivan Grohar: Pomlad. Na dunajski razstavi slovenskih slikarjev leta 1904 je ta slika doživela najlepši sprejem med vsemi (v lasti Narodne galerije iz Ljubljane, vir: wikipedia).

pomagal kipar Fran Berneker. Povezal se je tudi z drugimi slovenskimi intelektualci: Ivanom Prijateljem, Izidorjem Cankarjem, arhitektoma Maksom Fabianijem in Jožetom Plečnikom.

Grohar je na Jakopičevo pobudo nagovoril lastnika dunajskega razstavnega salona H. O. Miethkeja za odprtje razstave slovenskih umetnikov iz kluba Sava. Februarja 1904 so tam razstavljali Ivan Grohar, Rihard Jakopič, Matija Jama, Matej Sternen, Fran Vesel, Fran Berneker in še nekateri slovenski umetniki. Na izjemno uspeli razstavi je bila najbolje sprejeta prav Groharjeva slika Pomlad. A kljub vse večjemu priznanju njegove umetnosti je ta izjemni slikar ostajal v hudi revščini in se vse bolj zapiral vase.

Finančna nemoč je Groharja že v letu 1904 z Dunaja pripeljala ponovno v domači kraj in Škofjo Loko. Nekdanji prebivalci Selške doline (dr. Vida Košmelj Beravs) vedo povedati, da je bil dermatovenerolog, doma iz Železnikov, dr. Jernej Demšar veliki podpornik Ivana Groharja in je kupoval njegove slike. Domačinom je tudi plačeval, da so Groharja podpirali kjerkoli so ga lahko, saj sam ni nikoli prosil. Dajali so mu brezplačno streho nad glavo, hrano, obleko, ga na poti iz Loke v Sorico vzeli na lojtrnik in podobno, da bi mu olajšali življenje, a ohranili njegovo človeško dostojanstvo. Košmeljeva je tudi povedala, da je Grohar kupoval najskromnejši slikarski pribor, saj si boljšega ni mogel privoščiti.

Leta 1911 je Groharju po posredovanju Janeza Evangelista Kreka in Riharda Jakopiča Deželni odbor odobril 2.000 kron podpore za umetniško potovanje v Italijo, kamor si je slikar želel od rane mladosti. Na poti se je ustavil v Ljubljani, da bi si nakupil vse potrebno za pot, a je moral zaradi jetike, ki jo je prikrival, v bolnišnico in je tam 19. aprila 1911 tudi umrl. Na

pogreb so poleg Riharda Jakopiča prišli le posamezni loški prijatelji.

Dr. Komelj je zapisal: »Vizijam in sanjarjenju predani Grohar je kljub težkim razmeram intenzivno razstavljal. Istega leta, kot so se člani Save prvič predstavili na Dunaju (1904), je sodeloval na skupinski razstavi v Beogradu, leto pozneje ponovno na Dunaju, tokrat v secesiji, in tudi v Berlinu. Leta 1906 je bilo njegovo delo na ogled v Londonu in Sofiji, leta 1907 pa še na prvi razstavi slovenskih umetnikov v Trstu. Leto pozneje je organiziral razstave v Varšavi in Krakovem, nato pa 1909 sodeloval na razstavi 80 let upodabljaljoče umetnosti na Slovenskem v Jakopičevem paviljonu. Leto po njegovi smrti je Jakopič v dunajski Secesiji predstavil tri njegova dela.

V Narodni galeriji so mu spominsko razstavo posvetili leta 1926, pomembna pa je še Groharju posvečena retrospektivna razstava, ki so jo leta 1958 postavili v Moderni galeriji, kjer je danes (razen v času razstave v Narodni galeriji) v stalno zbirko uvrščen njegov Črednik iz leta 1910.«

Miha Maleš (1903–1987)

Četudi je življenjska zgodba kamniškega slikarja Mihe Maleša prepletena z večletno borbo z jetiko, nima v sebi tragičnega ozadja kot Groharjeva, saj je bilo Maleševo premoženjsko stanje ugodno in ga je to zaščitilo pred smrtonosnostjo tuberkuloze.

Akademsko izobraženi slikar in predvsem grafik pa je vendarle za sabo zapustil likovno upodobitev svojega doživljanja jetike. Grafike hospitalizacije v protituberkuloznem sanatoriju na Golniku več kot zgovorno govorijo o tem.

Sklep

Tuberkuloza je med vsemi boleznimi gotovo najbolj prizadela ustvarjalni potencial umetnikov vseh področij, tudi slikarstva. Najhuje ob tem je bilo, da so jetičniki umirali mladi in njihova ustvarjalnost ni imela priložnosti, da bi se razvila v polni meri. Grohar je iz notranje nuje po slikarski izpovedi znal preseči bedo vsakdana, lakoto, mraz, zaničevanje okolja in celo izgubo prijateljev ob eni sami želji, da svoj notranji likovni svet ohrani bodočim rodovom in preživi samega sebe. Pri tem je prehodil zavidanja vredno pot, saj je preko cerkvenega slikarstva in realističnega upodabljanja postal vodilni slovenski impresionist. Nanj je vplival tudi italijanski slikar, ki je večino življenja preživel v Švici, Giovanni Segantini (1858–1899), in je slikal pastoralne in žanrske motive alpskega sveta in neokrnjene planinske narave.



Spomenik Toneta Logondarja iz leta 1982, posvečen slikarju Ivanu Groharju v idilični rodni Sorici nad Železniki (vir: www.gore-ljudje.net/novosti/70289/).

Naj se ohrani Groharjevo ime s po njem poimenovano šolo in loškimi Groharjevimi slikarskimi kolonijami. Njemu posvečen kip v idilični rojstni vasi Sorici spominja na njegove sanje, ki jih je z muko izživel, a njegova setev je bila več kot plodna, saj njegov Sejalec ne le simbolizira slovensko semenarno, ampak nas preko evropskega kovanca povezuje v širši kulturni prostor, ki ga je sooblikoval notranjemu poslanstvu predani domoljub Ivan Grohar.

Literatura:

1. Janez Kajzer: *Macesen*. Roman o Ivanu Groharju. Ljubljana: Borec, 1988: 357 strani.
2. Brejc, Tomaž, *Slovenski impresionisti in evropsko slikarstvo*. Ljubljana, 1982.
3. Jaki, Barbara et al, *Ivan Grohar: Bodočnost mora biti lepša*. Ljubljana, 1997.
4. Podbevšek, Anton, *Ivan Grohar: Tragedija slovenskega umetnika*. Ljubljana, 1937.
5. *Slovenski biografski leksikon*, s.v.»Grohar Ivan«.
6. Stele-Možina, Melita, *Likovni zvezki*, zv. 3, *Ivan Grohar*. Ljubljana, 1962.
7. http://www.rtvsl.si/impresionisti/ivan_grohar/zivljenje
8. http://sl.wikipedia.org/wiki/Ivan_Grohar
9. <http://www.slovenija-danes.slovinci.si/ivan-grohar-biser-slovenske-umetnosti>
10. http://en.wikipedia.org/wiki/Giovanni_Segantini

E-naslov: zvonka.slavaec@gmail.com

Spomini slikarja Mihe Maleša na svojo borbo s tuberkulozo na Golniku leta 1943



Jetična bolnica na verandi (lesorez, 1934).



Protituberkulozni sanatorij na Golniku (lesorez – grafika, 1934).

Golniške grafike so nastale v času Maleševe hospitalizacije (lastnik je Medobčinski muzej Kamnik, Galerija Miha Maleš).



Delo bolniških redovnic na sanatorij-skem vrtu (lesorez, 1934).



Sestri (lesorez, 1934).

Pozornost zbujajoča uniforma redovnih sester negovalk v protituberkuloznem sanatoriju je navdihnila tudi jetičnega grafika Maleša.

Prof. dr. Janko Sušnik (1927–2005) – utemeljitelj medicine dela pri Slovencih

Življenje in delo

Zvonka Zupanič Slavec, Zdenko Šalda

Prof. dr. Janko Sušnik velja za enega izmed pionirjev slovenske medicine dela, prometa in športa. Ob 1. Sušnikovih dnevih, ki so potekali v Termah Ptuj 7. in 8. junija 2013, je bilo predstavljeno njegovo življenje in delo. Rodil se je v Mariboru v meščanski družini, očetu humanistu, ki mu je približal ljubezen do knjige in spoštovanje do znanja. Leta druge svetovne vojne so sicer humanistično čutečega dijaka posedla v klopi medicinskega študija, saj je zdravniški poklic zagotavljal zanesljivejše preživetje. Strokovna pot je mladega zdravnika po dekretu pripeljala v železarske Ravne na Koroškem, kjer mu je delovno okolje določilo življenjsko pot. Z ustvarjalno domišljijo, izjemno voljo, delovno zagnanostjo in vero v svoje delo je skozi dolga desetletja trdega, a predanega dela postavil temelje ocenjevanju delovnih mest v številnih poklicih. Dobra opismenjenost mu je pomagala, da je velik del svojega raziskovalnega dela objavil v člankih, posameznih knjižicah, pa tudi znanstvenih monografijah. Njegovo pionirsko delo je postalo katekizem obravnave človeka na delovnem mestu.

Nenehno strokovno izpopolnjevanje je dr. Sušnika preko magisterija in doktorata ter številnih mednarodnih izobraževanj pripeljalo med univerzitetne učitelje. Kot redni profesor medicine dela je bil ne le učitelj študentom Medicinske fakultete v Ljubljani, ampak tudi Filozofske fakultete in Akademije za likovno umetnost Univerze v Ljubljani. Skozi njegove roke so šle številne generacije specializantov medicine dela, prometa in športa, ki se s spoštovanjem spominjajo izjemnega znanja in strokovne ter človeške širine svojega učitelja. Pomnijo pa ga tudi domačini na Koroškem, saj je svojemu kraju poklonil dve leposlovni deli, sebe in svoje pa v zrelih letih veselil s slikanjem, ki mu ni bilo namenjeno kot osnovni poklic, zato se je šele v pokoju vpisal na Akademijo za likovno umetnost.

Častno in dostojanstveno so se Sušnikovi učenci oddolžili svojemu učitelju z vpeljavo stanovskih srečanj medicine dela, prometa in športa, poimenovanih po njem.

Življenje Janka Sušnika

Za svoj sedemdeseti rojstni dan je Janko Sušnik napisal Kratek življenjepis. Iz njega izvemo, da se je rodil 13. maja 1927 v Smetanovi ulici 30 v Mariboru. Mati je bila iz rodu Plešivških, ki nosijo drugo ime Uršlje gore (Plešivec), oče pa je potomec

kmetov na Suškem vrhu, uršljegorskem sosedu. Oče je bil pred drugo svetovno vojno profesor na klasični gimnaziji in znan mariborski kulturnik, po njej pa ustanovitelj ravske gimnazije in študijske knjižnice.

V življenjepisu se Janko Sušnik spominja svojega lepega otroštva. Imel je tri brate: Frančka, Toneta in Matjaža. Še pred osmovo so se je učil francoščine in klavirja, otroško samozavest pa so pospeševala potovanja po svetu: v živalski vrt v Berlin, na pasijonske igre v Oberammergau ali k papežu Piju XI. v Rim, ki mu kot predšolski otrok ni hotel poljubiti prstana, pa ga je oče namesto njega dvakrat. Počitnice so preživeli vselej na Prevaljah, kjer je imela mama hišo. Tam so bili njihovi dedi in babice ter številni bratranci in sestrične, s katerimi se je igral.



Prof. dr. Janko Sušnik, strokovnjak medicine dela, prometa in športa, v zrelih življenjskih letih (iz arhiva družine Sušnik).

Obiskoval je klasično gimnazijo, dokler ni v njegovem četrtem razredu izbruhnila druga svetovna vojna. Oče, ki je bil takrat tudi občinski svetnik, je poskrbel, da je aprila 1941 mestni avtobus naložil njihovo družino in dijake iz Mežiške doline ter jih odpeljal v Prevalje oziroma drugam na slovenskem Koroškem. Zaradi tega jih Nemci niso izselili v Srbijo, kar bi jih sicer doletelo kot slovenske izobražence. Janka so vpisali na drugo deško gimnazijo v Celovcu. V šolo se je s Prevalj 52 kilometrov daleč vozil z vlakom, v katerem imeli so koroški Slovenci iz Mežiške doline in Podjune vselej svoj kupe. V celovski šoli profesorji nad dijake niso izvajali nacističnega pritiska, ki so ga doživljali izven nje. Za maturo sta iz vsega razreda ostala le dva dijaka, izpraševalcev pa sta imela osem. Sošolci so postali partizani ali nemški vojaki. Maturo je opravil *mit Vorzug bestanden*, torej z odličnim uspehom. Medtem pa je bil oče že dolgo v koncentracijskem taborišču Dachau. Zaradi sodelovanja z OF so ga prvič zaprli leta 1943 in nato konfinirali. V času konfinacije je urejal samostansko knjižnico v Šent Pavlu na Koroškem. Knjige so namreč na vrat na nos zmetali iz samostana v njemu pripadajočo katedralo, v prostorih knjižnice pa uredili nacistično šolo za politične delavce. V tej velikanski cerkvi je Janko Sušnik z očetom med vojno preživel šolske počitnice, praznike in nedelje, od jutra do mraka. Medtem ko je oče urejal knjige, je imel Janko čas za branje in kontemplacijo. Bral je Platona, Tomaža Akvinskega in nemške klasike. Doma je bral Tolstoja in Dostojevskega in se učil češčine. Zaradi nadaljnjega sodelovanja z OF so očeta ponovno zaprli in ga poslali v koncentracijsko taborišče. Sušnikova družina je med vojno obdelovala majhno kmetijo in nekako preživela vojna leta.

Jeseni 1945 se je Janko Sušnik odločil za vpis na univerzo. Kot srednješolec se je nagibal k psihologiji, profesorica risanja pa ga je spodbujala, da bi razvil svoj slikarski talent. Oče, ki se je vrnil iz Dachaua, je bil prepričan, da je v taborišču šlo najbolj zdravnikom, zato mu je svetoval študij medicine. Res se je vpisal na Medicinsko fakulteto, a je potreboval veliko časa, da je to v sebi sprejel. V tretjem letniku študija je vodil krožek za medicino dela, ki mu ga je z odločbo določilo Ministrstvo za zdravstvo in ga je jemal kot nujno žrtev, da bi po kakem letu ali dveh dobil specializacijo interne medicine, kirurgije ali ginekologije. Njegov prvi mentor je bil dr. S. Lajevc, ki je vodil referat dela na Republiškem zavodu za zdravstveno varstvo. Med študijem je vsake počitnice mesec dni praktical v slovenjegraški bolnišnici. Medicinsko fakulteto je končal leta 1952.

Med stažiranjem v Slovenj Gradcu, Mariboru in Beogradu se je naučil samostojnega dela, prevzemanja odgovornosti in postopoma je razvil zaupanje vase. Tako je na primer že po treh tednih stažiranja na slovenjegraškem kirurškem oddelku samostojno operiral prvega bolnika z vnetjem slepiča. Kmalu je začel samostojno delati v Obratni ambulanti Železarne Ravne. Z zakonom o obratnih ambulantah je postal njen upravnik in edini zdravnik s štirimi bolničarkami. Ob topilnici so imeli ambulanto s čakalnico in ordinacijo, ki je bila pregrajena z zavesami, in prostor, ki je bil hkrati soba za sestro, ordinacija in prostor za intervencije. Pri prvih korakih v zdravstvenem

varstvu delavcev mu je pomagal varnostni inženir Železarne Ravne Avgust Kuhar (brat Lovra Kuharja - Prežihovega Voranca), ki je takrat uvajal sistem nagrajevanja delavcev, če se med letom niso poškodovali. Tudi dr. Sušniku je podaril budilko, češ: »Dohtar, saj lani nisi imel nobene obratne nezgode.« Vsak drugi teden ga je v kraju doletelo dežurstvo. Na začetku je po hribih in dolinah hodil peš, kmalu pa mu je železarna kupila kolo in kot zaščitno sredstvo dodelila gumijast plašč. Leta 1956 se je motoriziral – železarna mu je kupila motorno kolo *Puch Roller*. Leto 1957 je pomenilo novo prelomnico – vpisal se je na podiplomski tečaj medicine dela na Školi narodnog zdravlja v Zagrebu. Tečaj je trajal dva semestra, vsak teden od ponedeljka do sobote. Tečaj se je zaključil s 14-dnevno ekskurzijo po Sloveniji in hrvaški Istri, ki je združila »*utile cum dulce*«, kot jo je Janko Sušnik označil v svojem življenjepisu. Vsak dan so obiskali več podjetij, se kopali v morju in bili na Mojstrovki. Takrat je prvič srečal idrijskega zdravnika Ivana Hribernika in videl, kako kontrolira bolnike z zastrupitvijo z živim srebrom: opazoval je spremembe tresočega se podpisa v zdravstveno kartoteko.

Ko se je vrnil iz Zagreba, je postal direktor Zdravstvenega doma Ravne na Koroškem in vanj vključil obratno ambulanto železarne. Z novim znanjem in položajem se je lahko lotil preureditev v zdravstvenem domu, ki so značilne za današnje pojmovanje primarnega zdravstvenega varstva. S sodelavci je razvil dispanzersko, patronažno, specialistično in laboratorijska dejavnost. Zgradili so nov zdravstveni dom.

Po desetih letih dela, ko ni in ni bilo časa za dokončanje specializacije, je odšel na osemmesečno izpopolnjevanje na ustanovo *Arbetsmedicinska Institutet* v Stockholm k profesorjema Irmi Åstrand in W. Döbelnu. Specializacijo je končal v Zagrebu, Ljubljani in na Golniku. Posebej dolgo se je učil na Inštitutu za rentgenologijo, ker je po vrnitvi na Ravne na Koroškem do prihoda rentgenologa del delovnega časa opravljal rentgenološko delo. Specialistični izpit iz medicine dela je opravil v Ljubljani leta 1968, leta 1969 je končal enomesečni tečaj fiziologije dela v Berlinu, magistriral pa je v Zagrebu leta 1971.

V naslednjem življenjskem obdobju se je Janko Sušnik posvetil razvoju Centra za medicino dela, prometa in športa na Ravnah na Koroškem in razvoju fiziologije dela v Sloveniji. Sušnikovo delo se je vse bolj širilo, z njim pa tudi njegov Center za medicino dela, prometa in športa, ki je pridobil nove sodelavce in se prostorsko razširil. Vedno bolj je izpopolnjeval tehnično opremo s specifičnimi pripomočki, bogatil pa je tudi strokovno knjižnico. V sklopu Železarne Ravne so stimulirali dejavnost ekološkega laboratorija in zgradili celo improvizirano klimatsko komoro. Oblikovala se je odlična ekipa sodelavcev, ki je bila z znanjem, izkušnjami in opremo sposobna kompleksno analizirati delovno mesto z ekološkega, fiziološkega in psihološkega vidika. Uporabljali so ocenjevalno analizo delovnega mesta, ki jo je razvil. Avtor je s sodelavci opravljal ocenjevalne analize delovnih mest po vsej Sloveniji, zlasti odmevne so bile raziskave v železarstvu, gozdarstvu, rudarstvu in tekstilni industriji. Na svoje »turneje« je pogosto jemal specializante, ki so se tako učili

medicine dela, ocenjevalna analiza delovnega mesta pa je bila kot temeljna metoda sestavni del znanja, ki ga je moral osvojiti vsak specializant.

Janko Sušnik je doktoriral leta 1977 z delom »Možnosti predikcije toplotnega pulza«. Za to se je strokovno izpopolnjeval po številnih evropskih laboratorijih. Poleg že omenjenih Stockholma, Berlina in Zagreba še v Zürichu, Stuttgartu, Darmstadtu, Parizu, Münchnu, Essnu, Dortmundu, Bad Kreuzenachu, Pragi, Strassbourgu, Københavnu in Ijmuidenu. Postal je docent, nato izredni profesor in končno redni profesor Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. V študijskem letu 1978/79 je dobil ponudbo za vodenje Inštituta za fiziologijo na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Ko je videl, v kako slabih razmerah deluje inštitut, si je premislil in se vrnil na Ravne na Koroškem, kjer je imel veliko boljše pogoje za delo, in nadaljeval svoje delo.

Obsežno znanje dr. Sušnika in njegove osebnostne lastnosti so ga pripeljali med učitelje, ki so znali z bogatimi izkušnjami navduševati svoje slušatelje in jim prinašali dragocena spoznanja. V letih 1981/82 je bil dr. Sušnik gostujoči profesor na Inštitutu za psihologijo dela (*Institut für Arbeitsphysiologie*) v Dortmundu. Predaval je fiziologijo na Oddelku za psihologijo Filozofske fakultete, Oddelku za oblikovanje Akademije za likovno umetnost in sodeloval tudi s Katedro za antropologijo Biotehnične fakultete Univerze v Ljubljani. Upokojena fizična antropologinja doc. dr. Tatjana Tomazo Ravnik se spominja srečanj z njim, ki so bila vedno prijetna, strokovna in polna kombinacij ter možnosti realizacije izbranih metod dela. Z zanimanjem je spremljal pripravo njene doktorske disertacije z naslovom »Sestava telesa in človekov somatotip v juvenilnem obdobju« ter bil predsednik komisije za zagovor.

Prof. dr. Janko Sušnik je vsa leta predaval fiziologijo dela na podiplomskem izobraževanju medicine dela. Na predavanjih je bilo čutiti njegovo širino, poseben odnos do znanosti, predanost stroki in predvsem človečnosti. Predaval je z velikim zanosom. Na medicino in znanost ter človeka kot objekt znanosti je gledal kot na posebno zanimivo umetnino. Predavanja je znal popestriti s preprostimi in hkrati poučnimi primeri. Pri razpravi o delu na višini je na primer vprašal: »Kdo je bolj ogrožen zaradi padca: dobro zavarovan in izkušen alpinist v severni triglavski steni ali tajnica na visokih petah, ki stopi na vrtiljiv stol, da bi dosegla fascikel na vrhnji polici?« Veliko pozornosti je namenil specializantom medicine dela. Ravne na Koroškem so bile standardna postaja na kroženju specializantov. Polovici je bil mentor specialističnih nalog, pri njem so opravljali tudi magistriranje. Spoštoval je vsakega posameznika. Imel je poseben odnos do uporabe jezika. Specializantu, Hrvatcu, je dejal: »Specialistično nalogo napišite v svojem jeziku, če vam je lažje. Slovenščina je lep jezik, če se ga dobro zna.« Po drugi strani je z mlajšim sodelavcem, Slovencem, v Zdravstvenem domu Ravne na Koroškem ure in ure govoril v tujih jezikih, da bi se jih ta čim bolje naučil. Njegov način komuniciranja s sodelavci je bil včasih precej formalističen, vendar so to vsi znali vzeti v zakup in po nekaj spregovorjenih stavkih to zadrego premagali. Kot

človek je bil delaven, dosleden in neumoren, tako pri strokovnih vsebinah kot pri svojem družbenem angažiranju. V Ljubljano se je vozil pretežno z avtobusom in pot vedno izkoristil za delo ter deloma druženje s študenti in naključnimi sopotniki. Zelo dober stik je znal vzpostaviti z delavci, na katerih je med njihovim delom izvajal meritve. Znal jih je pridobiti tudi za tako nenavadne meritve, kot je npr. merjenje rektalne temperature. Raziskave je najraje opravljal *in vivo* na delovnem mestu. Delavci so, opremljeni z merilnimi instrumenti, normalno opravljali svoje delo. Če je raziskave opravljal v dispanzerju, se je želel čim bolj približati dejanskim razmeram na delovnem mestu. Tako si je na primer za neko elektromiografsko raziskavo izposodil skladovnico kartonov z ribjimi konzervami, specializant pa je igral vlogo delavca in oblepljen z elektrodami premeščal kartone.

Ker je želel vplivati na preureditev zdravstvenega varstva delavcev, ki se je napovedovala z novim Zakonom o varnosti in zdravju pri delu, je pristal na kandidaturu v Državni svet. Kot predstavnik lokalnih interesov je bil na volitvah leta 1991 izvoljen za mandatno obdobje 1992–1997. V svojem življenjepisu je zapisal: »Poslanska klop je bila zame nova izkušnja, ki sem jo zapisal z geslom po Horacu: *Scribimus indocti doctique poemata passim* (Vešči in nevešči – vsi vprek – pišemo pesmi). To najtežje prenašam.«

V svojih zrelih letih je želel naslikati slike, ki jih je nosil v sebi. Vpisal se je na Akademijo za likovno umetnost v Ljubljani. S tem so se mu uresničile mladostne sanje. Poleg slikarstva se je preizkusil tudi v pisanju. Napisal je zbirko črtic *Pripoved rimskih nagrobnikov iz Dobje vasi*, ki je izšla leta 2001, in celo roman *Turške Šance nad Guštanjem*, ki je izšel leto kasneje. Profesor Janko Sušnik je ostal družbeno aktiven. Leta 2003 je bil v iniciativnem odboru, ki je zbiral denar za obnovo cerkve na Uršlji gori. V pozivu so napisali, da je cerkev na Uršlji gori čudovit kulturni spomenik 400-letne davnine in biser starega stavbarstva v kmečkem okolju.

Ob koncu življenjepisa se Janko Sušnik ljubeče spomni svoje Lenke: »Pred pol stoletja sem se zaljubil v nežno plavaloso dekle, s katero sva se leta 1953 poročila. S svojo blago močjo je podpirala tri vogale domače hiše, da sem lahko hodil po poteh svojega učenja.«

Prof. dr. Janko Sušnik se je s svojim delom vpisal med najpomembnejše slovenske specialiste medicine dela.

Strokovno delo prof. dr. Janka Sušnika

V medicino dela je uvedel ekspertizo specialista medicine dela, ki je sinteza preiskav specialistov drugih strok in lastnih preiskav, ki vključuje tako pregled delavca kot analizo delovnega mesta. Ekspertizo si je zamislil predvsem za potrebe predstavitev na invalidski komisiji. Danes se ponovno oživlja ideja, da bi specialisti medicine dela prevzeli invalidske postopke.

Leta 1973 je izšel priročnik *Kriteriji in stopnje desetih obremenitev na delovnih mestih*, ki ga je sestavil skupaj z Vekoslavom

Verhovnikom. Šlo je za metodo, ki je omogočala postavitev kriterijev in stopenj za raziskavo in oceno desetih obremenitev na delovnem mestu. To so fizične obremenitve (dinamične in statične), toplotne obremenitve, obremenitve vida, obremenitve z ropotom, obremenitve z vibracijami, obremenitve zaradi stika z aerosoli, plini, parami, obremenitve zaradi umazanosti in nevarnosti infekcije, obremenitve zaradi dela z vodo in kislina-mi, obremenitve zaradi dela na prostem in nevarnosti prehlada ter nevarnosti nesreč pri delu. Avtorja sta v uvodu zapisala, da si ne domišljata, da sta iznašla izvorno metodo, gre pa za izvorno kompilacijo. Menila sta, da gre za nek začetek, ki naj bi ga sprejeli kot začasno doktrino.

Istega leta je dr. Sušnik napisal *Standarde preventivnih zdravstvenih pregledov delavcev*. Določil je obseg, predpisal metodologijo in uokviril oceno rezultatov. Menil je, da bi morale imeti navodilo za preventivni pregled delavca doktrinaren značaj. To pomeni, da se po tistem, ko jih sprejme reprezentativna večina strokovnjakov, obvezno uporabljajo. Standardi preventivnih zdravstvenih pregledov delavcev so bili sprejeti na sestanku Sekcije za medicino dela Slovenskega zdravniškega društva 27. oktobra 1973, publikacija je izšla leta 1974 pri Inštitutu za medicino dela Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani.

V medicini dela je dozorelo osnovno spoznanje, da je poleg zdravstvenega stanja delavca in njegovih psihofizičnih sposobnost potrebno poznati obremenitve in zahteve delovnega mesta. Za zanesljivo zdravstveno oceno delovnega mesta potrebujemo njegovo analizo, ki je lahko bolj ali manj obsežna in zahtevna. Sušnik je razvil ocenjevalno analizo delovnega mesta. Delovno mesto je celovito ocenjeval s tehnološkega, organizacijskega, ekološkega, fiziološkega, medicinskega, psihološkega, sociološkega in ergonomskega vidika. Ocenjevanje je bilo timsko in so pri njem sodelovali: tehnolog, ekolog, psiholog in specialist medicine dela. Vsak član tima je ocenjeval svoje področje po različnih ključih: alternativnem ključu, ključu pomembnosti, ključu intenzitete, ključu trajanja in ključu pogostnosti. Vprašalnik je bil zelo obsežen. Razdeljen je bil na štiri poglavja: 1. delovni sistem, 2. delovne naloge, 3. delovne zahteve, obremenitve in obremenjenosti in 4. zdravstvena ogroženost. Vseh vprašanj je bilo kar 355. Potrebna je bila precejšnja izkušnost in dobra uigranost tima. Skupina avtorjev je preverjala zanesljivost vprašalnika kot celote na delovnih mestih v železarski industriji. Sodelavci Inštituta za medicino dela, prometa in športa pa so verjetno najbolj intenzivno preskušali praktično uporabnost ocenjevalne analize v različnih panogah in področjih industrije. Z njo so ocenjevali obremenitve, zahteve in škodljivost na delovnih mestih v podjetjih, ki so imela v okviru inštituta svoj dispanzer (Klinični center, Iskra Commerce, Ljubljanska banka). Uporabili so jo za oceno stanja na vseh tipičnih delovnih mestih v nuklearni elektrarni v Krškem pred njenim polnim zagonom. Prav tako so v letu 1983 ocenjevalno analizo delovnega mesta uporabili za oceno 41 značilnih delovnih mest na Onkološkem inštitutu. Ocenjevalna analiza delovnega mesta je bila široko uporabna. Dr. Sušnik jo je uporabljal za reševanje

problemov sposobnosti za delo posameznih delavcev, kot tudi za širše projekte. Leta 1990 je na primer zmagal na natečaju za ugotavljanje upravičenosti carinikov do benificirane delovne dobe. Slednja se z današnjega zornega kota zdi nenavadna, cariniki pa so se takrat primerjali s policisti, s katerimi so skupaj delali na mejnih prehodih. Logično so se spraševali, zakaj tudi oni ne bi bili upravičeni do benifikacije, če jo imajo policisti, ki opravljajo podobno delo. Ocenjevalna analiza delovnega mesta je bila kot nalašč za takšno nalogo. Opravili so analize tipičnih delovnih mest carinikov na različnih mejnih prehodih: cestnem, letalskem, železniškem in pristaniškem. Projekt je bil bistveno cenejši od konkurence, ki je želela opraviti epidemiološke študije in zdravstvene preglede delavcev.

Leta 1987 je izšlo eno izmed Sušnikovih temeljnih del: *Položaj in gibanje telesa pri delu*. Knjiga je prvenstveno metodološki priročnik za preučevanje efektivnega sistema delavcev pri delu. Sem štejemo razmerja med njihovimi telesnimi merami in merami predmetov, sredstev in prostorov za delo, oz. njihovo energetsko, biomehansko in nevrohumoralno aktivnost. Knjiga je imela tri temeljna poglavja: antropometrijo, biomehaniko in bioenergetiko. Gradivo za poglavje o antropometriji je imel prof. Sušnik pripravljeno že tri leta pred izidom knjige. Na Univerzitetnem inštitutu za medicino dela, prometa in športa v Ljubljani je junija 1984 potekal seminar *Statična antropometrija I*. Udeleženci so dobili tudi gradivo, ki je obsegalo skoraj celotno navedeno poglavje nastajajoče knjige. Zajemalo ni le večine antropometrijskih dimenzij telesa, temveč tudi postopke za izračunavanje telesnih mas (kostne, mišične, maščobne) ter postopke izračuna somatotipa po Heath-Carterju. Pridobljeno znanje so praktično uporabili pri pregledih prebivalcev Semiča, ogroženih zaradi onesaženja reke Krupe s PCB. Izračun maščobne mase je bil namreč osnova za oceno stopnje njihove ogroženosti s PCB.

Posebno področje Sušnikovega zanimanja so bili stoli in sedenje. Sedenje je temeljito obdelal v svojih biomehanskih študijah. Poseben poudarek je dajal naprej nagnjenemu sedežu pri sprednjem položaju sedenja, kot je to primer pri pisanju. Z naprej nagnjenim sedežem pride do rotacije medenice naprej, zadrževanja lumbalne lordoze in posledičnega zmanjševanja napetosti dorzalnih erektorjev oziroma intradiskalnega pritiska. Že leta 1971 je bil v skupini Oskarja Kogoja, ki je prejela nagrado Prešernovega sklada za serijo foteljev – počivalnikov, ki jih je izdelala novogoriška tovarna pohištva Meblo. Sodeloval je tudi s Katedro za antropologijo Biotehnične fakultete v Ljubljani. Bil je somentor pri magistrski nalogi na temo ustreznosti standardnih mer šolskega pohištva glede na antropometrične značilnosti dijakov.

Izjemno pomemben je Sušnikov priročnik *Toplotna obremenitev in obremenjenost*, ki je izšel leta 1990. V knjigi je opisana fiziologija termoregulacije. Predstavljeni so štirje klimatski in dva neklimatska parametra (temperatura in vlažnost zraka, hitrost gibanja zraka, toplotno sevanje, metabolizem in toplotni upor obleke). Opisane so metode meritev in izračunavanje

sumarnih klimatskih indeksov. Nujno potrebno bi bilo, da knjigo preberejo izvedenci na invalidskih komisijah. Pogosto se namreč v izvedenskih mnenjih invalidskih komisij pojavlja omejitev delovne zmožnosti: »zavarovanec ni zmožen za delo v neugodnih mikroklimatskih razmerah«. Omejitev se pogosto podaja kar na pamet, brez ustrezne utemeljitve, ki bi jo lahko našli v Sušnikovem priročniku. S termoregulacijo se je prof. Sušnik veliko ukvarjal. Ne nazadnje je bila to tudi tema njegove doktorske disertacije. Poskušal je dokazati, da slučajne meritve mikroklimatne ne morejo pokazati dejanske toplotne obremenitve delavcev. Bil je tudi mentor pri magistrski nalogi na to temo. Opravili so veliko število meritev in dokazali razliko v WBGT-indeksu skozi dnevne in letne oscilacije.

Sušnikovo najpomembnejše delo je nedvomno učbenik *Ergonomska fiziologija*. Sprva je bilo načrtovano, da bi prof. Sušnik napisal poglavje o ergonomske fiziologiji za jugoslovanski učbenik medicine dela. Rokopis je bil dokončan, vendar je takrat država že razpadala in z vsedržavnim učbenikom ni bilo nič. Za potrebe podiplomskega tečaja medicine dela in za svoje specializante je prof. Sušnik pripravil skripta v srbohrvaščini, leta 1992 pa je izšel učbenik v slovenščini. *Ergonomska fiziologija* je temeljno delo, ki je še danes aktualno in se redno uporablja. Za specialiste medicine dela je nekakšna biblija ergonomske fiziologije. Obseg knjige je ravno pravi, da pokrije temeljna vprašanja ergonomske fiziologije in nudi osnovo za nadaljnje delo.

Istega leta (1992) je prof. Sušnik končal elaborat *Preureditev zdravstvenega varstva delavcev v Sloveniji*. V uvodu je ugotavljal, da se je razvoj medicine dela začel ustavljati na izčrpanem vzorcu.

Pogrešal je izoblikovan niz strokovnih doktrin, ki bi morale biti napisane v obliki priročnikov. V elaboratu je celo citiral papeža Janeza Pavla II., ki se je v encikliki *Laborem excersens* zavzemal za zdravstveno nego, posebej v primeru nesreče pri delu, pravico do počitka in oddiha, pravico do pokojnine, za zavarovanje v primeru nezgode pri delu in pravico do takšnih delovnih prostorov in metod, ki niso v škodo telesnemu zdravju delavcev in ki ne prizadevajo njihovega duhovnega in nramnega zdravja. Duhovito je komentiral papeževo zavzemanje za invalide s tem, da bi jim bilo treba dati delo oziroma delo zanje posebej prirediti: »Rekli bi, da tudi on poudarja analizo in zdravljenje delovnih mest.« Prof. Sušnik se je zavzemal, da bi naredili serijo analiz vzorčnih delovnih mest in jih objavili. Specialisti medicine dela bi lahko vzorčne analize delovnih mest dopolnili z lokalno specifično, tako da bi si delovna mesta ogledali ter ocenili razliko vzorčnega delovnega mesta od konkretnega delovnega mesta. V elaboratu se je ponovno zavzel za izvajanje ergonomske ukrepev na delovnem mestu, ki imajo nedvomne zdravstvene in ekonomske koristi. Opozoril je na zanemarjanje pogovora z bolnikom v zdravniški praksi na splošno. Tudi v preventivni dejavnosti bi moral imeti pogovor z delavcem pomembno mesto. Omenil je prakso nemškega koncerna Mannesmann, kjer so imeli zdravniki na en preventivni pregled najmanj en preventivni pogovor, ki se je registriral kot storitev. Predlagal je uvedbo storitve: *uvajanje invalida na delovno mesto*. S tem

je mislil ugotavljanje kompatibilnosti specifično analiziranih delovnih mest s sporočenimi (specifičnimi) zmožnostmi delavca (npr. podatki zavoda za rehabilitacijo) ter njegovim okoljem. Ugotavljal je, da je prijavljanje poklicnih bolezni v Sloveniji že dolga leta pomanjkljivo, bodisi da se sploh ne prijavljajo, prijave kje obtičijo ali pa ne preverjajo. Preverjanje je prepuščeno kvečjemu prosti presoji ustreznega zdravnika specialista, torej brez doktrinarne osnove. Spisek poklicnih bolezni ni zgolj vprašanje stroke, temveč tudi politične odločitve. Zato je spisek bolezni manjši, kot bi medicinsko gledano lahko bil. Ugotavljal je, da ni takšen problem informacijska služba o poklicnih boleznih, temveč predvsem pomanjkanje doktrin za njihovo priznavanje. Zaradi bistvenih finančnih učinkov, ki nastanejo iz priznanja poklicne bolezni, je predlagal, da bi verifikacijo poklicnih bolezni opravljale pooblaščen državne zdravstvene institucije. Predlagal je, da bi ustanovili Inštitut za zdravstveno varstvo delavcev, ki bi bil eden od Inštitutov za varovanje zdravja. Podobno kot naj Ministrstvo za zdravstvo ustanovi Inštitut za zdravstveno varstvo delavcev, naj Ministrstvo za delo ustanovi Inštitut za varnost pri delu. Taka dvojnost se zgleduje po bavarskem modelu. Medtem ko bi imel prvi biološki profil, naj bi imel drugi tehnološki profil. Oba naj bi vsak na svojem področju predstavljala vrhunski raziskovalni in pedagoški instituciji, opravljala zahtevno strokovno delo, razvijala strokovne doktrine in izvajala strokovni nadzor. Inštituta naj bi imela svoje območne (regionalne) centre za zdravstveno varstvo delavcev, ki naj bi bili geografsko in tematsko opredeljeni.

Prof. Sušnik je želel uvesti sistem, kjer bi s pomočjo računalnika primerjali obremenitve in zahteve delovnega mesta na eni strani in obremenjenost delavca na drugi strani. S pomočjo ocenjevalne analize delovnega mesta so se ocenile in kodirale karakteristike delovnih zahtev (obremenitev in zdravstvenih tveganj), na osnovi analize delavca pa po metodi ekspertize specialista medicine dela ocenile in kodirale karakteristike delavčevih (fizioloških, medicinskih) zmogljivosti. S projektom se je ukvarjalo veliko sodelavcev. Za posamezne podsisteme je bilo opravljenih več specialističnih in ena magistrska naloga. Prof. Sušnik je sam ugotovil, da bi bilo potrebno kar nekaj popravkov in dopolnitev. Predvsem pa bi bilo potrebno sistem razvijati naprej.

Sklep

Sušnikova zapuščina pa ne obsega le strokovnih del, bil je tudi razmišljajoči pisec. Profesor slovenščine in kulturni delavec Jože Zupan je Sušnikovi leposlovni deli *Pripoved rimskih nagrobnikov iz Dobje vasi in Turške Šance nad Guštanjem* ocenil s samimi superlativi.

Prof. dr. Janko Sušnik je bil humanist velikega formata: človeško skromen, strokovno presežen, idejno vizionarski, duhovno bogat. Kot strokovnjak, pedagog, poštenjak, kozmopolit in domoljub bo ostal v trajnem spominu ne le zdravnikov, ampak tudi slovenskega naroda.

E-naslov: zvovka.slavec@mf.uni-lj.si, salda.zdenko@zd-tr.si

Prikaz knjige

Doktor Pavle Kornhauser: Zakaj sem ponosen, da sem zdravnik. Pričevanja skozi čas

Milan Štrukelj

Velika, obsežna in tehtna knjiga velikega in dobrega človeka – zdravnika, organizatorja, umetnika in učitelja, o njegovem pestrem, ustvarjalnem, uspešnem in pomembnem delovanju in življenju. Knjiga nas uči, kaj vse lahko nadarjen človek, z ljubeznijo do sočloveka, resnice, lepote in pravice, v življenju ustvari in doseže. In na kaj je lahko upravičeno ponosen.

Otroški zdravnik

Pavle Kornhauser se je za poklic zdravnika odločil že kot srednješolec, za delo pediatra pa kasneje, med študijem medicine. Pozitivna naravnost in človekoljubje ter lastnosti, kot so bistrost, sočutje, pozornost, vedrost, zavzetost in odgovornost, so ga ob široki strokovni izobrazbi in usposobljenosti za reševanje najhujših bolezni naredili za spoštovanega, priljubljenega in cenjenega zdravnika v Sloveniji, bivši Jugoslaviji in po svetu. V dober spomin se je zapisal vsaj trem generacijam svojih bolnikov in njihovih staršev, kar je njegovo življenje obogatilo z zadovoljstvom, zadoščenjem in ponosom.

Medicino je zavzeto študiral v Zagrebu, kjer je bil njegov učitelj profesor Ernest Mayerhofer, strokovno usmerjen v socialno pediatrijo in organizacijo zdravstva.

Specializacijo pediatrije je dobil po srečnem naključju. Po ključku pripravnštva je bil razporejen za zdravnika v Kočevju. A je istega dne opazil razpis za specializacijo pediatrije za ljubljanski okraj. Po izčrpnem pogovoru s široko razgledanim profesorjem Marijem Avčinom, predstojnikom pediatrične klinike, so mu specializacijo tudi odobrili.

Kot pravi sam, mu je bila pediatrija všeč, ker je širša od drugih medicinskih strok, saj obravnava tako zdravega kot bolnega otroka in skrbi hkrati tako za njegov telesni in duševni razvoj kot tudi za družbene vidike, ki lahko vplivajo na njegovo življenje in srečo.

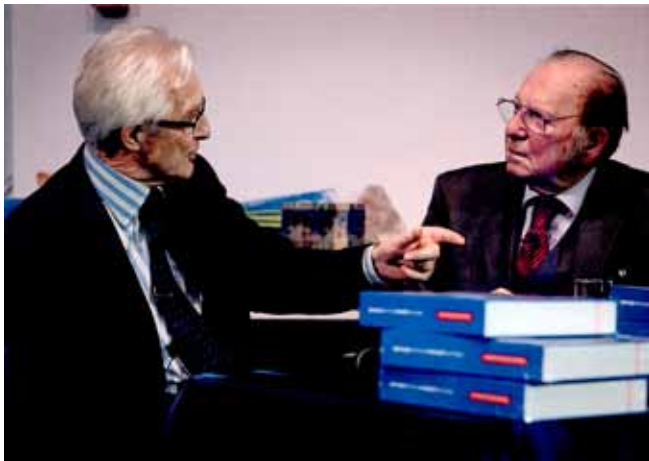
Otroški kirurški oddelek v Ljubljani

Kornhauserjevo glavno področje dejavnosti in največji dosežek je vsekakor otroški kirurški oddelek z republiškim središčem za intenzivno zdravljenje življenjsko ogroženih otrok. Ko je leta 1958 profesorju Božidarju Lavriču, predstojniku ljubljanske kirurške klinike, predlagal, naj napiše članek za Lekovo revijo *Pro medico*, ki jo je urejal, ga je ta, tedaj mladega specialista pediatrije, povabil, da prevzame redno pediatrično oskrbo

otrok na kirurški kliniki, za dve uri dnevno. V nekaj letih, ko je postal vodja oddelka, je še na stari kirurški kliniki poskrbel, da se je skromni oddelek z dvema bolniškima sobama s skupno 20 posteljami, čajno kuhinjo in nekaj priučeni medicinskimi sestrami, prostorsko razširil. Spodbudil je gradnjo prizidka (v katerem je bilo tudi prvo dvigalo na kliniki) in je tako pridobil tudi »šok sobo«, opremljeno z umetnimi pljuči. Še zlasti pa se je zavzel, da se je oddelek kadrovsko okreplil s pediatri in ustrezno izobraženimi medicinskimi sestrami. Kot vodja odbora za gradnjo novega Kliničnega centra je pri direktorju Janezu Zemljariču dosegel, da so spremenili načrt, podrli nekaj že obstoječih zidov ter zgradili prostorno, najsodobneje opremljeno enoto za intenzivno zdravljenje otrok. Ko se je leta 1974 oddelek preselil v KC, je ta nova veja otroškega zdravstva imela že 84 postelj, od tega 12 do 15 za intenzivno zdravljenje, zaposlenih sprva 10, nato 15 pediatrov in čez 100 dodatno izšolanih medicinskih sester, skupno čez 150 visoko usposobljenih sodelavcev. Sodobno opremljen oddelek je bil ne le največji v Jugoslaviji, temveč tudi eden vodilnih v Evropi. Organizirali so tudi »prevoz k sebi« življenjsko ogroženih otrok, tudi »in utero«, s stalno pripravljanim pediatrom in medicinsko sestro, z inkubatorjem za novorojenčke, z možnostjo oživljanja in nadziranja življenjskih funkcij. Prevoz so organizirali celo s helikopterjem, s čimer so bili tudi med prvimi v Evropi.

Temelj dobrega oddelka so dobri strokovnjaki, kar terjata skrben izbor, njihovo dobro izobrazbo in strokovno izpopolnjevanje. Kot sta profesorja Avčin in Lavrič očitno dobro izbrala, tako je tudi prof. Kornhauser skrbno izbiral svoje sodelavce. Z vsakim se je pogovoril, tudi z vsako snažilko. Prav posrečeno je preizkušal njihovo splošno izobrazbo. Medicinske sestre je nabiral in vabil med najboljšimi dijakinjami zadnjih dveh letnikov po jugoslovanskih zdravstvenih šolah. Sijajen je bil način, kako je kot poslanec v mestni skupščini dosegel odobritev sredstev za gradnjo novega sestrskega doma in da je bil zgrajen v pičlih dveh letih. Dosegel je zadostno število medicinskih sester v enoti za intenzivno terapijo (EIT), v razmerju tri na enega ogroženega otroka, česar tedaj ni uresničilo nobeno medicinsko središče v Evropi in verjetno tudi ne drugod.

Sam je poskrbel za svoje strokovno izpopolnjevanje v klinikah v Parizu, Londonu, Nemčiji in Ameriki. Dejavno pa se je zavzel tudi za vrhunsko izpopolnjevanje svojih mlajših sodelavcev



Na predstavitvi avtobiografije prim. dr. Marko Demšar v pogovoru z avtorjem.

pediatrov v teh in drugih središčih – Metke Derganc, Janeza Primožiča, Andreje Gostiša in drugih. S pomočjo Fulbrightovega sklada je vabil na kliniko na enomesečna profesorska gostovanja vodilne svetovne strokovnjake intenzivnega zdravljenja iz ZDA. Skrbel je tudi za dodatno usposabljanje medicinskih sester, saj brez njihovega uspešnega delovanja takšnega oddelka ne bi bilo.

Vendar še tolikšno strokovno znanje in veščine ne zagotavljajo dobrega in učinkovitega delovanja neke skupine, oddelka ali ustanove, če se sodelavci ne počutijo dobro, če ni dobrih medsebojnih odnosov in vzdušja, medsebojnega spoštovanja in zaupanja. Zato je prof. Kornhauser z dobrim vodenjem ves čas skrbel tudi za to zahtevno in občutljivo področje. Od številnih »drobnih pozornosti« naj navedem samo eno. Kot predsednik gradbenega odbora KC je dosegel tudi izgradnjo vrtca za otroke vseh zaposlenih v KC, da so se lažje posvečali skrbi za bolnike, kar je bil edinstven primer pri nas.

Skrb za bolnišnično higieno, preprečevanje bolnišnični okužb in načrtna uporaba antibiotikov so prav tako pomemben del dobre organiziranosti oddelka, še posebno za že tako življenjsko ogrožene bolnike, kot tudi za celotno delovanje bolnišnice. Tudi na tem področju je Kornhauser, s tem, da je že v 70. letih oblikoval in vodil posebno komisijo v KC, odigral pionirsko vlogo. Poskrbel je za ustrezne strokovnjake, postavitev pravil in njihovo uveljavitev. Ta vprašanja so obravnavali tudi na prvem mednarodnem kongresu za intenzivno zdravljenje otrok v Ljubljani leta 1981 in na mednarodni delavnici o bolnišnični higieni in obvladovanju bolnišničnih okužb leta 1988.

Še ena značilnost in pomemben izviren dosežek ljubljanskega kirurškega otroškega oddelka je oblikovanje in delovanje etične komisije ter razvoj pediatrične etične misli. Večje število hudo bolnih otrok v EIT, med katerimi je bilo več kot 70 odstotkov novorojenčkov, od katerih jih je bilo dve tretjini priključenih na umetna pljuča, je oddelčne zdravnike pogosto soočalo z usodnimi vprašanji življenja in smrti in z vprašanji o kakovosti njihovega

nadaljnega življenja. Denimo, kdaj napotiti otroka, ne po nepotrebnem, ne prezgodaj ali prepozno, s kakšnim prevozom, ali ga oživljati, koliko časa itd. Tako usodnih odločitev niso prepuščali posameznemu zdravniku, temveč je o tem odločal sprotni posvet treh zdravnikov, ki so bili dosegljivi ob vsakem času in ki so pisno potrdili skupno mnenje. Za ta napredek so bili dragoceni Kornhauserjevi razgovori in sodelovanje s profesorjem, akademikom Janezom Milčinskim, našim vodilnim deontologom, zlasti še, ker se ni bilo mogoče zgedovati po tujih izkušnjah.

Vse te značilnosti, vključno z zahtevo, ki jo je postavil že profesor Lavrič, da otroke operira specializiran kirurg za določen organ, ne pa splošni kirurg za otroke, sijajni prostori, najboljša oprema, velikost kliničnega oddelka, nadpovprečno usposobljeni, zavzeti in usklajeni zdravniki in medicinske sestre, dobri odnosi in vzdušje, skrb za higieno in dognane etične odločitve so prispevali, da je ljubljanski otroški kirurški oddelk z osrednjo enoto za intenzivno zdravljenje otrok za vso Slovenijo postal vzorec in vzor za vso Jugoslavijo in tudi za mnoge bolnišnice v tujini. K temu so pripomogli številni ugledni obiski in objave v strokovnem in dnevnem tisku ter Kornhauserjevi nastopi na velikih strokovnih srečanjih in kongresih, od slovenskih in jugoslovanskih do mednarodnih. Denimo, dva jugoslovanska pediatrična kongresa (1975 in 1983), prvi mednarodni simpozij intenzivne terapije v Ljubljani, v Cankarjevem domu s 500 udeleženci iz 47 držav (1981) in mednarodni pediatrični kongres v Manili (1983), na katerem je vodil »okroglo mizo« o intenzivni terapiji. Mednarodne stike mu je olajšalo znanje sedmih jezikov.

Še dve značilnosti tega oddelka in Kornhauserjevega delovanja bom zaradi posebnega pomena posebej prikazal v nadaljevanju.

Oblikovanje in vodenje Zdravilišča za revmatske in srčne okrevance za mladino v Šentvidu pri Stični

Pavle Kornhauser je ob redni zaposlitvi v Ljubljani iz bivšega okrevališča razvil in 15 let strokovno vodil to zdravilišče, ki je sprejemalo bolnike ne le iz vseh otroških oddelkov klinik in bolnišnic v Sloveniji, temveč tudi iz Jugoslavije. Povprečno je bilo tam od 60 do 80 bolnikov, v glavnem šolarjev. V zavodu je delovala prva celoletna osnovna šola z vsemi razredi pri nas. Imeli so tudi zobozdravstveno ambulanto, psihologa in prvo invalidsko komisijo za srčne bolnike. Zaradi svoje strokovne ravni, objav o lastnih izkušnjah in strokovnih ogledov iz vse Evrope je postal zavod tudi mednarodno znan. Ob 40-letnici sanatorija je profesor Kornhauser uredil in oblikoval zbornik.

»Humanizacija hospitalizacije«

Izredno dragocena je tudi zavzetost vodje in celotnega otroškega kirurškega oddelka ne le za reševanje življenj in zdravljenje, temveč tudi za čim boljše duševno počutje malih bolnikov in njihovih svojcev. Otrok je v bolnišnici vznemirjen, prizadet, prestrašen, žalosten, razočaran, jezen, obupan, v stiski, tako zaradi

bolezni, različnih zoprnih postopkov in aparatov, tujih ljudi kot tudi zaradi ločenosti od staršev, doma, prijateljev, sošolcev, razvedrila, zabave, igre, narave itd. To tudi zato, ker je v bolnišnicah desetletja veljal »hišni red«, ki je dopuščal le zelo redke in kratkotrajne obiske staršev, brez možnosti stika z otrokom (ker so se bali okužb). Videli so se lahko samo skozi steklo na vratih. Seveda so otroci obupno jokali na eni strani, matere pa na drugi. A pediatri so verjeli, da tako pač mora biti.

Po zgledu vodilne londonske bolnišnice, ki jo je obiskal, je dr. Kornhauser, prvi v Jugoslaviji in med prvimi v kontinentalni Evropi, sprožil veliko gibanje, ki ga je imenoval »humanizacija hospitalizacije«. Najprej je napravil preobrat v »hišnem redu«: odpri je kliniko in omogočil neomejene obiske, in to ne le staršem, marveč tudi bratom, sestram in prijateljem. Staršem je omogočil, da so stalno prisotni ob bolnem otroku, in spodbujal njihovo sožitje in sodelovanje pri negi otroka. S tem je odpravil veliko gorja otrok in staršev, izboljšala in pospešila pa sta se tudi zdravljenje in okrevanje. Seveda je bilo treba za ta novi red pridobiti vse osebe.

Sledili so še ukrepi za manj bolnišničnega zdravljenja in krajše trajanje, za prijaznejše bolnišnične prostore ter vpeljava razvedrila, vzgoje in učenja v bolnišnico. V ta namen je pridobil zadostno število dodatno usposobljenih vzgojiteljic in učiteljic, njihovo osamosvojitve v samostojno enoto in plačevanje iz državnega proračuna ter ustrezne prostore in pripomočke.

Uspelo mu je, da se je ta dejavnost kmalu razširila na vse otroške oddelke ljubljanskega KC in vseh področnih bolnišnic v Sloveniji, zlasti v Mariboru, ter postopno tudi v Jugoslaviji.

Tak razmah in mnoga priznanja doma, v Jugoslaviji in Evropi so prof. Kornhauser in njegovi sodelavci dosegli s številnimi predavanji doma in v tujini, objavami v strokovnih in javnih občilih ter s številnimi slovenskimi, jugoslovanskimi in evropskimi srečanji, na katerih so predstavili svoje pobude in dosežke. Tako denimo na dveh jugoslovanskih pediatričnih kongresih in na prvem evropskem kongresu bolnišničnih vzgojiteljev in učiteljem pod pokroviteljstvom Unesca in Svetovne zdravstvene organizacije, ki je bil leta 1988 sklican na njegovo pobudo v Ljubljani in ki ga je vodil. Tedaj so vzgojitelji in učitelji ustanovili tudi svoje evropsko združenje, ki je na svojem naslednjem kongresu na Dunaju leta 1992 prof. Kornhauserja izvolilo za častnega predsednika združenja.

Gibanje zoper telesno in duševno trpinčenje otrok v družini in za dobro starševstvo

Pavle ne bi bil Pavle Kornhauser, če ne bi gibanja za boljše počutje otrok in za njihovo vzgojo in izobraževanje v bolnišnici razširil še na družino. Najprej je na otroškem kirurškem oddelku zbral primere hudo pretepenih otrok in s sodelavci so jih predstavili na 6. Derčevih pediatričnih dnevih leta 1979 ter jih objavili v zborniku. To je bil prvi tak prikaz v socialističnih državah. O tem žalostnem pojavu v naši družbi je objavil več prispevkov. Sledili so posveti številnih strokovnjakov iz različnih področij in njihove objave v strokovnih in javnih občilih. Tako je bila javnost s tem

izčrpno seznanjena. Hudo poškodovani niso bili samo starejši otroci, temveč tudi dojenčki, neredko s smrtnim izidom.

Naslednji korak je bilo gibanje proti vsakršnemu telesnemu kaznovanju in tudi duševnemu poniževanju otroka v družini. Ne le zoper telesno trpinčenje, ki povzroča poškodbe, ogroža življenje otrok in ki je po zakonu kaznivo, temveč tudi proti pri nas in po svetu že stoletja prevladujočim vzgojnim načinom v družini. Torej proti vzgoji, ki temelji na pojmovanju otroka in človeka kot po naravi zlega bitja, obremenjenega in zaznamovanega z izvirnim grehom. »Dobrohotni in dobronamerni« in pobožni vzgojitelji so videli najboljšo rešitev za to v šibi...

S prvimi pobudami v tej smeri v zgodnjih 80. letih Kornhauser ni nadaljeval, temveč šele leta 2004, ko je pri Zvezi prijateljev mladine Slovenije ustanovil Forum zoper telesno kaznovanje v družini, v katerem sodeluje široka mreža strokovnjakov. Osnova za to so bili mednarodni sporazum Združenih narodov o otrokovih pravicah iz leta 1989, ki ga je Slovenija sprejela 1992, priporočilo Sveta Evrope (1990) in Skupščine Evrope (2004) o otrokovih pravicah. Ob tem je zanimivo vedeti, da je Švedska že leta 1979 staršem prepovedala telesno kaznovanje otrok.

Da bi ugotovili razširjenost tega pojava pri nas, je Forum v prvih mesecih 2005 med starši šolarjev četrtilih in sedmih razredov osnovne šole opravil obsežno in podrobno anonimno anketo. Rezultati so pokazali, da je bilo skoraj 70 odstotkov staršev v svojem otroštvu tepenih in da jih 37 odstotkov telesno kaznuje svoje otroke. Okrog 30 odstotkov staršev pa svoje otroke duševno kaznuje zaradi neuspehov v šoli ali pri drugih dejavnostih. Da je določena oblika kaznovanja otrok potrebna, je menilo kar 70 odstotkov staršev. Tretjina staršev je odklanjala zakonsko prepoved telesnega kaznovanja.

Tudi o tem vprašanju so pripravili več republiških posvetov in dve mednarodni konferenci (2005 in 2006) s tiskom obsežnega zbornika *Zagotovimo našim otrokom mladost brez telesnega kaznovanja* v visoki nakladi. Brezplačno so ga poslali vsem šolam in vrtcem v Sloveniji in dali pediatrom. Zbornik so v sodelovanju s Svetom Evrope tudi prevedli in izdali v angleškem jeziku.

Pisanje, objave in strokovna srečanja

Kornhauser ni bil le zelo dejaven, zavzet otroški zdravnik in ni le uspešno razvijal in vodil otroškega kirurškega oddelka, temveč je tudi ogromno pisal in objavil ter skliceval in vodil številna strokovna srečanja ali na njih sodeloval. Sam ali s sodelavci je objavil več sto strokovnih in drugih prispevkov. Skupaj s kirurgi so v 40-letnem obdobju obdelali in objavili v domačem tisku, zlasti v zbornikih podiplomskih kirurških srečanj, skoraj vse značilne kirurške bolezni otrok, zlasti prirojene napake in nujna stanja po operacijah.

Posebej se je ukvarjal z diagnostiko prirojenega megakolona – Hirschsprungove bolezni, med prvimi v Evropi je uvedel sesalno biopsijo sluznice danke za histokemijski dokaz odsotnosti ganglijskih celic.

Kot zelo nadarjen in uspešen glasbenik in zaradi široke glasbene razgledanosti in globokega razumevanja glasbe je veliko objavljaj tudi o glasbi, glasbenikih in glasbenih prireditvah. Poleg vsega tega je iz čuta za pravičnost in prizadevanja za boljšo družbo objavljaj v dnevnem in revijalnem tisku številna »pisma bralcev« o slabostih v naši družbi.

Potopisi

Zelo zanimivi so Kornhauserjevi potopisi o Angliji, ZDA in o Kubi. A mene je najbolj prevzel tisti o bolnišnici v Prilepu, kamor je bil poslan kot mlad pediater po skopskem potresu julija 1963. 24 ur na dan je bil zadolžen za 40 bolnikov na otroškem oddelku, večinoma hudo prizadetih dojenčkov za drisko, za novorojenčke v porodnišnici in za ambulanto. Izsušeni otroci so potrebovali zadostno trajno intravensko infuzijo, kar je bilo večkrat neizvedljivo. Zato se je loteval preparacije žil in kostne punkcije, dokler se ni domislil punkcije sagitalnega sinusa, kar takrat sploh še ni bilo opisano v strokovni literaturi. Že drugi dan po prihodu je telefoniral v Sanolabor v Ljubljano in naročil 10.000 plen. Dojenčke so sestre namreč povijale v časopisni papir. Poskrbel je tudi za zdravlila in za dodatne medicinske sestre. Lepo je brati pismo direktorja prilepske bolnišnice, »da se našega kolega iz Slovenije po 45 letih še vedno s hvaležnostjo spominjamo«, kako je skrbel za novorojenčke v bolnišnici in reševal življenja bolnih otrok kot edini pediater za področje s 100.000 prebivalci, kar je bil morda edinstven primer v Evropi.

Intervjuji

Kornhauser ni veliko pisal le o svojem delovanju in dosežkih na različnih področjih, temveč je s posrečenimi, bogato ilustriranimi intervjuji dal nekaterim uveljavljenim, a tudi manj znanim kolegom in kolegicam priložnost, da boljše spoznamo njihovo življenjsko in strokovno pot, njihov značaj, poglede in dosežke. Resnično dobro in zanimivo branje! Številni pogovori z njim pa kažejo, kolikšno je bilo zanimanje zanj in za področja, na katerih je tako uspešno deloval.

Urednikovanje

Neverjetno je, kaj vse je prof. Kornhauser urejal, koliko časa, kako zavzeto in skrbno. Ob tem pa je, tako kot na drugih, tudi na tem področju težil k popolnosti. Cilj mu je bilo objavljaj vrednih prispevkov v človekovo dobro, obveščanje, osveščanje, učenje, napredek stroke, strokovno izpopolnjevanje, zboljševanje dela in odnosov, skratka celostno zdravje posameznika in družbe.

Potem je tu še skrb za vsebino, izbira vprašanj, kakovost, zanimivost, jasnost, pestrost ter oblikovanje in tisk, izbira piscev, podrobno urejanje prispevkov, dogovarjanje ter ne nazadnje skrb za lep slovenski jezik, v odličnem sodelovanju s prof. Rudim Pavlinom.

Revija Pro Medico

Že kot specializant pediatrije je dal leta 1958 vodstvu naše tovarne zdravil Lek pobudo in jih prepričal, da po vzoru velikih

medicinskih družb začnejo izdajati svoje glasilo. Zaupali so mu uredništvo, izbiro grafične podobe in imena. Obseg revije se je večal, od začetnih 32 na 64 in celo 96 strani, naklada pa se je povzpela na 30.000 izvodov, 25.000 v hrvaščini oz. srbsščini in 5.000 v slovenščini. Poleg bogate vsebine je skrbel za obveščanje o Lekovih zdravilih in tudi o kliničnih izkušnjah z njimi ter o razvoju medicine sploh. Revija je imela vsejugoslovanski značaj, saj so v njej sodelovali vodilni klinični zdravniki medicinskih fakultet iz vse Jugoslavije, poročala pa je tudi o pomembnih novih zdravstvenih ustanovah v skupni državi. Revija je bila tudi kulturno bogata. Dragoceno doživetje jo je ponovno vzeti v roke. Še zgodovinski podatek o tedanjem času: leta 1971 ni padla le Kavčičeva vlada, ampak je bila tudi revija ukinjena, ker so v krajevnem partijskem komiteju ocenili, da predstavlja podobe iz makedonskih samostanov – sicer z medicinsko vsebino – ideološki odklon.

Kirurški zborniki

Največji dosežek pestre uredniške dejavnosti prof. Kornhauserja so vsekakor kirurški zborniki, ki jih je kot pediater oblikoval in vodil 27 let, vse do upokojitve. Ti zborniki so prispevali k oblikovanju kirurške doktrine, razvoju stroke in napredku našega zdravstva. Predstavljajo eno od uveljavljenih podiplomskih kliničnih šol na Slovenskem. Pomembni so zlasti še, ker gre za izpopolnjevanje zdravnikov v prvi bojni črti. S skoraj 6.000 stranmi tiskanega besedila so ti zborniki postali tudi učbeniki za rodove študentov medicine in specializantov. Bili so tudi dobra šola za številne mlade kirurge, ki so pisali prispevke, saj sta urednik in prof. Pavlin terjala preprost, razumljiv in lep slovenski jezik, z domačimi strokovnimi izrazi in brez nepotrebnih tujk.

Na »kirurških dnevih« je posebno dragocen način podajanja snovi: namesto predavanj ali celo branja je Kornhauser uvedel »razpravljaj za okroglo mizo«, pri kateri so sodelovali tudi splošni zdravniki, postavljali vprašanja in sproti podajali povratna sporočila. Kot organizator teh tečajev je tako v podiplomsko izobraževanje vpeljal obliko dejavnega, sodelovalnega učenja. Škoda le, da ga ni skušal vpeljati tudi v študij na fakulteti in na specializacijah, kar bi po mojem mnenju lahko bistveno dvignilo raven našega zdravstva.

Glasilo Kliničnega centra

Značilna je tudi Kornhauserjeva triletna zgodba urednikovanja notranjega glasila naše največje bolnišnice, Kliničnega centra (1989–1991). Seveda je takoj poskrbel za boljši papir in tisk, podvojil število strani, razširil vsebino še na predstavljanje vseh slovenskih bolnišnic, zlasti pa na skrb za tisoče zaposlenih. Skrbel je za pisanje o družbeni prehrani, stanovanjskih težavah, za boljšo organizacijo dela, odpravljanje pomanjkljivosti ter za dobre medosebne odnose, torej da bi hišni časopis postal orodje pisnega obveščanja in razpravljajja vodstva zavoda z zaposlenimi in med zaposlenimi o uspehih, težavah, načrtih, naložbah, kadrih itd. Danes vemo, da taka skrb za zaposlene in njihovo

vključevanje ne prispevata le k stopnji zadovoljstva in kakovosti sožitja, ustvarjalnosti zaposlenih, temveč tudi k učinkovitosti celotne ustanove.

Ko se je profesor Kornhauser leta 1991 upokojil, je usahnilo tudi njegovo urednikovanje, saj je novo vodstvo glasilo kar ukinilo. Morda je tudi tu iskati enega od vzrokov, po mojem mnenju, ene glavnih težav Kliničnega centra in našega zdravstva sploh – slabe organizacije dela.

Revija Raziskovalec

Zanimiva zgodba je tudi njegovo urednikovanje revije Ministrstva za znanost in tehnologijo slovenske vlade. Na tem novem področju je bil enako uspešen, a je tudi užival, saj je spoznaval široko razgledane znanstvenike različnih strok, se z njimi pogovarjal, jim postavljajl vprašanja in se ob tem učil in širil svojo razgledanost. Za sodelovanje je pridobil naše vodilne znanstvenike, poleg tehnoloških in biomedicinskih tudi družboslovne, ki so pisali o svojih raziskavah, o sebi, razvoju inštitutov in znanstvenih dosežkih doma in v svetu.

Kakšen urednik je bil, najbolje pove naslednja anekdota. Ko je akademiku Antonu Trstenjaku nekoč vrnil naprošeni prispevek za revijo z željo, naj ga še dopolni, je ta dejal, da v svojem življenju še ni naletel na urednika, ki bi bil tako temeljit in vztrajen.

Po oceni nekaterih strokovnjakov se je *Raziskovalec* uvrščal med najboljše tovrstne revije na svetu. A novi minister je terjal drugačno »politiko«, na katero Kornhauser ni pristal, in časopis je kmalu prenehal izhajati.

Glasba, kultura

Kar sem doslej našteval, bi bilo za eno službo in eno življenje dovolj in preveč. Mogoče je Pavle vse to zmožel in dosegel, ker se je napajal ob neizčrpnem viru ustvarjalnosti – glasbi. Tudi na tem področju je bil namreč izjemno ploden in mnogostranski. Svojo glasbeno nadarjenost je dopolnil še z dobro glasbeno izobrazbo. Če že ni končal glasbene akademije, so mu morda še bolj koristili glasbeni pouk in spodbude, ki jih je bil deležen v zgodnjem otroštvu pri ljubeči materi, pianistki in glasbeni učiteljici. Sploh pa ima ljubiteljsko glasbeno udejstvovanje nekaj prednosti pred poklicnim. Kot sam pravi: »Sami izbiramo glasbo, ki nam je všeč, igramo takrat, ko si to želimo, igramo z veseljem, užitek, navdušenjem, zanosom, v posebnem vzdušju in v pristnem stiku s poslušalci, ki so naši kolegi, prijatelji, znanci ali bolniki in njihovi sorodniki. Lahko se zmotimo in nam poslušalci tega ne zamerijo.« In še nekaj njegovih misli o glasbi: »Dobra glasba je zdravilna, zboljšuje počutje, pomirja, sprošča, pa tudi spodbuja domišljijo, človeka dviga, notranje bogati in plemeniti.«



Prof. dr. Milan Štrukelj čestita avtorju avtobiografije. V ozadju pediater prim. dr. Luka Pintar.

Kornhauser je priznan in navdušen pianist, ki tudi druge spodbuja h glasbenemu udejstvovanju in skupnemu nastopanju. S prof. Antonom Dolencem je zasnoval in ustanovil ljubiteljsko kulturno-umetniško društvo zdravnikov Kliničnega centra in Medicinske fakultete. Društvo je imelo številne odseke, mnogo članov in je bilo in je še zelo dejavno. Prirejali so številne kulturne prireditve, glasbene in slikarske, tako za bolnike v KC kot ob številnih stanovskih prireditvah, kot so Plečnikovi memoriali, različni kongresi in tudi festivali »v Stari Ljubljani«. Pavle je nastopal kot solist ali v sijajni komorni skupini Pro medico s pevci solisti, zbori in različnimi orkestri.

Tudi o tem področju svojega delovanja je veliko pisal in objavljajl v strokovnem in javnem tisku. Tako je na primer ugovarjal objavam poklicnih glasbenih kritikov, če je menil, da niso primerne, ali ob hudih spodrseljajih naših vodilnih glasbenih ustanov.

Sklep

Pričujoča knjiga, ki ima 524 strani in je bogato ilustrirana, je vredna branja, tako za zdravnike, še posebej pediatre, in študente medicine kot tudi za vzgojitelje in za voditelje na drugih področjih. Bralcu pokaže, da dober učitelj in voditelj uči predvsem s svojim zgledom in delom. Menim, da je prof. Pavle Kornhauser s svojo dejavnostjo in dosežki, ki jih je opisal v knjigi, postavil dostojen spomenik sebi in slovenski pediatriji.

Združenje integrativne medicine Slovenije

Elko Borko, Zmago Turk

Slovenski dnevniki so natančno in objektivno poročali o pričetku delovanja prve slovenske Hiše integrativne medicine v Celju, ki je bila slovesno odprta 11. junija letos in predstavlja prvi večji poskus Združenja za integrativno medicino Slovenije, da javno predstavi svojo dejavnost. Med pomembne naloge združenja sodi tudi seznanjanje zdravstvenih delavcev z novimi pogledi, ki smo jih predstavili ob tej slovesnosti in ki jih želiva posredovati tudi bralcem našega časopisa.

Zdravje je ena od največjih dobrin vsakega človeka. Tudi opis samega zdravja je podobno zelo širok, saj je po definiciji SZO zdravje stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni ali napake. Prav zaradi tega v svetu in pri nas, poleg uradne konvencionalne ali šolske medicine, poznamo mnogo drugih načinov preprečevanja bolezni in tudi zdravljenja, ki jih uvrščamo v nekonvencionalne, alternativne ali komplementarne metode zdravilstva. Med temi načini zdravilstva ali zdravstva so najbolj poznani načini zdravljenja, ki so se razvili v nekaterih starih visoko razvitih kulturah, temeljijo na dolgoletnih izkušnjah in so v tistih okoljih povsem enakovredni z uradno ali kot tam pravijo zahodno medicino. Med najbolj poznanimi je staroindijska medicina, ki v ajurvedi podaja celosten koncept zdravega življenja in ohranjanja zdravja posameznikov in družbe. Leta 1979 jo je kot zdravstveni koncept priznala Svetovna zdravstvena organizacija. Iz starokitajske tradicionalne medicine je uradna medicina prevzela in uporablja akupunkturo kot ustrezno obliko oz. ustrezen način zdravljenja. Prav tako si danes ne moremo predstavljati sodobne medicinske rehabilitacije brez nekaterih fizikalnih načinov, kot sta magnetoterapija in resonanca. Podobno je s homeopatijo, ki se lahko uporablja v številnih državah, zlasti v Nemčiji, kjer lahko zdravniki zdravijo tudi s to metodo. V našem okolju je dr. Filip Terč pred 150 leti začel znanstveno uporabljati čebelji strup (apitoksin) in druge pridelke medonosne čebele ter tako postal pionir apimedicine v Srednji Evropi. In slednjič tudi nekoliko bolj skrivnostno zdravljenje z bioenergijo po metodi Zdenka Dumančiča, ki je po zapisu uglednega predstavnika tradicionalne metode, torej uradne medicine, prof. Rada Starca »izvirna, naravna, znanstveno preverjena in potrjena, enostavna, organizirana, učinkovita, neškodljiva, neinvazivna in poceni in v praksi preverjena.«

Kljub temu, da je pri vseh teh in seveda tudi drugih načinih komplementarnega zdravstva dokazana učinkovitost in so bolniki zadovoljni z njihovimi storitvami, pa jih uradna medicina ne priznava in se pri nas ne uporabljajo ali so celo prepovedani za zdravnike v sistemu javnega zdravstva.

Splošno pa je znano, da ljudje množično uporabljajo te alternativne načine zdravljenja in da se popularnost teh načinov zdravljenja izjemno povečuje tudi v Sloveniji. Verjetno je vzrok za to celosten pogled, saj je skoraj vsem komplementarnim metodam skupno stališče, da je bolezen posledica neuskklajenosti med telesnim in duševnim počutjem posameznika in da mora zdravljenje temeljiti predvsem na stimulaciji zdravnih sposobnosti vsakega človeka, saj na koncu vedno zdravi in pozdravi narava. Uradna medicina se pri tem pogosteje posveča posameznemu simptomu in različnim preiskavam ter pri tem spregleda psihofizično celovitost vsakega človeka, predvsem bolnika. Natančno opazovanje pa pokaže, da tudi pri nekaterih od komplementarnih metod uporabljajo povsem podobne načine dela in obravnavajo fizične simptome kot v šolski medicini. Številne metode, npr. osteopatija, kiropraktika in številne druge, morajo temeljiti na anatomiji in patologiji podobno kot v uradni medicini.

Seveda se zastavlja vprašanje uspešnosti in predvsem varnosti komplementarnih načinov zdravljenja. Bolniki imajo vso pravo, da se jim pri ohranjanju in zdravljenju bolezni in drugih težav ponudi vse, kar je na voljo, vendar mora ta velika izbira izpolnjevati osnovno zahtevo uradne medicine, da je tak dopolnilni način zdravljenja uspešen in neškodljiv oz. varen.

Vedno pogostejše in tudi uspešno obravnavanje bolnikov med izredno razvejanim sistemom komplementarnega zdravstva, ki v šolski metodi ne dobijo vseh odgovorov, zahteva v povezavi s temi objektivnimi okoliščinami, da tudi uradna medicina v Sloveniji prilagodi svoje za sedaj zelo togo stališče in poišče vse pozitivne strani komplementarnih metod in te dobre strani enakovredno uporabi pri obravnavanju bolnikov. Prav zaradi tega je bilo konec lanskega leta ustanovljeno Združenje za integrativno medicino, ki mu predseduje prof. Zmago Turk, z namenom, da tudi na tem področju sledimo praksi v drugih zahodnih evropskih državah in vključimo v zdravstveni sistem tudi te zdravstvene dejavnosti, ki se pri nas v uradnih krogih še niso uveljavile in ki izpolnjujejo osnovno zahtevo: *Primum nil nocere*.

Strokovni svet Združenja za integrativno medicino Slovenije je eden od glavnih organov novega združenja. Njegova širša naloga je, da poskuša ugotoviti razširjenost in uporabo dopolnilnih metod in vzpostaviti pregled nad vsemi komplementarnimi dejavnostmi in posamezniki, ki se ukvarjajo s kakršno koli nekonvencionalno ali alternativno zdravstveno dejavnostjo. Njegova naloga je tudi razvijanje znanstvenega in strokovnega dela na vseh teh raznolikih področjih komplementarnega zdravstva, po načelih in na podoben način, ki velja za posamezne stroke uradne medicine. Namen našega dela je torej približati in omogočiti vključitev teh metod v sistem zdravstvenega varstva, seveda v

okvirih Združenja za integrativno medicino. Pri tem so pomembna neka osnovna merila, kot je število pacientov, strokovne ali znanstvene razprave s področja delovanja, ki na ustaljeni način dokazujejo učinkovitost komplementarne metode in njeno neškodljivost za zdravje posameznika in njegovo potomstvo. Prav tako je treba imeti in hraniti podatke o vsakem bolniku, da se zagotovi njihova sledljivost, in vsaka taka dejavnost mora delovati v okviru naših zakonskih predpisov.

Strokovni svet, ki je izvršilni organ, sestavljajo predsednik, ki je habilitirani zdravnik, in predstavniki sekcij, ki so ugledni zastopniki nekonvencionalnih oblik zdravljenja, ter do sedem habilitiranih slovenskih učiteljev uradne medicine različnih strok.

Do sedaj je bilo ustanovljenih že sedem sekcij Združenja za integrativno medicino (sekcija za tradicionalno medicino, sekcija za manualne tehnike, sekcija za zdravo hrano in okolje, sekcija za bodymind medicino, sekcija za magnetno in resonančno terapijo, sekcija za homeopatijo, sekcija za ostale zdravilske metode), kar pa ne pomeni, da se njihovo število ne more spremeniti ali povečati. Sekcije delujejo samostojno, zato je zaželeno, da so v posamezne sekcije vključijo vsi, ki se ukvarjajo s kako obliko dejavnosti sekcije. V vsaki sekciji delujejo tudi člani, ki imajo ustrezno izobrazbo konvencionalne medicinske smeri. Temu idealnemu vzorcu so se najbolj približali čebelarji, ki imajo enotno vseslovensko organizacijo apiterapevtov, ki ima celovit pregled in izven tega okvira ne more delovati nobeden, ki ni vključen v sistem. Druge sekcije pa organizacijski poskusi še čakajo.

Strokovni svet ima naslednje pomembne pristojnosti:

- oblikuje vizijo in strategijo Združenja za integrativno medicino,
- pripravlja in potrjuje predloge programa dela,
- skrbi za izvajanje kontrole dela v sekcijah,
- seznanja študente in izvajalce uradne medicine z možnostmi uporabe alternativnih metod,
- skrbi za povezovanje s Slovenskim zdravniškim društvom in Zdravniško zbornico,



Udeleženci slovesnosti po odprtju Hiše integrativne medicine v Celju.

- sodeluje in daje, kot posvetovalni organ, pobude in druge sklepe Vladi republike Slovenije in drugim organom, ki so zadolženi za izvajanje zdravstvenega varstva v državi, ter
- sodeluje pri drugih operativnih nalogah združenja (finančni načrt, priznanja, mednarodne povezave itd.) in tudi imenuje Etično komisijo, ki ima svoj poslovnik.

Zaradi pomembnosti in občutljivosti je v Združenju za integrativno medicino težišče dela za sedaj v okviru sedmih sekcij, ki imajo vse možnosti, da svojo dejavnost in predvsem uspešnost ter neškodljivost svojih dopolnilnih načinov zdravljenja predstavijo javnosti, prikažejo možnosti sodelovanja z uradno medicino in uspešnega, dolgotrajnega ter učinkovitega vpliva na zdrave bolnikov. Pri tem pa predstavijo poleg koristi tudi dokaze o neškodljivosti njihovega načina zdravljenja. Delovanje je torej odvisno predvsem od zavzetosti posameznih predsednikov sekcij in članov oz. predstavnikov alternativne medicine, ki bodo lahko v okvirih našega Združenja potrdili svojo usposobljenost za uspešno delovanje v korist naših varovancev, in to v mejah sedanjih poklicnih moralno-etičnih načel in v okvirih veljavnih pravnih predpisov.

E-naslov: elko.borko@guest.arnes.si

S tehniko do zdravja

Prispevek slovenskih znanstvenikov k razvoju medicine

Zvonka Zupanič Slavec

Tehniški muzej Slovenije v Bistri je v mesecu maju obiskovalcem široko odprl vrata: pripravili so pregledno razstavo povezovanja tehnike z medicino, kjer so bili glavni ustvarjalci slovenski strokovnjaki. Zdravniki in njihovi sodelavci so ob delu v diagnostiki, terapiji in rehabilitaciji prihajali do idejnih rešitev, za katere so potrebovali pomoč tehnične inteligence, elektrotehnikov, strojnikov, mehanikov, fizikov, kasneje pa tudi strokovnjakov s sodobnejših tehničnih področij, kot so računalništvo in drugo. Razvile pa so se tudi posebne veje inženirstva in fizike: biomedicinska tehnika (angl. *Biomedical engineering*) in medicinska fizika. Obe sta sedaj zastopani tudi kot posebna smer na elektrotehniko oz. fiziki – obstajata namreč smeri Biomedicinska tehnika na magistrski stopnji elektrotehnike na Fakulteti za elektrotehniko in Medicinska fizika prav tako na magistrski stopnji na Fakulteti za matematiko in fiziko, oboje na Univerzi v Ljubljani. Ob svojem delu so navedeni strokovnjaki skozi desetletja skromnih ekonomskih možnosti povojne Jugoslavije z ustvarjalno domišljijo razvijali domiselne in večinoma cenovno ugodne rešitve, ki pa so uspešno delovale. Tak model ustvarjalnosti jim je pomagal, da so kljub improvizaciji marsikatero zamisel vpeljali v življenje. Razvili so kopico butičnih rešitev. Te inovacije so starejše generacije strokovnjakov že takrat prenesle tudi v svet in nekatera imena, kot npr. skupina akad. Lojzeta Vodovnika in prof. Alojza Kralja z ljubljanske fakultete za elektrotehniko, so s svojimi izumi obogatila mednarodni prostor na področju funkcionalne električne stimulacije (FES). Njihova veličina je bila tudi v humanističnem razmišljanju, saj npr. prof. Kralj ni hotel zaščititi svojih patentov, da bi bili dostopni vsem, tovrstne pomoči potrebnim. Tudi slovenska industrija je v svojih tovarnah, kot so bile Iskra ali Gorenje in še katera, raziskovalno delala ter prispevala svoje izume za medicino. Nekateri so se v svetu uveljavili in tudi dobro prodajali.

Uvod

V medicini se zavedamo pomena njenega povezovanja s tehniko. Če nam je historično prva asociacija na povezovanje medicine s tehniko **odkritje rentgenskih žarkov** in možnost (ne)posrednega vpogleda v človeško telo ter temu sledeč nepričakovan razvoj slikovne diagnostike vse do računalniške tomografije in ultrazvoka, se morebiti premalo zavedamo, kako pomemben je vstop tehnike v medicino tudi v njenih drugih specialnostih (EKG, EEG, EMG, endoskopi, železna pljuča, respiratorji ...). O mikroskopu pri tem že skorajda ne razmišljamo kot o tehničnem dosežku,

pomembnem za medicino, saj si je ta skozi stoletja s številnimi odkritji mikrostrukture z lahkoto pridobil domovinsko pravico v medicini in kot stetoskop simbolizira zdravnikove temeljne diagnostične pripomočke. A vendarle je ravno **elektronski mikroskop**, ki predstavlja enega osrednjih eksponatov na razstavi, prinesel pravo revolucijo v poznavanje celične mikrostrukture in posredno razumevanje celične fiziologije in patologije. Prvi elektronski mikroskop na Slovenskem je imela prav ljubljanska medicinska fakulteta na svojem Inštitutu za biologijo človeka, danes Inštitut za biologijo celice. Redko kdo pa ve, da je na Fakulteti za elektrotehniko Univerze v Ljubljani prof. dr. Aleš Strojnik že leta 1955 razvil in izdelal prvi elektronski mikroskop LEM1 in da je v 60. letih transmissijski elektronski mikroskop LEM3 z ločljivostjo pod 5 Å – plod domačega razvoja in znanja – izdelovala Iskra in ga med drugim prodajala v Švico in Veliko Britanijo.

Zaradi dobrega poznavanja slikovne diagnostike in elektronskega mikroskopa le-teh v predstavitvi razstave **S tehniko do zdravja** ne bom omenjala. Bi pa rada še dodala, da obiskovalca fascinira **naprava za zunajtelesni krvni obtok**, ki idejno sicer ne prihaja iz domačih logov, a je nastala na osnovi skice take aparature, ki jo je srčni kirurg dr. Miro Košak leta 1957 videl v Lyonu, kjer se je uril za operacije na odprtem srcu. Ker so bila to železna povojna leta, ko ni bilo deviz in je bila možna le domača izdelava, je aparaturo izdelala tovarna Avtoobnova. Manj znan kot ta primer pa je drugi iz tovarne avtomobilov Maribor – TAM, kjer so prav tako naredili svojo napravo za zunajtelesno cirkulacijo, za katero pa mislim, da ni bila nikoli v uporabi. Ob pripravi te razstave sta njena koordinatorja ter soavtorja dr. Orest Jarh in dr. Romana Erhatič Širnik celo pridobila tak historični posnetek iz televizijskega arhiva! Obiskovalca lahko preseneti tudi nenavadna naprava, imenovana železna pljuča, ki pa ni niti slovenski izum niti naprava domače izdelave, le spomin na medicinskotehnično pomoč iz težkih časov, ko je leta 1957 epidemija otroške paralize na Slovenskem prizadela 167 bolnikov in so iskali vse možne poti, da bi jih ohranili pri življenju. Zaradi paralize dihalnih mišic so uporabljali železna pljuča, ki delujejo na principu podtlaka, in respiratorje Lundia, ki so rešili veliko življenj. Sopotniki takratne epidemije se še spominjajo silne človeške predanosti zdravstvenega osebja in ročnega predihavanja bolnikov, da so jih ohranili pri življenju.

Tukaj je mesto še za koordinatorje in avtorje razstave, doktorje znanosti: Damijan Miklavčič, Romana Erhatič Širnikl, Orest Jarh, Zlatko Matjačič, Stanislav Reberšek, Jože Trontelj in Damjan Zazula.

Tehnika v medicinski rehabilitaciji

Dandanes se v medicini srečujemo s starajočo se populacijo ter številnimi stresu zelo izpostavljenimi posamezniki, ki jih neredko prizadene možganska kap. Zanje potrebujemo rehabilitacijske možnosti, ki jih medicina v povezavi s tehniko še posebej intenzivno razvija. Najpomembnejše sodelovanje je skozi desetletja potekalo med **Ljubljansko fakulteto za elektrotehniko** in **rehabilitacijskim inštitutom Soča**. Skupno so razvili navdušujoče izume.

Funkcionalna električna stimulacija

Dolga leta je bila za slovensko medicinskotehnično znanost **funkcionalna električna stimulacija**, znana kot **FES**, paradni konj. Na tokratni razstavi avtorji predstavijo pomen elektrike za človeško telo, kjer zapišejo davno izkušnjo pozitivnega vpliva električnega toka na človeško telo z uporabo ribe **električnega skata**, s katerim so stoletja zdravili najrazličnejše bolezni oziroma tegobe – od **putike**, **glavobolov**, **migren** do **melanholije** in celo **epilepsije**. Šele v 18. stoletju je znanost z Luigijem Galvanijem (1737–1798) in Alessandrom Volto (1745–1827) pravilno pojasnila ta fenomen na primeru premikanja žabjih krakov v slavnem Galvanijem eksperimentu. Številni nasledniki so v medicini razvili novo smer – **elektrofiziologijo**. Ta se je v drugi polovici 20. stoletja obogatila z razvojem elektrotehnike, predvsem z izumi različnih tipov **tranzistorjev** in na njih razvitih **mikroelektronskih** in nazadnje **računalniških tehnologijah**.

Električni impulz je v telesu nadomestil izpadlo komunikacijo, kar so elektrotehniki v medicini uporabili predvsem za spodbujanje okvarjenega gibalnega sistema in koriščenje naravnih akcijskih potencialov mišic. Razvila se je pomembna **rehabilitacijska tehnologija**, imenovana **funkcionalna električna stimulacija**, ki z izkoriščanjem vzdržljivosti živčnih celic in mišičnih vlaken omogoča povrnitev ali nadomestitev izgubljene funkcije organa v človeškem telesu, na primer gibov rok, nog ali delovanja srca. Uporabljajo jo pri zdravljenju posledic **hemiplegije** (npr. po možganski kapi) ali **paraplegije** (po prekinitvi hrbtenjače).

Električna stimulacija pa je lahko tudi **terapevtska**, če so mišice zaradi različnih vzrokov dlje časa neaktivne, kot je to npr. po poškodbi hrbtenjače ali po imobilizaciji udov. Električna pa ne vpliva le na motorično funkcijo perifernega živčevja, ampak tudi na njihovo senzorično dejavnost, na čemer temelji še ne popolnoma pojasnjen mehanizem **protibolečinske terapije** in **pospeševanja celjenja ran**. Oboje poteka brez stranskih učinkov, kot jih sicer povzročata zdravljenje z zdravili.

Ljubljanska šola funkcionalne električne stimulacije je postala mednarodno znana in o njej so avtorji zapisali: »Pionir novega raziskovalnega področja v Sloveniji je **akad. Lojze Vodovnik**, ki je po vrnitvi s specializacije v Clevelandu leta 1965 na Fakulteti za elektrotehniko v Ljubljani ustanovil Laboratorij za medicinsko elektroniko in biokibernetiko. Med naslednjim bivanjem v Združenih državah Amerike je uspel pridobiti



Elektronski mikroskop in odprtje razstave.

sredstva za financiranje raziskovanj in razvoja na področju električne stimulacije. Z njimi je ustanovil **Ljubljanski rehabilitacijski inženirski center (REC)**, v katerem so sodelovali strokovnjaki različnih strok (zdravniki, biologi, fizioterapevti, inženirji in drugi) s Fakultete za elektrotehniko, Zavoda za rehabilitacijo invalidov, različnih klinik Kliničnega centra in Inštituta Jožef Stefan (vse v Ljubljani). Prav ta **interdisciplinarna naravnost** ljubljanskega centra je uživala velik ugled pri sorodnih institucijah v ZDA in postala model za uspešno vodenje raziskovalnega dela na tako rekoč vseh področjih ne glede na stroko. Raziskovalno delo je do leta 1987 **sofinanciralo ameriško ministrstvo za zdravje in izobraževanje**.

V ljubljanskem Rehabilitacijskem inženirskem centru so razvili vrsto elektronskih naprav, zasnovanih na električni stimulaciji, ki so številnim pomagale **povrniti** ali **izboljšati gibalne funkcije**, **olajšati težave pri uhajanju urina**, **lajšati bolečine**, **pospešile so celjenje ran** itn.

Po prenehanju financiranja ljubljanskega rehabilitacijskega inženirskega centra je razvoj na področju električne stimulacije potekal v dveh skupinah: v **Laboratoriju za robotiko**, ki sta ga vodila **prof. dr. Alojz Kralj** in nato **prof. dr. Tadej Bajd**, v zadnjem času pa **prof. dr. Marko Munih**, ter v **Laboratoriju za biokibernetiko**, ki ga vodi **prof. dr. Damijan Miklavčič**.

Naprava za urjenje vzdrževanja ravnotežja med stajo

Med rehabilitacijske pripomočke z razstave sodi tudi **naprava za urjenje vzdrževanja ravnotežja med stajo (Balance Trainer)**, ki je nastala s sodelovanjem strokovnjakov Fakultete za elektrotehniko UL in Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta RS – Soča. Uporabljajo jo bolniki s prizadetimi gibalnimi sposobnostmi, običajno rekonvalescenti po nevroloških poškodbah. Leta 1996 so razvili mehansko opornico, ki je omogočala nadzorovane nagibe v smeri naprej/nazaj, v sodelovanju z Univerzo v Aalborgu na Danskem pa so gibanje opornice razširili še na gibanje v smeri



Naprava za urjenje vzdrževanja ravnotežja med stojo.

levo/desno. Inovativna naprava omogoča urjenje pri osebah s širokim spektrom motenj vzdrževanja ravnotežja. Kako dragoceni, a tudi finančno vredni so taki izumi, kaže primer odkupa patentnih pravic nemškega proizvajalca terapevtske rehabilitacijske opreme medica Medizintechnik GmbH, ki ga je nadalje prodal še v ZDA in Evropo. V letih 2005–2011 je prodal okrog 1500 naprav, v skupni vrednosti približno 5 milijonov evrov.

Robot za rehabilitacijo rok

Nevrološke okvare pri rehabilitaciji terjajo nenehno natančno ponavljanje istih gibov, kar je za fizioterapevta zahtevna naloga. Zato so za bolj samostojno usposabljanje bolnikov na domu sodelavci na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Soča v sodelovanju s špansko fundacijo Fatronik-Tecnalia razvili inovativni mehanizem za **vođenje rehabilitacijskega robota za nevromotorično rehabilitacijo zgornjih udov** in ga poimenovali *Universal Haptic Drive* (UHD) oziroma univerzalni haptični mehanizem. Rehabilitacijski robot UHD **omogoča izvedbo ciljno usmerjenih nalog za rehabilitacijo zgornjega uda in zapestja v navideznih okoljih**. V letu 2008 je bila **vložena patentna prijava** za zaščito intelektualnih pravic, materialne pravice pa so bile prodane fundaciji Fatronik-Tecnalia. Nadaljnje raziskave na inštitutu Soča in v sodelovanju s Fakulteto za elektrotehniko UL potekajo v smeri razvoja adaptivnega navideznega okolja, ki samo prilagaja stopnjo haptične podpore, ta pa je odvisna od prizadetosti pacienta, njegovega napredka, uspešnosti rehabilitacije itn. Gre za cenovno ugoden mehanizem, ki pa ima za sabo velik intelektualni vložek.

Podobno so v Soči razvili tudi **pasivni model hoje**, preko katerega lahko analizirajo hojo posameznega bolnika na rehabilitaciji in mu individualno pomagajo.

Medicinska tehnika na Inštitutu za nefrologijo UKCL

Slovenski zdravniki že dolga leta sledimo izjemno prodornemu delu strokovnjakov Inštituta za nefrologijo UKC v

Ljubljani, katerih nekdanji sodelavec akad. Milan Dimitrijević je del tega raziskovalnega programa nadaljeval v teksaškem Houstonu. Na razstavi je predstavljeno delo na področju **mikroelektromiografije (Mikro-EMG)**, ki jo je v izvorni obliki razvil Erik Stålberg iz švedske Uppsale. Leta **1967** je z njo seznanil akad. **Jožeta Trontlja**, ki jo je prenesel v Slovenijo in jo v naslednjih letih nadgradil. Zdravniki jo predvsem poznamo kot metodo, ki praktično s 100-odstotno zanesljivostjo lahko diagnosticira bolezen **miastenijo gravis**.

Metoda temelji na rabi posebne **mikroelektrode**, s katero je **možno slediti aktivnosti posamičnih mišičnih vlaken**, in na merjenju časovnih intervalov z **natančnostjo 5–10 milijonink sekunde**.

Nadalje avtorji razlagajo, da je mikro-EMG metoda z aksonskim draženjem postala **diagnostična metoda za bolezen živčno-mišičnega stika s 97- do 100-odstotno občutljivostjo**. Ima možnost, da razloči med bolniki z boleznimi živčno-mišičnega stika in tistimi brez njih, ter je visoko specifična.

Preiskava je za paciente minimalno neprijetna, z lahkoto jo opravijo tudi na majhnih otrocih, slabo sodelujočih bolnikih ali živalih. Metoda omogoča zelo natančno opazovanje posameznega motoričnega nevrona in njegovih povezav s senzoričnimi živčnimi vlakni, hrbtenjačo in z možgani.

Kar je posebej pomembno, izpostavijo avtorji takole: »**Ljubljanski dosežek** so bila merjenja s časovno ločljivostjo 100 milijardink sekunde (100 nanosekund), v povezavi z mikrostimulacijo motoričnih živčnih vlaken – posamičnih ali majhnih snopičev aksonov. V primerjavi z izvorno opisano različico mikro-EMG v hoteno aktivirani mišici ima ta tehnika vrsto pomembnih prednosti in jo danes **uporablja večina laboratorijev po svetu**. Dražimo drobne vejice mišičnih živcev znotraj ali pa tik zunaj mišice – take, ki vsebujejo majhno število motoričnih aksonov. Cilj je osamitev akcijskih potencialov posamičnih mišičnih vlaken. V tipični klinični preiskavi izmerimo 100 zaporednih odzivov 30 do 60 različnih mišičnih vlaken.«

Medicinska tehnika v domači proizvodnji

Tudi različne **tehnične tovarne** so v svoj razvojni program vključile medicinsko tehniko. Tovarna Gorenje je v **sodelovanju z akademskimi znanstveniki** izdelala nekaj medicinskotehničnih pripomočkov.

Medicinski stimulatorji

V tovarni Gorenje v Velenju so razvijali in proizvajali **medicinske stimulatorje**, ki so bili plod raziskovalnega dela skupin okoli profesorjev na ljubljanski fakulteti za elektrotehniko in Inštitutu Jožef Stefan. Skupno so razvili **urinske in mišične terapevtske stimulatorje**, ki so jih začeli prodajati leta 1981. Snovalci so zapisali: »Urinski stimulatorji VAGICON, RECTICON in MES so s stimulacijo sfinktrske mišice in preprečevanjem nehotenega iztekanja urina blažili težave pri inkontinenci. Mišični stimulatorji HEMIFES,

UNIFES, MIKROFES, SCOLIFES in NEVROBOL so imeli korekcijske učinke pri nepravilni aktivaciji mišic, na primer pri skoliozi, ali pa so delovali protibolečinsko.«

Podjetje je načrtovalo prodor na ameriško tržišče, do katerega pa ni prišlo iz dveh razlogov. Ameriške zdravstvene oblasti za VAGICON niso hotele takoj izdali dovoljenja, ker elektrode niso bile izdelane iz materiala, ki bi ustrežal njihovim standardom. V tem času pa je Gorenje tudi prišlo pod prisilno upravo in sta bila proizvodnja in razvoj medicinske elektronike ustavljena.

Mikroprocesorski analizator elektrokardiogramov (MAE-IOI)

je nastal v času, ko se je zamisel o osebnih računalnikih šele začela pojavljati. Njegovi avtorji so orali ledino na številnih področjih in v napravo vgradili vrsto inovativnih rešitev. Strojna in sistemska programska oprema za MAE-101 sta bili v celoti razviti v Gorenju. O razvojnih medicinskotehničnih prispevkih Gorenja je njihov soavtor **prof. dr. Damjan Zazula** zapisal:

»V letih 1979 in 1982 je bil v Gorenju razvit **mikroprocesorski analizator elektrokardiogramov MAE-101**. Izdelani so bili dokončni prototipi in začele so se priprave na redno proizvodnjo. Ob preverjanju prototipov pri **prof. dr. Krunoslavu Turkulinu** v Specialni bolnici za medicinsko rehabilitacijo v Krapinskih Toplicah in pri **dr. Janezu Polesu** v Bolnišnici Topolšica se je izkazalo, da bi ob MAE-101 bila zelo koristna naprava, ki bi prikazovala analizirane elektrokardiogramne.

V **Gorenju Elektronika** je tedaj že tekla proizvodnja računalniških monitorjev, ki so jih razvili inženirji iz ekipe mag. Iztoka Gabrovca. Damjan Zazula, danes redni profesor za računalništvo na Fakulteti za elektrotehniko, računalništvo in informatiko Univerze v Mariboru, takrat pa idejni oče, glavni avtor in načrtovalec proizvodnje MAE-101, je skupaj z Gabrovcem opredelil zasnovo **medicinskega opazovalnika OM-101** kot dopolnitve k MAE-101. Gabrovčeva skupina je nato opazovalnik razvila in ga industrializirala. Gorenje je obe napravi prodajalo v letih 1983 do 1985, potem pa so bili v času prisilne uprave razvojni in proizvodni programi, ki niso spadali k beli tehniki, po politični direktivi ukinjeni.«

Medicinska tehnika na Onkološkem inštitutu

Vsako strokovno področje se srečuje s svojo problematiko, njeni sodelavci in raziskovalci pa poskušajo s svojim delom in povezovanjem z referenčnimi ustanovami prinašati inovacije na to področje.

Stereotaktična radiokirurgija z linearnim pospeševalnikom

Obiskovalcu razstave zbudi posebno pozornost predstavitev te vsebine. Avtorji zapišejo: »26. aprila 1999 je bila na Onkološkem inštitutu v Ljubljani prvič izvedena t. i. **stereotaktična radiokirurgija z linearnim pospeševalnikom**, ki se še danes uporablja za zdravljenje možganskih tumorjev. To je bil hkrati

tudi prvi radioterapevtski poseg, kjer so za osnovo izračunavanja obsevalnih doz uporabljali CT-posnetke bolnikove glave. Značilnost te tehnike je njena neinvazivnost, izjemna prostorska natančnost in uporabnost tudi v primerih, ko je klasični nevrokirurški poseg preveč tvegan.

Večina dodatne opreme, potrebne za tak poseg, je bila izdelana v Sloveniji po načrtih **medicinskega fizika mag. Božidarja Casarja**, ki je tehniko razvijal od leta 1996 ob strokovni pomoči **prof. Ervina B. Podgoršaka** z univerze McGill v Montrealu.

Predstavljen je stereotaktični okvir, ki se je uporabljal ob prvem zdravljenju, terciarni kolimatorski sistem, ki se je pritrdil na glavo linearnega pospeševalnika, in set divergentnih koničnih kolimatorjev, s katerimi se je oblikovalo obsevalna polja. Prvi poseg, ki je trajal skoraj ves dan, je bil uspešen, saj je bolnica popolnoma ozdravela.«

Elektroporacija v medicini

Veliko pozornosti obiskovalcev pritegne video predstavitev elektroporacije, ki je večini obiskovalcev tuj pojem. Kaj pravzaprav je to? Definicija pravi, da je **elektroporacija ena izmed najbolj uspešnih nevirusnih metod, ki omogoča prečkanje številnim molekulam skozi celično membrano**, ki jih celica v normalnih okoliščinah ne prepušča. Ta metoda je vsestranska in se s pridom uporablja povsod, kjer želimo **povečati prepustnost celične membrane**, med drugim tudi na področjih, kot so **zdravljenje tumorjev, genska terapija** ter tudi v **biotehnologiji** za pasterizacijo hrane in čiščenje vode (Marjanovič I., Miklavčič D.). Poleg predstavitve uporabe elektroporacije za pridelavo sladkorja iz sladkorne pese, uničevanje mikroorganizmov in genske terapije na razstavi posebno pozornost pritegne **video posnetek zdravljenja tumorjev** (<http://www.jove.com/video/1038/electrochemotherapy-of-tumours?ID=1038>).

Elektrokemoterapija

»**Elektroporacija celične membrane v kombinaciji s kemoterapevtiki omogoča lokalno zdravljenje tumorjev**. To sta leta 1987 na podganah s kemoterapevtikom bleomicinom prva pokazala Motonori Okino in Hitoshi Mohri. Leta 1991 je bila s tem kemoterapevtikom izvedena prva klinična raziskava na bolnikih, v kateri je Lluís M. Mir s sodelavci dokazal, da je ta lokalna metoda zdravljenja tumorjev – elektrokemoterapija – učinkovita tudi pri ljudeh. V Sloveniji je klinično **elektrokemoterapijo z bleomicinom** prvič izvedel **prof. dr. Zvonimir Rudolf** s sodelavci leta 1994 na Onkološkem inštitutu v Ljubljani, leta 1995 pa je **prof. dr. Gregor Serša** s sodelavci na istem inštitutu dokazal, da je elektrokemoterapija učinkovita tudi s kemoterapevtikom **cisplatinom**.

Elektrokemoterapija je **varna in učinkovita metoda za lokalno zdravljenje tumorjev**. Številne klinične študije z elektrokemoterapijo na kožnih in podkožnih tumorjih poročajo o izginotju



Govorniki z odprtja razstave: (z leve) koordinator in soavtor razstave, profesor na Fakulteti za elektrotehniko UL in predsednik Društva za medicinsko in biološko tehniko Slovenije prof. dr. Damijan Miklavčič, dekan Fakultete za elektrotehniko UL prof. dr. Janez Nastran, v.d. generalne direktorice Direktorata za kulturno dediščino Špela Spanžel, vodja projekta in soavtor razstave ter direktor Tehniškega muzeja Slovenije dr. Orest Jarh, koordinatorka in soavtorica razstave ter muzejska svetnica dr. Romana Erhatic Širnik ter minister za izobraževanje, znanost in šport dr. Jernej Pikalo.

tumorja v povprečju v okoli 60 odstotkih in o zmanjšanju tumorja za več kot polovico v okoli 25 odstotkih.

Klinična uporaba elektrokemoterapije narašča tudi zaradi drugih odlik te terapije: enostavnosti, nizke toksičnosti, sorazmerno nizkih stroškov ter možnosti ambulantne in večkratne uporabe. Elektrokemoterapija **globoko ležečih tumorjev je zahtevna**. Ti tumorji so pogosto v bližini pomembnih žil, živcev ali organov, zato pri takšnih tumorjih standardizirani postopki za zdravljenje tumorjev na koži in v podkožju ne zadoščajo. Leta 1998 so **prof. dr. Damijan Miklavčič in sodelavci** s Fakultete za elektrotehniko Univerze v Ljubljani pokazali, da je **najpomembnejši pogoj** za učinkovito elektroporacijo tkiv **dovolj visoka, a ne previsoka jakost električnega polja**, ki mora **učinkovati dovolj časa**. Prav tako je potrebno natančno **načrtovati lego elektrod in njihovo napetost**. Ker so globoko ležeči tumorji pogosto veliki in nepravilnih oblik, z enim parom elektrod ni mogoče zagotoviti dovolj visoke električne poljske jakosti v področju tumorja. Pri uporabi več parov elektrod se učinki dovajanja pulzov prek posameznih parov seštevajo, načrtovanje zdravljenja z zmogljivimi računalniškimi orodji pa omogoča, da vnaprej določimo ustrezno postavitev elektrod in višino nanje dovedenih napetosti. **Za realističen računalniški model zdravljenega pacienta** je potrebna izgradnja računalniškega modela pacienta. Na medicinskih slikah najprej označimo različna tkiva, nato pa računalnik iz takšnih slik sestavi tridimenzionalni model. Model uporabimo za izračune porazdelitve električnega polja pri različnih napetostih in položajih elektrod, ki jih prilagajamo, dokler ne zagotovimo ustrezne jakosti električnega polja v celem tumorju. Na osnovi tako pripravljene načrta zdravljenja kirurgi vstavijo elektrode

in dovedejo električne pulze ustrezne jakosti in trajanja, da zagotovijo elektroporacijo celic po celem tumorju.«

Klinični elektroporatorji za zdravljenje tumorjev

Leta 1998 je bil v Laboratoriju za biokibernetiko na Fakulteti za elektrotehniko Univerze v Ljubljani **razvit prvi elektroporator v Sloveniji**. Generalal je pravokotne električne pulze z jakostjo do 1600 voltov in dolžino pulzov od 5 do 255 mikrosekund. Do leta 2012 so na tej fakulteti razvili že več kot deset različnih raziskovalnih elektroporatorjev, med njimi tudi nekaj nanosekundnih.

Prvi **klinični elektroporator** je bil razvit med letoma 2000 in

2003 v okviru **evropskega znanstvenega projekta Cliniporator**. V njem je sodelovala tudi ekipa Laboratorija za biokibernetiko z razvojem vezij, ki krmilijo delovanje naprave, omogočajo pa tudi merjenje toka in napetosti dovedenih električnih pulzov in tako pripomorejo k izboljšanju kakovosti izvedene terapije.

Sklep

Razstavo, ki kaže na izjemne dosežke slovenskih strokovnjakov z interdisciplinarnih področij med medicino in tehniko, so organizatorji in številni soavtorji pripravili z veliko prizadevnostjo. Zbrali so najbolj izstopajoče medicinskotehnične dosežke iz zadnje polovice stoletja in jih pregledno razstavili. V arhivu nacionalne televizije so poiskali tudi videoposnetke prehojene razvojne poti in njenih odmevnih dogodkov. Zavedanje, da sta medicina in tehnika tesno povezani in že stoletja hodita z roko v roki, nas nagovarja, da zamisli, ki jih razvijamo ob svojem delu, prenašamo na potencialne sodelavce, biologe, tehnologe, fizike, strojnike, elektroinženirje in druge strokovnjake ter na inovativen način premagujemo probleme, ki jih srečujemo pri naših bolnikih v ambulantah, na operacijskih mizah ali ob medicinski rehabilitaciji. Še posebej pomembno je, da mladi zdravniki s sodobnim znanjem računalništva in drugih modernih tehnologij prinašajo sveže zamisli in jih prodorno predstavljajo interdisciplinarnim timom.

Foto: Iko Krašovec

E-naslov: zvonka.slavec@gmail.com



Uporaba HES-a

Dušan Vlahović

Uvod

Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke je 18. junija 2013 začasno umaknila dovoljenje za promet z raztopinami za infundiranje, ki vsebujejo hidroksietilizirani škrob (HES). Umik dovoljenja po trditvi dobaviteljev pomeni predvsem prepoved promocije, ne pa prodaje. Dobava preparatov naj bi bila nemotena. Ukrep je sprejet na temelju priporočila Odbora za oceno tveganja na področju farmakovigilance (PRAC) pri Evropski agenciji za zdravila (EMA). PRAC je to svoje priporočilo utemeljil na treh nedavno objavljenih študijah, za katere obstajajo številni metodološki pomisleki in ki po mnenju mnogih strokovnjakov s tega področja ne podpirajo sklepov avtorjev (1–3). Ob tem je odbor ignoriral študije, ki pa uporabo HES-a podpirajo.

Analiza študij

Študija VISEP

Najstarejša od treh študij, ki je bila objavljena leta 2008, je študija VISEP (Efficacy of Volume Substitution and Insulin Therapy in Severe Sepsis) (1). Študija je zasnovana kot 2X2 faktorski poskus, z odprto zasnovano. Pri kritično bolnih bolnikih so primerjali intenzivno zdravljenje z inzulinom s konvencionalnim zdravljenjem z inzulinom in HES z Ringer laktatom. Študija je potekala od aprila 2003 do junija 2005 v 18 terciarnih univerzitetnih bolnišnicah v Nemčiji. Vključili so bolnike s težko sepso in septičnim šokom. Vključeni so bili vsi bolniki, starejši od 18 let, pri katerih so se simptomi pojavili do 24 ur pred sprejemom oz. do 12 ur po sprejemu v enoto intenzivne terapije (EIT). Zdravljenje je bilo zaključeno 21 dni po randomizaciji, ob odpustu iz EIT ali ob smrti bolnika. Bolniki, ki so dobili 1000 ml 10 % HES-a 24 ur pred randomizacijo, so iz študije izključeni. Vključeni bolniki so v prvih 96 urah dobili tekočine (HES ali RL), če je CVP (osrednji venski tlak) < 8 mmHg. V istem časovnem obdobju je srednji arterijski krvni tlak (MAP) vzdrževan nad 70 mmHg in nasičenost hemoglobina s kisikom v osrednji veni (ScvO₂) nad 70 %. V ta namen so uporabili tekočine, vazopresorna ali inotropna zdravila glede na odločitev lečečega zdravnika.

Primarna izida v tej študiji sta bila 28-dnevna umrljivost in obolevnost, izražena s povprečnim SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) seštevkom. Med sekundarnimi izidi so akutna ledvična odpoved, čas do hemodinamske stabilizacije, pogostnost uporabe vazopresorjev, povprečni SOFA podsestevki, potreba po transfuziji, trajanje mehanske ventilacije, čas bivanja v EIT in 90-dnevna umrljivost.

Inzulinski del te študije je bil ustavljen po vključitvi 488 bolnikov, ker je bilo število hipoglikemij v skupini z intenzivnim zdravljenjem v primerjavi s konvencionalnim statistično

pomembno večje. Hemodinamski del je bil zaključen po vključitvi 600 bolnikov, ker je bila ugotovljena statistično pomembna razlika v številu ledvičnih odpovedi in trend k povečani 90-dnevni umrljivosti.

Medsebojne vplive študiranih dejavnikov so opazili samo pri pogostnosti ledvične odpovedi v skupini z intenzivnim zdravljenjem, ki je dobila HES, kjer je razmerje obetov znašalo 2,56 s 95 % intervalom zaupanja (IZ) od 1,51 do 4,68. Tudi v skupini s konvencionalnim zdravljenjem je bilo razmerje obetov 1,69 s 95 % IZ od 1,01 do 2,83.

Umrljivost v prvih 28 dneh se ni bistveno razlikovala med skupinama (26,7 % v HES-skupini in 24,1 % v RL-skupini, $p = 0,48$). Vendar pa je umrljivost po 90 dneh v HES-skupini dosegla 41 % v primerjavi s 33,9 % v RL-skupini pri $p = 0,09$. Druga pomembna ugotovitev te študije v zvezi z nadomeščanjem volumna je, da je bilo v HES-skupini več bolnikov z akutno ledvično odpovedjo kot v RL-skupini (34,9 % nasproti 22,8 %, $p = 0,002$). Avtorji sami poročajo, da je 100 od 262 bolnikov vsaj v enem dnevu dobilo HES v odmerku, večjem od priporočenega (20 ml/kg/dan). Od teh 100 bolnikov je pri 74 bolnikih priporočen odmerek presežen v prvih 24 urah. Umrljivost po 90 dneh je pri teh bolnikih znašala 57,6 % v primerjavi s 30,9 % pri bolnikih, pri katerih priporočeni odmerek ni presežen ($p = 0,001$). Vendar je tudi pri bolnikih, ki so dobili HES v priporočenem odmerku, akutna ledvična odpoved statistično pomembno pogostejša (30,9 % nasproti 21,7 %, $p = 0,04$).

Kar je pomembno s stališča v uvodu omenjenega ukrepa, je:

- da se študija VISEP nanaša na 10 % HES 200/0,5,
- da so v študiji uporabljeni 2- do 3-krat večji odmerki 10 % HES 200/0,5 pri skoraj polovici bolnikov,
- da se je zaradi tega povečala smrtnost po 90 dneh, kar je pripeljalo do predčasne prekinitve študije,
- da je smrtnost pri bolnikih, ki so dobili HES v priporočenih odmerkih (do 20 ml/kg), manjša kot smrtnost pri bolnikih, ki so dobili RL,
- 10 % HES 200/0,5 povzroča okvaro ledvic, najverjetneje zaradi zvišanega onkotskega tlaka (podobno kot pri uporabi kontrastnih sredstev), lahko pa tudi zaradi drugega mehanizma, vendar se te ugotovitve nikakor ne morejo ekstrapolirati na druge HES-e (ki imajo manjšo molekularno maso in so izoosmotski).

Študija 6S

Rezultati študije Scandinavian Starch for Severe Sepsis/Septic Shock (6S) so bili objavljeni julija 2012. V študiji so primerjali HES 130/0,42/6:1 in Ringer acetat. Študija je potekala od decembra 2009 do novembra 2011 na Danskem, Norveškem, Finskem in Islandiji, v 13 univerzitetnih in 13 neuniverzitetnih

bolnišnicah. Študija je zasnovana kot multicentričen, randomiziran, dvojno slepi poskus s prikrito alokacijo bolnikov v dve skupini HES ali RA-skupino, v razmerju 1 : 1.

V študijo so vključili bolnike s hudo sepso, ki so potrebovali resuscitacijo. Bolniki so dobili tekočine na temelju presoje lečečega zdravnika. Dobili so največ 33 ml/kg študijske tekočine (HES ali RA). V primeru, da so potrebovali več, so dobili še ne zakriti (open label) RA. V primeru hude krvavitve, alergične reakcije ali pričetka dialize so z dajanjem študijske tekočine prenehali in bolnik je dobil ali 0,9 % NaCl ali Ringer laktat. Bolniki so lahko dobili tudi druge kristaloide in albumin, če so to potrebovali zaradi drugih indikacij. Kriteriji za dializo niso bili vključeni v protokol. Za primarni izid študije so izbrali umrljivost po 90 dneh in odvisnost od dialize po 90 dneh. Med številnimi sekundarnimi izidi naj omenimo umrljivost po 28 dneh, hude krvavitve, dializo ali ledvični SOFA > 3.

V študijo je vključenih 798 bolnikov, od tega 398 v HES-skupino in 400 v RA-skupino. 779 bolnikov (98 %) je prejelo študijsko tekočino. Mediana skupno prejete tekočine je znašala 3000 ml v obeh skupinah ($p = 0,20$). 77 bolnikov (9,8 %) je prejelo druge koloide med trajanjem študije in 68 bolnikov (8,8 %) je prejelo več kot s protokolom omejeno količino študijske tekočine.

Primarni izid, smrt ali odvisnost od dialize so opazovali pri 202 bolnikih (51 %) v HES-skupini in pri 173 bolnikih (43 %) v RA-skupini, kar je bilo značilno pri $p = 0,03$. Od dialize je bil odvisen po en bolnik v vsaki skupini. Smrtnost po 28 dneh se ni statistično pomembno razlikovala. Do hude krvavitve (ki je definirana kot klinična krvavitev, zaradi katere je bolnik dobil tri ali več enot koncentriranih eritrocitov), je v HES-skupini prišlo pri 38 bolnikih (10 %), v RA-skupini pa pri 25 bolnikih (6 %), relativno tveganje za krvavitev je bilo 1,52 s 95 % IZ od 0,94 do 2,48, $p = 0,09$. Nadomestno zdravljenje je bilo potrebno pri 87 bolnikih (22 %) v HES-skupini in pri 65 bolnikih (16 %) v RA-skupini z relativnim tveganjem 1,35 (95 % IZ od 1,01 do 1,80, $p = 0,04$).

Poglavitna pomanjkljivost študije je v pomanjkanju hemodinamskega protokola. Tekočine so namreč dajali na temelju subjektivne ocene zdravnika. Sklepati o tem, ali so bolniki tekočino potrebovali ali ne, je težko, ker je bil samo pri delu bolnikov ob vključitvi ocenjen hemodinamski status. Pri teh, pri katerih je bil ocenjen, lahko z gotovostjo sklepamo, da tekočin niso potrebovali, saj je povprečni CVP znašal 10 mmHg (ciljna vrednost je bila med 8 in 12 mmHg), povprečni SvO₂ je znašal 75 % (ciljna vrednost > 70 %) in koncentracija laktata je znašala 2 mmol/l. Koncentracija laktata je bila določena za veliko večino vključenih bolnikov. Glede na te ugotovitve se odpira vprašanje, ali so bolniki nadomeščanje tekočin sploh potrebovali. Nepotrebna hiperhidracija ima lahko številne posledice, od dodatne okvare endotelne glikokaliksa do dilucije in zvečane potrebe po transfuziji ter dilucijske koagulopatije. Nekateri bolniki v HES-skupini so prvi dan poleg 1500 ml testne tekočine dobili

še 1500 nezakritega (open label) RA, 3500 ml drugih tekočin in 838 ml krvnih produktov.

Poleg tega je bilo v HES-skupini več bolnikov v šoku (179 od 336 v primerjavi s 148 od 337), ki so ga definirali kot MAP (srednji arterijski tlak) < 70 mmHg, kar je lahko prispevalo k slabšemu izhodu. Prav tako je bilo v HES-skupini več bolnikov z akutno ledvično okvaro (72 od 142 v primerjavi s 63 od 140). Načrtovani sta bili dve *per-protocol* analizi, prva je bila opravljena pred razkritjem alokacij in druga po razkritju alokacij. HES-skupini so v drugi analizi priključili vse tiste, ki so s kršenjem protokola dobili nezakriti sintetični koloid (v 10 primerih tudi dextran). Prva analiza glede primarnega izida umrljivosti po 90 dneh ni pokazala signifikantnih razlik. V HES-skupini je umrlo 165 (49 %) bolnikov, v RA-skupini pa 146 (43 %), razlika v absolutnem tveganju je bila 6 % ali relativno tveganje 1,14 (95 % IZ od 0,97 do 1,34, $p = 0,12$).

Ne nazadnje je treba poudariti, da sta HES 130/0,42/6:1, ki je bil uporabljen v tej študiji, in HES 130/0,40/9:1 farmakološko različni substanci in da rezultatov nikakor ne moremo ekstrapolirati, še posebej če vemo, da je bila večina študij, v katerih so preverjali varnost tega preparata, narejena na HES 130/0,40/9:1.

Študija CHEST

Avstralska študija CHEST (The Crystalloid versus Hydroxyethyl Starch Trial) je bila multicentrična, kontrolirana, randomizirana, slepa študija s paralelnimi skupinami. Primerjali so HES 130/0,4/9:1 in 0,9 % NaCl. Vključeni so bili bolniki, starejši od 18 let, ki so po mnenju klinika potrebovali tekočinsko resuscitacijo. Potrebo po tekočinah so ocenjevali z ohlapnimi kriteriji, ki so temeljili na tlakih, frekvenci srca, kapilarni polnitvi in diurezi. Za vključitev je bila dovolj prisotnost enega kriterija.

Za primarni izid študije je določena umrljivost 90 dni po randomizaciji. Sekundarni izidi so bili akutna ledvična okvara, definirana z RIFLE-kategorijami, uporaba nadomestnega zdravljenja, odpovedi posameznih organov in trajanje mehanske ventilacije in nadomestnega zdravljenja ledvic.

Od decembra 2009 do januarja 2012 je bilo v študijo vključeno 7000 bolnikov, 3500 v HES-skupino in 3500 bolnikov v skupino, ki je dobila fiziološko raztopino (FR). V prvih štirih dneh je dobila HES-skupina statistično pomembno manj tekočin kot FR-skupina, v povprečju na dan 526 ± 425 ml v primerjavi s 616 ± 488 ml ($p < 0,001$) študijskih tekočin in 851 ± 675 ml v primerjavi s 1115 ± 993 ml ($p < 0,001$) neštudijskih tekočin. HES-skupina je dobila nekoliko več krvnih preparatov, 78 ± 250 ml v primerjavi z 60 ± 190 ml ($p < 0,001$), kar je sicer statistično pomembna razlika, vendar so količine tako majhne, da o resni krvavitvi težko govorimo.

Znotraj 90 dni po randomizaciji je v HES-skupini umrlo 597 od 3315 bolnikov (18,0 %) in v FR-skupini 566 od 3336 bolnikov (17,0 %) (relativno tveganje v HES-skupini 1,06, 95 % IZ od 0,96 do 1,18, $p = 0,26$). Nadomestno zdravljenje ledvic je

bilo potrebno pri 235 od 3352 bolnikov (7,0 %) v HES-skupini in pri 196 od 3375 bolnikov (5,8 %) v FR-skupini (relativno tveganje 1,21, 95 % IZ od 1,00 do 1,45, $p = 0,04$).

Z RIFLE diagnostičnim kriteriji so ugotovil moteno delovanje ledvic (RIFLE-R) pri 1788 od 3309 bolnikov (54,0 %) v HES-skupini in pri 1912 od 3335 bolnikov (57,3 %) v FR-skupini (relativno tveganje 0,94, 95 % IZ od 0,90 do 0,98, $p = 0,007$), okvaro ledvic (RIFLE-I) pri 1130 od 3265 bolnikov (34,6 %) v HES-skupini in pri 1253 od 3300 bolnikov (38,0 %) v FR-skupini (relativno tveganje 0,91, 95 % IZ od 0,85 do 0,97, $p = 0,005$) in odpoved ledvic (RIFLE-F) pri 336 od 3243 bolnikov (10,4 %) v HES-skupini in pri 301 od 3263 bolnikov (9,2 %) v FR-skupini (relativno tveganje 1,12, 95 % IZ od 0,97 do 1,30, $p = 0,12$). Relativno tveganje za moteno delovanje ledvic in za ledvično okvaro je bilo statistično značilno manjše v HES-skupini. Relativno tveganje za ledvično odpoved je bilo večje v HES-skupini, vendar pa ta rezultat ni bil statistično značilen.

Avtorji so sklenili, da glede učinkovitosti ni veliko razlik, čeprav je HES-skupina dobila manjšo količino tekočin za doseg hemodinamskih ciljev. Več bolnikov je doseglo posamezne stopnje ledvične okvare glede na RIFLE-kriterije v FR-skupini, zato si pogostejše nadomestno zdravljenje v HES-skupini težko razložimo, še posebej ker avtorji ne navajajo jasnega protokola za nadomestno zdravljenje.

Razprava

Razprava o pravi tekočini za nadomeščanje volumna traja že dolgo. Ob tem je pomembno poudariti, da so koloidi namenjeni nadomeščanju volumna in da so učinkoviti samo, če je volumen **treba** nadomeščati. Pokazali so namreč, da je volumenski učinek skoraj 100 % pri normovolemični hemodiluciji, ne pa tudi pri preventivnem dajanju (volume loading) (4). Torej »nadomeščanje« volumna po klinični presoji ali po kriterijih, ki temeljijo na tlaku, vodi k slabši učinkovitosti, lahko pa tudi k zapletom.

Kar nekaj študij je pokazalo, da so, še posebej sodobni preparati (HES 130/0,4) učinkoviti in brez resnejših vplivov na ledvično funkcijo. V manjši študiji so poškodovancem s poškodbo glave dali velike odmerke (70 ml/kg TT) HES 130/0,4 brez kakršnih koli ledvičnih zapletov (5). Pri nadomeščanju volumna pri operacijah abdominalne aorte so prav tako pokazali, da je uporaba HES 130/0,4 učinkovitejša od uporabe želatine in s statistično značilno manjšim porastom koncentracije kreatinina (6). Tudi v veliki opazovalni študiji, ki je vključila več kot 3000 bolnikov, niso opazili, da bi dajanje HES-a vplivalo na pogostnost okvare ledvic ali nadomestnega zdravljenja (7). Enako pri bolnikih s predhodno prisotno ledvično okvaro HES ne poslabša ledvične funkcije (8). Manjša študija je pokazala, da je HES varen tudi pri septičnih bolnikih, vendar je bila v tem primeru količina HES-a, ki so jo dobili bolniki, majhna (9).

Najnovejša serija študij, med katerimi sta tudi dve že analizirani, primerja HES 130/0,4 s kristaloidi, največkrat z fiziološko raztopino (0,9 % NaCl). Prva od štirih študij, objavljenih v

zadnjih dveh letih, ki so primerjale HES 130 in kristaloidne tekočine, je študija FIRST, v kateri so poskusili ugotoviti, ali je uporaba HES-a povezana s škodljivimi posledicami. Smrtnost v tej študiji je znašala 16,9 % in razlik med posameznimi skupinami ni bilo. Pri penetrantnih poškodbah so v skupini, ki je dobila HES, porabili bistveno manj tekočin in koncentracija laktata je hitreje upadla, kar govori v prid boljši učinkovitosti HES-a. Ob tem je bilo v tej skupini bistveno manj ledvičnih okvar (1/35 v primerjavi s 6/25, $p = 0,043$). Rezultati pri poškodovancih s topimi poškodbami so bili manj ugodni za HES, vendar jih težko upoštevamo, ker so bili poškodovanci v skupini, ki je dobila HES, bistveno huje poškodovani (ISS 29,5 v primerjavi z 18, $p = 0,05$) (10). Študija CRYSTMAS, v katero je bilo vključenih 196 septičnih bolnikov, je pokazala, da je za hemodinamsko stabilnost potrebna bistveno manjša količina HES-a kot pa kristaloidov ($1,379 \pm 886$ ml v HES-skupini v primerjavi z $1,709 \pm 1,164$ ml v FR-skupini, $p = 0,0185$), da pa ob tem ni razlik glede koagulacije in potreb po transfuziji ter ledvičnih okvar (11).

Kristaloidne tekočine, ki naj bi bile alternativa koloidom, se distribuirajo v celotnem ekstracelularnem prostoru, saj prosto prehajajo kapilarni endotelij, kar ima za posledico edem tkiv in abdominalni kompartment sindrom (12). Število pooperalivnih zapletov pri bolnikih z intraabdominalno hipertenzijo močno narašča (13). Pojav zvišanega intraabdominalnega tlaka med zdravljenjem v enoti intenzivnega zdravljenja je neodvisen napovedni dejavnik umrljivosti (14). Relativno tveganje za razvoj intraabdominalne hipertenzije je 2,5-krat večje pri bolnikih, pri katerih je bilo potrebno nadomeščanje volumna s kristaloidnimi tekočinami (95 % IZ od 0,91 do 6,90, $p = 0,04$) (15). Nadomeščanje tekočin s »fiziološko raztopino« pa vodi še v hipokloremično acidozo (26).

Sklep

Hidroksietilizirani škrobi imajo tako kot vsa zdravila svoje stranske učinke. Neposrednih toksičnih učinkov na ledvične celice do sedaj niso dokazali. To seveda ne pomeni, da nekateri HES-i ne morejo poslabšati ledvične funkcije. Hiperonkotske koloidne raztopine, tako naravne kot umetne, lahko povzročijo hiperonkotsko okvaro ledvic. Uporaba modernih HES-ov (HES 130/0,4 in HES 130/0,42) je ob upoštevanju omejitev glede odmerkov ter ob pravih indikacijah varna. Ob takšni uporabi tveganje za ledvično okvaro ni dokazano, zato ni možno sprejeti, da takšno tveganje ne odtehta učinkovitega nadomeščanja volumna in pravočasne optimizacije minutnega volumna srca brez akumulacije tekočin v intersticiju in zapletov, povezanih s tem.

Literatura:

1. Brunkhorst FM, Engel C, Bloos F, et al. Intensive insulin therapy and pentastarch resuscitation in severe sepsis. *N Engl J Med* 2008; 358: 125-39.
2. Myburgh JA, Finfer S, Bellomo R, et al. Hydroxyethyl starch or saline for fluid resuscitation in intensive care. *N Engl J Med* 2012; 367: 1901-11.

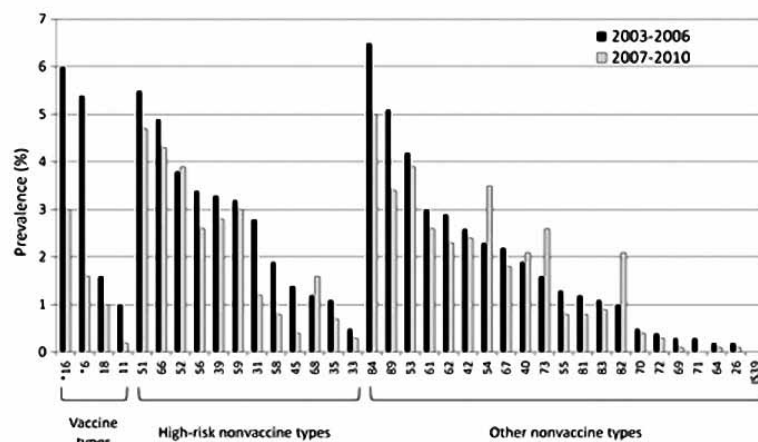
3. Perner A, Haase N, Guttormsen AB, et al. Hydroxyethyl starch 130/0.42 versus Ringer's acetate in severe sepsis. *N Engl J Med* 2012; 367: 124-34.
4. Chappell D, Jacob M, Hofmann-Kiefer K, et al. A rational approach to perioperative fluid management. *Anesthesiology* 2008; 109: 723-40.
5. Neff TA, Doelberg M, Jungheinrich C, et al. Repetitive large-dose infusion of the novel hydroxyethyl starch 130/0.4 in patients with severe head injury. *Anesth Analg* 2003; 96: 1453-9, table.
6. Mahmood A, Gosling P, Vohra RK. Randomized clinical trial comparing the effects on renal function of hydroxyethyl starch or gelatine during aortic aneurysm surgery. *Br J Surg* 2007; 94: 427-33.
7. Sakr Y, Payen D, Reinhart K, et al. Effects of hydroxyethyl starch administration on renal function in critically ill patients. *Br J Anaesth* 2007; 98: 216-24.
8. Godet G, Lehot JJ, Janvier G, et al. Safety of HES 130/0.4 (Voluven(R)) in patients with preoperative renal dysfunction undergoing abdominal aortic surgery: a prospective, randomized, controlled, parallel-group multicentre trial. *European Journal of Anaesthesiology (EJA)* 2008; 25.
9. Boussekey N, Darmon R, Langlois J, et al. Resuscitation with low volume hydroxyethylstarch 130 kDa/0.4 is not associated with acute kidney injury. *Critical Care* 2010; 14: R40.
10. James MFM, Michell WL, Joubert IA, et al. Resuscitation with hydroxyethyl starch improves renal function and lactate clearance in penetrating trauma in a randomized controlled study: the FIRST trial (Fluids in Resuscitation of Severe Trauma). *British Journal of Anaesthesia* 2011; 107: 693-702.
11. Guidet B, Martinet O, Boulain T, et al. Assessment of hemodynamic efficacy and safety of 6% hydroxyethylstarch 130/0.4 vs. 0.9% NaCl fluid replacement in patients with severe sepsis: The CRYSTMAS study. *Crit Care* 2012; 16: R94.
12. Madigan MC, Kemp CD, Johnson JC, Cotton BA. Secondary abdominal compartment syndrome after severe extremity injury: are early, aggressive fluid resuscitation strategies to blame? *J Trauma* 2008; 64: 280-5.
13. Brandstrup B, Tonnesen H, Beier-Holgersen R, et al. Effects of intravenous fluid restriction on postoperative complications: comparison of two perioperative fluid regimens: a randomized assessor-blinded multicenter trial. *Ann Surg* 2003; 238: 641-8.
14. Malbrain ML, Chiumello D, Pelosi P, et al. Incidence and prognosis of intraabdominal hypertension in a mixed population of critically ill patients: a multiple-center epidemiological study. *Crit Care Med* 2005; 33: 315-22.
15. Vidal MG, Ruiz WJ, Gonzalez F, et al. Incidence and clinical effects of intra-abdominal hypertension in critically ill patients. *Crit Care Med* 2008; 36: 1823-31.

Zmanjšanje razširjenosti humanih virusov papiloma (HPV) med cepljenimi dekletimi proti HPV v Združenih državah Amerike

Alenka Trop Skaza

Ameriški avtorji so v juniju letošnjega leta v *Journal of infectious diseases* objavili zanimiv članek o razširjenosti HPV pri ženskah v starosti od 14 do 59 let (Reduction in human papillomavirus prevalence among young women following HPV vaccine introduction in the United States, National health and nutrition examination surveys, 2003–2010). Primerjali so razširjenost HPV v letih pred uvedbo cepljenja proti HPV (2003–2006) in po uvedbi cepljenja (obdobje 2007–2010). V vsaki skupini je bilo več kot 4.000 preiskovank. Brise materničnega vratu so preiskali na prisotnost 37 HPV. V ZDA je bilo rutinsko cepljenje s štirivalentnim cepivom proti HPV-okužbam za 11 do 12 let stara dekleta uvedeno v letu 2006, cepljenje je bilo omogočeno tudi dekletom, stari od 13 do 26 let. V letu 2010 je bilo popolno s

Prevalence of individual human papillomavirus (HPV) types among females aged 14–19 years, 2003–2006 and 2007–2010.



Markowitz L E et al. *J Infect Dis.* 2013;208:385-393

Published by Oxford University Press on behalf of the Infectious Diseases Society of America 2013.

The Journal of Infectious Diseases

tremi odmerki cepljenjih le 32 odstotkov deklet, starih od 13 do 17 let. Kaj so kljub nizki precepljenosti pokazali rezultati?

Med dekleti, starimi od 14 do 19 let, se je razširjenost HPV, proti katerim štiti štirivalentno cepivo (HPV 6, HPV 11, HPV 16 in HPV 18), zmanjšala z 11,5 odstotka v letih od 2003 do 2006 na 5,1 odstotka v letih od 2007 do 2010, kar pomeni 56-odstotno zmanjšanje. Pri ženskah v drugih starostnih skupinah ni bilo statistično pomembne razlike v razširjenosti HPV. Predstavitev podatkov iz članka o razširjenosti HPV v starostni skupini od 14 do 19 let za obdobje od 2003 do 2006 in obdobje od 2007 do 2010 je na sliki.

Okužbe s HPV so ena izmed najpogostejših spolno prenosljivih okužb. Več kot polovica spolno aktivnih ljudi se bo v življenju okužila s temi virusi. Posledice okužb so različne, od nastanka predrakavih sprememb in raka na materničnem vratu, ki ga najpogosteje povzročata okužba s HPV 16 in HPV 18, do predrakavih in rakavih sprememb anogenitalnega področja pri obeh spolih ter pojava genitalnih bradavic. V zadnjem času je vse več dokazov o vlogi HPV pri nastanku posebne skupine ploščatoceličnega karcinoma glave in vratu, še posebej v povezavi s HPV 16.

Poleg splošne ABC-preventive, ki je del primarne preventive pred spolno prenosljivimi okužbami (A = abstinenca, čim kasnejši prvi spolni odnos, B = bodi zvest, C = kondom, ki pa ne štiti povsem pred okužbo s HPV), je pri preprečevanju HPV-okužb izrednega pomena cepljenje. Cepljenje je najbolj učinkovito pred prvimi spolnimi odnosi, priporočljivo pa je za vse spolno aktivne, tako ženske kot moške. V svetu sta za cepljenje proti HPV-okužbam na razpolago cepivi dveh proizvajalcev (dvo- in štirivalentno cepivo), ki se med seboj razlikujeta v naboru indikacij. Slovenija

je za deklice v šestih razredih osnovnih šol v šolskem letu 2009/2010 uvedla cepljenje proti HPV-okužbam s štirivalentnim cepivom. Cepljenje je sestavljeno iz treh odmerkov, cepljenih je dobra polovica šestošolk.

Do danes je bilo v svetu uporabljenih 175 milijonov HPV-cepiv, po podatkih GACVS (Global Advisory Committee on Vaccine Safety) je delež resnih neželenih učinkov po cepljenju proti HPV manjši, kot je povprečje za ostala cepljenja.

V Sloveniji je bilo v obdobju od 2007 do 2011 razdeljenih več kot 60.000 odmerkov cepiva proti okužbi s HPV (v glavnem štirivalentnega), prijavljenih pa je bilo 73 neželenih učinkov po cepljenju, od tega so bila tri dekleta sprejeta v bolnišnico na opazovanje zaradi kolapsa in hujske lokalne reakcije, glavobola ter megle vidov. Težave so izzvenele brez posledic.

Literatura:

1. Markowitz LE, Hariri S, Dunne EF et al. Reduction in human papillomavirus (HPV) prevalence among young women following HPV vaccine introduction in the United States, National health nutrition examination surveys, 2003–2010. Dosegljivo na spletnem naslovu: <http://jid.oxfordjournals.org/content/208/3/385.full>
2. IVZ. Okužba s HPV, rak materničnega vratu in cepljenje, oktober 2012. Dosegljivo na spletnem naslovu: <http://img.ivz.si/janez/2089-5915.pdf>
3. IVZ. Precepljenost (delež cepljenih) šestošolk proti okužbam s HPV (s 3 odmerki cepiva) po zdravstvenih regijah, Slovenija, šolska leta 2009/10, 2010/11 in 2011/12. Dosegljivo na spletnem naslovu: <http://img.ivz.si/janez/2091-6389.pdf>
4. GACVS safety update on HPV vaccines, junij 2013. Dosegljivo na spletnem naslovu: http://www.who.int/vaccine_safety_committee/topics/hpv/130619HPV_VaccineGACVSstatement.pdf

E-naslov: Alenka.Skaza@zzv-ce.si

Skrb za zdravje mladih v Evropi

Miroslava Cajnkar Kac

Misel iz naslova kot rdeča nit povezuje vsebino mednarodnih kongresov European Union for School and University Health and Medicine (EUSUHM) v zadnjih desetih letih. Namen vključenih evropskih držav je zagotovitev čim boljšega, pravičnejšega in enakovrednega dostopa do zdravstvenega varstva za mlade po vsej Evropi.

Če se vrnemo v zgodovino nastanka združenja, je pomembno leto 1981, ko je v Utrechtu na Nizozemskem nekaj držav oz. njihovih združenj za šolsko medicino (med njimi Finska, Francija, Italija, Nizozemska, Velika Britanija) ustanovilo omenjeno evropsko združenje. V poznejših letih so se vključevale nove države (zelo kmalu naša bivša skupna država Jugoslavija). Slovenija se je priključila leta 1993 na kongresu v Leipzigu. Trenutno je včlanjenih 14 držav s 16 združenji (Velika Britanija in Finska po dve). Naštevam jih po abecednem redu: Belgija, Estonija, Finska, Hrvaška, Madžarska, Makedonija, Nemčija, Nizozemska, Norveška, Ruska federacija, Slovenija, Španija, Švica, Velika Britanija. V pripravi je pristop Švedske.

V ustanovnih dokumentih združenja je zapisano: »...to foster and encourage population-based health care of children and young people in all Europe countries with the emphasis on the relevant settings related to their stage of life«.

EUSUHM sodeluje predvsem pri zagotavljanju in izboljševanju standardov v obstoječih zdravstvenih sistemih ter vzpodbuja in podpira mednarodne programe, ki prispevajo k izboljševanju teh sistemov. Svoje poslanstvo izpričuje v dokumentih, imenovanih Dubrovniška in Helsinška deklaracija.

Na kongresu v Dubrovniku leta 2005 je bila sprejeta deklaracija, ki opredeljuje pomen zdravstvenega varstva šolarjev. V osmih točkah zajema in podaja:

- skrb za zdravje šolarjev je v Evropi prisotna že čez sto let,
- neenakost v zdravju otrok in šolarjev je v porastu,
- nove prioritete za zdravje v 21. stoletju morajo biti naš izziv,

- skrb za zdravje šolarjev mora predstavljati prioriteto za vse politične sisteme v Evropi,
- zdravstveno varstvo za šolarje mora biti brezplačno,
- šola je idealen prostor za seznanjanje mladih z zdravstvenovzgojnimi temami,
- spremljanje zdravja šolarjev naj bi bilo podprto z znanstvenimi raziskavami,
- za delo v zdravstvenem varstvu šolarjev potrebujemo strokovnjake z veliko mero znanja.

Deklaracija za zdravstveno varstvo študentov se je Dubrovniški deklaraciji pridružila dve leti pozneje na kongresu na Finskem, v kraju Tampere. Obsega pet točk, ki se po vsebini ne razlikujejo od deklaracije, namenjene šolarjem. Razlika je le v nekaj krajšem časovnem obdobju, v katerem je zagotovljena zdravstvena oskrba za študente, to je sedemdeset let.

Delo združenja lahko spremljamo na spletni strani www.eusuhm.org.

Pomembna so strokovna druženja na kongresih, ki se vrstijo na dve leti. Do sedaj je bilo organiziranih 17 kongresov, vse od leta 1983 (Amsterdam, Dubrovnik, Budimpešta, Praga, Pariz, Leipzig, York, Leuven, Trondheim, Budimpešta ponovno, Ljubljana, Dubrovnik ponovno, Tampere, Leiden, Moskva, London). Prirediteljice so bile že skoraj vse države članice.

Slovenija ima svojega predstavnika tudi med sedmimi člani v izvršilnem odboru združenja. Tri mandate, to je dvanajst let, je bila članica dr. Mojca Juričič, ki je nekaj časa opravljala tudi delo urednika za EUSUHM Newsletter. Na kongresu v Moskvi pred dvema letoma pa sem jo nadomestila avtorica tega prispevka.

V zadnjih letih se prizadevanjem za izboljšanje oskrbe mladih pridružuje tudi Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), saj je za zdravje mladih po Evropi zelo različno poskrbljeno. Ena večjih aktivnosti je usmerjena v pripravo standardov za delo z mladostniki v t. i. *School health services*. Delavnice so potekale konec novembra 2012 v Švici, v vasi Cartigny v bližini Ženeve. Kot slovenska predstavnica je bila prisotna predsednica Sekcije za šolsko, študentsko in adolescentno medicino dr. Mojca Juričič. Vsebina dokumenta je zelo podobna našemu, več desetletij uveljavljenemu delu v šolskih dispanzerjih. Mislim, da smo na naše delo in šolske zdravnike lahko upravičeno ponosni.

Naj omenim še eno združenje, ki se s svojimi aktivnostmi posveča zdravju in skrbi za mladostnike po vsem svetu. To je IAAH (International Association for Adolescent Health). Njihova strokovna srečanja potekajo v evropskem in svetovnem merilu. Tudi slovenski šolski zdravniki smo bili organizatorji tega strokovnega evropskega druženja v Portorožu leta 2008.

Prav in razveseljivo je, da si EUSUHM in IAAH zadnje čase »prihajata bliž«. Upam tudi, da bo sodelovanje v prihodnosti tesnejše in še bolj ustvarjalno.



Odličen je občutek, da smo slovenski šolski zdravniki že vsa leta aktivni udeleženci (posterji, ustne predstavitve) kongresov EUSUHM. Ponosni smo, da to zmoremo poleg ogromne količine dela v ambulantah oz. dispanzerjih, kjer neutrudno zbiramo faktorje za ZZZS (vedno imam občutek, da moram napolniti tovornjak s peskom, pa sem dobila za orodje otroško lopatico).

Prav bo, če povem, da tudi doma v Sloveniji šolski zdravniki ne »počivamo«. Naša strokovna srečanja so v obliki sekcijских druženj vsaj dvakrat letno. Zadnjo soboto v maju že dvanajst let prirejamo srečanje za pediatre in šolske zdravnike, skupaj s kolegico Bredo Prunk v Zdravilišču Debeli rtič. V samostojni Sloveniji smo organizirali svoje kongrese že petkrat (Radenci – to je bil prvi kongres izmed vseh specialnosti naše slovenske medicine, Kranj, Novo mesto, Maribor, Ljubljana). Srečujemo se tudi s hrvaškimi in italijanskimi kolegi, gotovo pa sem na katero od številnih aktivnosti tudi pozabila. Za srečanja izbiramo aktualne teme, vedno povabimo tudi pediatre. Žal se naše vrste redčijo, kolegi odhajajo v zasluženi pokoj, čeprav mnogi nadaljujejo z delom, saj ni mlajših kolegov, ki bi jih nadomestili.

Kadar vsem izkušnjam na mednarodnih strokovnih druženjih prišteješ doživetja ob spoznavanju novih dežel in ljudi, je občutek zadovoljstva popoln ... in kot da slišiš, kako tiho in otožno zveni pesem moskovskih večerov (kongres EUSUHM v Moskvi, junij 2011), ki jo veter odnaša v razburkano in strastno Turčijo (IAAH, Antalya, maj 2012) ... komaj se umiri ob blagih zvokih dalmatinskih klap (Kongres hrvaških šolskih zdravnikov v Splitu, oktober 2012). V svetovljanskem Londonu (kongres EUSUHM, junij 2013) ti prišepetava »Imagine all the people...« in se spogleduje s pričakovanji ob dogodkih, ki še pridejo (Kongres šolske medicine na Debelem rtiču septembra letos; IAAH v Parizu junija 2014 in Lizboni leta 2015, pa EUSUHM junija 2015 v Tallinu).

Res je lepo biti član te velike evropske družine ... vrata so široko odprta ... pridite, ne bo vam žal.

E-naslov: miroslava.kac@gmail.com

I. Sušnikovi dnevi

Irena Manfredo, Tihomir Ratkajec

Redno spomladansko srečanje Združenja medicine dela, prometa in športa, ki je letos potekalo 7. in 8. junija na Ptuj, je dobilo svoje ime. Poimenovali smo ga po našem učitelju, profesorju Janku Sušniku. 1. Sušnikovi dnevi so bili posvečeni poklicni rehabilitaciji.

V uvodnem, spominskem delu sta nam Zvonka Zupanič Slavec in Zdenko Šalda predstavila življenje in delo velikega moža, ki je bil eden pionirjev naše stroke. Ostali del petkovega popoldneva je bil namenjen opredelitvi poklicne rehabilitacije in pogledu nanjo z različnih zornih kotov.

Epidemiologija mišično-skeletnih bolezni, poklicna rehabilitacija

Metka Teržan je v svojem prispevku pojasnila značilnosti poklicne rehabilitacije in njene vpetosti v različne modele v Evropi. Vsi modeli kažejo, da mora biti poklicna rehabilitacija v državi organizirana na več ravneh.

Metoda Dodič Fikfak je predstavila epidemiologijo mišično-skeletnih bolezni, ki so eden najpogostejših vzrokov za bolniški dopust. Večina raziskav se je osredotočila na povezovanje bolniškega dopusta z boleznimi vratu, ramen in spodnjega dela hrbta. Bolezni mišično-skeletnega sistema so glavni vzrok bolniškega dopusta tudi v Sloveniji, prednjačijo pa dorzalgi-je. Za zniževanje in preprečevanje zmanjšane sposobnosti za delo zaradi bolezni mišično-skeletnega sistema so vedno bolj pomembni preventivni programi.

Marjan Bilban nas je v prispevku z naslovom Ocenjevanje delazmožnosti v poklicni rehabilitaciji spomnil, da je vloga specialistov medicine dela, prometa in športa opredeljena v več zakonih, ki spadajo v resorno področje Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve (in ne v področje Ministrstva za zdravje). V tem pogledu je naša specializacija med medicinskimi specializacijami posebna. Na to področje se nanašajo določbe Zakona o varnosti in zdravju pri delu, Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju ter Zakona o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov.

O poklicnem svetovanju in poklicni rehabilitaciji v šolski medicini je spregovorila Majda Troha. Pravilna odločitev glede poklica je pomembna tako za posameznika kot za družbo. Zaradi nepravilne odločitve se lahko zgodi, da oseba s telesnimi, duševnimi oz. socialnimi boleznimi ali motnjami ne more dokončati izbranega šolanja ali pa ne more opravljati poklica, za katerega se je izšolala. Otroci s posebnimi potrebami imajo možnost, da v postopku usmerjanja dobijo dodatno strokovno pomoč ali da se vključijo v neklasične oblike vzgoje in izobraževanja ter tako dosežejo boljšo izobrazbeno raven. Zaradi nekoordiniranega dela različnih ministrstev, ki so odgovorna za poklicno svetovanje šolarjem, pa delo skupin za poklicno svetovanje počasi usiha.

Vloga zdravnika družinske medicine, zdravnika na ZZZS in ZPIZ

Ksenija Tušek Bunc je menila, da ocenjevanje sposobnosti za delo predstavlja mejno področje v družinski medicini, ki odnos med bolnikom in zdravnikom pogosto postavi na preizkušnjo in dostikrat predstavlja eno najbolj spornih točk v njunem medsebojnem odnosu, v katerem si stojijo nasproti medicinska stroka ter bolnikovo subjektivno doživljanje bolezni in njegova pričakovanja. V prispevku je opisala primer bolnika po operaciji zdrsa medvretenčne ploščice in poskus vrnitve tega bolnika na delovno mesto. Boljša komunikacija znotraj multidisciplinarne skupine, ki jo sestavljajo ortoped, fizioter, specialist medicine dela, prometa in športa ter zdravnik družinske medicine, bi bila lahko pomemben dejavnik pri zmanjšanju odsotnosti z dela.

Olivera Masten Cuznar je z vidika zdravnice Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije prikazala vlogo poklicne rehabilitacije ob primeru dolgotrajne začasne nezmožnosti za delo. V okviru sedanje zakonodaje in pravil ZZZS je pomembno uporabiti nekatera orodja: osebno obravnavo in pregled zavarovane osebe, opis delovnega mesta z oceno tveganja, izvid preventivnega pregleda specialista medicine dela, oceno pred nastopom dela, predlog osebnemu zdravniku za napotitev na poklicno rehabilitacijo ali k pooblaščenemu specialistu medicine dela, možnost podajanja omejitev pri delu v časovnem obsegu ali sklicujoč se na dokončno ali pravnomočno odločbo ZPIZ.

Poklicno rehabilitacijo v luči nove zakonodaje (ZPIZ-2) je osvetlila Emilija Pirc Čurić. Državni zbor je na seji 4. decembra 2012 sprejel nov zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-2). Zakon je začel veljati 1. januarja 2013 in je nadomestil ZPIZ-1, ki je bil sprejet 10. decembra 1999 in začel veljati 1. januarja 2000. Namen poklicne rehabilitacije po ZPIZ-2 v primerjavi z ZPIZ-1 ni doživel sprememb, spremenili pa so se pogoji za pridobitev pravice do poklicne rehabilitacije. Petkov splošni del je bil s tem zaključen.

Prelepo sobotno jutro nas ni odvrnilo od predavalnice, v kateri se je odvijal drugi del srečanja, namenjen poklicni rehabilitaciji pri najpogostejših, z delom povezanih boleznih zgornjega uda in ledvene hrbtenice. Organizatorji so izbrali zanimiv pristop, pri katerem so o posamezni bolezni govorili kirurg, specialist rehabilitacijske medicine in specialist medicine dela. Prva dva, ki bolnika zdravita, sta v zaključku predstavila funkcionalno stanje bolnika po zdravljenju, specialist medicine dela, ki pozna bolnikovo delo in njegovo delovno mesto, pa je tisti, ki spoji oceno sposobnosti za delo s poklicno rehabilitacijo. Če v tem procesu ugotovi, da delovno mesto kljub izboljšavam, ergonomskim prilagoditvam in psihosocialnim posegom ni ustrezno, predlaga oceno na invalidski komisiji.

Sindrom zapestnega prehoda in rehabilitacija

Kirurški pogled na najpogostejšo utesnitveno nevropatijo, sindrom zapestnega prehoda (SZP), ki prizadene približno 3,8 odstotka populacije, je predstavil kirurg D. Pogorelec. Poleg sladkorne bolezni, hiperkorticizma, alkoholizma, posledic poškodb v področju zapestja je večina nevropatij kombinacija utesnitve in natega živca (razteg za več kot 8 odstotkov povzroči prekinitev intranevralne vaskularizacije živca). Posledice teh dejavnikov, ki delujejo v smislu lokalno povečanega pritiska v zapestnem prehodu, so slabša prekrvljenost živca, venska kongestija živca in epinevralni edem. Če ta traja predolgo, pride do fibroblastnega vraščanja in brazgotine v ovojnici živca, ki stisne živec. Cilj zdravljenja je preprečiti oziroma prekiniti ishemijo. Če ta traja predolgo, tudi operativna sprostitev ni zagotovilo za izboljšanje. Klinični diagnostični testi niso zanesljivi, ultrazvok pa je neboleča in bolj zanesljiva metoda. Operativna sprostitev zapestnega prehoda je za zdaj najuspešnejši način zdravljenja, predvsem v lokalni anesteziji z mini rezom med obema peščama. Endoskopske metode na UKC Ljubljana ne uporabljajo, ker obstaja večja nevarnost lezije živčnih vej medianusa in ulnarisa ter palmarnega loka kot pri odprti operaciji. Groba moč roke je v večini primerov 4–6 mesecev manjša, večina pacientov pa je en mesec po operaciji sposobna skrbeti zase in opravljati običajna dnevna opravila.

V rehabilitaciji SZP ima pozitiven učinek kombinacija opornice in razteznih vaj. To so z dvema vprašalnikoma – DASH in vprašalnikom o simptomih in funkciji roke – ugotavljali na oddelku za delovno terapijo Univerze v Pittsburghu v ZDA. Po 24 mesecih je kirurški poseg potrebovala le četrtnina pacientov (25,5 odstotka), ki jih je zajela raziskava. Kako zelo koristne so vaje pri odpravljanju težav z zapestnim prehodom, najbolj zgovorno dokazuje praktični primer v Oklahoma Cityju v tovarni za pakiranje mesa. Pri vpeljavi vaj je tovarni pomagal Ortopedski in rekonstrukcijski center, učinke vaj pa je spremljal guvernerjev svet za varnost pri delu. Kljub temu, da tovarna ni uvedla drugih ergonomskih izboljšav, so se zmanjšali izostanki z dela. Težave zaradi ponavljajočih se gibov so se zmanjšale za 37 odstotkov, primerov tega sindroma pa je bilo kar za 45,4 odstotka manj. Za sindrom zapestnega prehoda velja, da ni znanstvenih dokazov o nujnosti omejevanja dejavnosti, pri katerih so potrebni gibi roke in zapestja. Navedene zanimive rezultate raziskav je predstavila Alenka Höfferle Felc.

O povezavi delovnega mesta in SZP je spregovorila U. Močnik, specialistka MDPŠ. Najmočnejša je povezanost razvoja SZP z izpostavljenostjo lokalnim vibracijam (tveganje se poveča za petkrat), delom z rokami, ki zahteva uporabo sile, ki presega 70 odstotkov maksimalne hotene kontrakcije (tveganje se poveča za štirikrat), in ponavljajočimi se gibi, ki se jih izvaja več kot 15-krat na minuto (pri čemer je tveganje podvojeno). Delo z računalnikom z uporabo tipkovnice in računalniške miške po podatkih iz literature tveganja za SZP ne povečuje pomembneje. Trikrat bolj ogroženi naj bi bili posamezniki, ki računalniško miško uporabljajo več kot 20

ur tedensko, in tisti, ki z njo pogosto »klikajo« ali vlečejo po zaslonu, saj se pri tem tlak v zapestnem prehodu izrazito poveča. Predlagamo, da se vsakega delavca po kirurškem in/ali konzervativnem zdravljenju napoti na usmerjeni pregled za oceno sposobnosti za delo k specialistu medicine dela. Slednji naj bi delavca pregledal dvakrat: prvič približno mesec dni po operativnem posegu zaradi ugotavljanja začasne sposobnosti za delo in nato ponovno čez štiri do šest mesecev, ko je zaključeno konzervativno zdravljenje in ko so izražene morebitne trajne posledice okvare, ki zahtevajo napotitev na invalidsko komisijo.

Epikondilitisi in rehabilitacija

Drugi sklop so predstavljali epikondilitisi, ki so najpogostejši preobremenitveni sindrom komolca zaradi tendinoze skupne tetive iztegovalk ali upogibalk zapestja. Pojavljajo se med 40. in 60. letom in pogosteje prizadenejo ženske. Prevalenca lateralnega epikondilitisa v splošni populaciji je od 1,0 do 1,3 odstotka pri moških in od 1,1 do 4,0 odstotke pri ženskah. Prevalenca medialnega epikondilitisa pa je bila ocenjena na 0,3 do 0,6 odstotka pri moških in 0,3 do 1,1 odstotka pri ženskah. Letna incidenca obiskov pri zdravniku je bila za lateralni epikondilitis 0,3 do 1,1 in za medialni epikondilitis 0,1 na 100 pregledanih oseb v ambulanti splošne medicine. Rehabilitacijski vidik je orisala Tanja Rauter Pungartnik. Kratkoročne učinke zdravljenja zagotavljajo lokalni nesteroidni antirevmatiki, aplikacija kortikosteroidov in akupunktura. Dolgoročno so pomembne ekscentrične vaje z obremenitvijo poškodovanih tetiv. Prognoza epikondilitisov je slabša pri posameznikih z večjimi fizičnimi obremenitvami pri delu z rokami v neneutralnem položaju zapestja in pri tistih, pri katerih se epikondilitis pojavi na dominantni roki.

Konzervativno zdravljenje je včasih dolgotrajno, vendar večinoma uspešno. Če ni, je potrebno kirurško zdravljenje, ki ga je predstavil Oskar Zupanc. Ortopedi se za operativno zdravljenje lateralnega in medialnega epikondilitisa odločajo, če tudi po 6 do 12 mesecev trajajočem konzervativnem zdravljenju ni izboljšanja simptomov. Vedeti je treba, da vse vrste konzervativnega in tudi operativnega zdravljenja nimajo ustrezne znanstvene podlage. Vse objavljene študije so bile neustrezno načrtovane ali izpeljane brez ustrezne kontrolne skupine ali pa temeljijo na majhnem številu bolnikov. Nadalje ni dokazov, da je katera koli izmed kirurških tehnik zdravljenja boljša od ostalih. Kirurško zdravljenje razdelimo na: odprto, perkutano in artroskopsko zdravljenje.



V ambulantni medicini dela srečamo bolnika z epikondilitisom navadno takrat, ko je njegovo zdravljenje že zaključeno. Čaka na oceno na invalidski komisiji ali pa je bil že ocenjen in mu zdaj iščemo ustrezno delo glede na preostalo sposobnost za delo. S tem morda formalno zadostimo 6. točki 33. člena Zakona o varnosti in zdravju pri delu, ki pravi, da izvajalec medicine dela sodeluje v procesu poklicne rehabilitacije ter svetuje pri izbiri drugega ustreznega dela, zamudili pa smo pri bistvenem elementu poklicne rehabilitacije, zgodnji intervenciji. Zgodnja intervencija bi bila obisk specialista medicine dela in bolnika v podjetju, kar je v svojem prispevku predlagala Irena Manfredo. V procesu poklicne rehabilitacije v zdravstvenem delu ocene tveganja pregledamo obremenitve, ki ustrezajo možni vzročni zvezi z epikondilitisi. Med fizikalnimi dejavniki smo pozorni na ponavljajoče se gibe podlakti, zapestja in roke, nefiziološke položaje komolca, zapestja in roke, tipične gibe »obrni in privij«, delo z uporabo sile, kombinacijo ponavljajočih se gibov in uporabe sile, kombinacijo nefizioloških (neugodnih) položajev in uporabe sile, delo z orodji, uporabo vibracijskih orodij. Med psihosocialnimi dejavniki opazujemo zlasti nadzor nad delom in socialno podporo. Ker je poklicna rehabilitacija namenjena posamezniku, na njegovem delovnem mestu ocenimo možnosti izboljšav. Sem spadajo predvsem modifikacija orodij in naprav, ureditev delovnega mesta in ukrepi za obvladovanje psihosocialnih dejavnikov.

Bolezni rame in rehabilitacija

Večino boleznih ramenskega obroča zdravimo konzervativno, le nekatera stanja operativno. O tem je govoril ortoped J. Podobnik. To so: večja ruptura rotatorne manšete, tip III, pri mlajših osebah, po dolgo trajajočem neuspešnem zdravljenju impingement sindroma, kjer tudi subakromialne blokade niso pomagale, odprt zlom ključnice. Redke so operacije dolge glave bicepsa in kalcinacij v mišicah. V okviru ocenjevanja sposobnosti za delo ortopedi podajo zgolj obseg aktivne gibljivosti, oceno mišične moči prizadetih mišic, oceno stabilnosti sklepa, pričakovano stopnjo bolečine pri aktivnostih, opredelijo prognozo ali definitivno stanje. Končna ocena sposobnosti za delo pa naj bi bila v domeni zdravnika medicine dela.

Lidija Plaskan je pokazala pogled specialista rehabilitacijske medicine pri boleznih rame. Po rupturi rotatorne manšete je počitek kratkotrajen in je nujna analgetična podpora. Pri akutni bolečini hladimo (kriomasaza, kriopak), pri kronični bolečini pa uporabljamo termoterapijo (termopak, fango, infrardeče energije). Proti bolečini se uporabljajo tudi različne oblike nizko- in srednjefrekvenčne protibolečinske elektroterapije. V času rehabilitacije je zelo pomembno, da ohranijo sklep in mehke strukture, zato je osnova zgodnje rehabilitacije rame kontinuirano pasivno razgibanje (KPR) na kinematični opornici (arthromot), s katerim začnemo takoj, ko so dreni po operaciji odstranjeni. Zgodaj uvedejo nihajne vaje, takoj, ko je mogoče, pa aktivne asistiranje vaje, pri katerih si pacient pomaga z drugo roko, palico, škripcem, steno ali gladko površino.

Sledijo aktivne vaje za gibljivost, z obvezno vključitvijo vaj za lopatico. Zdravljenje zaključimo, ko je dosežen optimalni funkcionalni rezultat v odnosu na osnovno okvaro. Ko dvakrat zapored meritve gibljivosti ne pokažejo več nikakršnega napredka, z vodeno rehabilitacijsko obravnavo zaključimo. Izjemno pomemben del rehabilitacije ramena je funkcionalna delovna terapija (vaje za gibljivost, moč, spretnost in koordinacijo). Kadar je to potrebno, pa tudi trening dnevnih in delovnih aktivnosti.

Igor Ivanetič je poročal o kineziologiji, navorih anduktorjev rame, zmanjšanju mišične moči mišic rame in utrujanju. Pri poklicni rehabilitaciji rame je pomembno analizirati delovno mesto z opazovalnimi tehnikami, kot npr. gledati gibanje različnih telesnih segmentov, hitrost dela, cikle, kote abdukcije roke in notranje rotacije, odmora med delom, psihosocialno okolje in spol. Upoštevati je treba tudi, da ni preobremenjevanja zdrave okončine, zmanjšati dosege, poskrbeti za podstavek/naslona za roke, podlakti, pomisliti na mehanske pripomočke za premagovanje sil, preveriti ergonomijo orodij (doseg, oblika, teža, vibracije, opora), naučiti delavca, kako pravilno delati, ga spodbujati k redni telesni aktivnosti in upoštevati delavčeve pripombe in predloge.

Hrbtenica in rehabilitacija

Prispevek o hrbtenični kirurgiji je predstavil Samo K. Fokter. Kakor v ostalih kirurških strokah, je trend usmerjen v malo ali vsaj manj invazivno kirurgijo, kar pomeni, da želimo mesto okvare doseči skozi manjši pristop, jo odpraviti in za seboj pustiti čim manjšo postransko škodo. Za tak način zdravljenja je potrebno uporabiti inovativno in s tem pogosto tudi dražjo tehnologijo, npr. operacijski mikroskop, posebne tkivne retraktorje, rentgenske ojačevalce in perkutane stabilizacijske sisteme. Med novejšje tehnike sodijo mikrodisektomija, dekompresija, zatrditev (fuzija) in kombinacije le-teh. V prispevku Anje Udovčić Pertot so prikazani možni vzroki za razvoj bolečine v hrbtenici ter fizikalno-terapevtske in rehabilitacijske metode za njeno zdravljenje. Predstavljene metode temeljijo na dokazi podprti medicini. Predstavljene so tudi možnosti fiziatra za oceno funkcionalnih sposobnosti.

Zaključki

Seminar smo zaključili s pogledom na poklicno rehabilitacijo pri bolečini v križu, ki je lahko model za poklicno rehabilitacijo boleznih rame, zapestja in komolca. Bojan Pelhan je predstavil dileme pri obravnavi teh bolnikov. Poklicna rehabilitacija je v Sloveniji sistemsko urejena z Zakonom o invalidskem in pokojninskem zavarovanju, ki določa upravičence, pogoje in postopek rehabilitacije delovne populacije. Na terciarni ravni se izvaja v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Slovenije; program financira ZZZS. Vračanje oseb z zdravstvenimi težavami in okvarami hrbtenice nazaj na delovno mesto na primarni in sekundarni ravni je prepuščeno znanju, vedenju, izkušnjam in iznajdljivosti zdravnikov, vodij in socialnih delavcev v delovnih organizacijah, pa tudi imenovanih

zdravnikov ZZZS. Opozoril je na malo znano možnost sodelovanja specialista medicine dela pri celoviti obravnavi bolnikov, ki jo ponujata Zakon o varnosti in zdravju pri delu in Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih, ki določata, da mora delodajalec delavca po daljši odsotnosti z dela oz. v primeru težje bolezni napotiti na preventivni zdravstveni pregled. Zaključni z mislijo, da kljub temu, da vloga specialista medicine dela pri poklicni rehabilitaciji v Sloveniji trenutno še ni sistemsko urejena in določena, že v sedanji pravni ureditvi obstajajo realne možnosti za sodelovanje med različnimi strokovnjaki, ki se ukvarjamo z bolnikom. Specialist medicine dela naj neposredno sodeluje predvsem z osebnim zdravnikom

delavca, pa tudi z ostalimi delavci v podjetju, sindikati in zavarovalnicami. Cilj pomoči in podpore delavcu je, da ostane na delovnem mestu ali da se nanj čim prej vrne.

Letošnje Sušnikove dneve smo zaključili z dobrim občutkom, da smo na pravi poti, da je povezovanje med zdravniki potrebno, sodelovanje pa že od Hipokrata dalje tudi zapriseženo.

Ob srečanju smo izdali zbornik, ki ga je uredil Tihomir Ratkajec, in se dogovorili, da se 6. in 7. junija 2014 srečamo na Ptujju na 2. Sušnikovih dnevih.

E-naslov: tihomir.ratkajec@mf.uni-lj.si, irena.manfredo@gmail.com

Iz prakse za prakso

38. srečanje stomatologov Slovenije, Portorož, 7. in 8. junija 2013

Željko B. Jakelič

Kdor v jezi in žalosti molči, dolgo ne živi.

Če nam že v letu 2012 vreme ni bilo preveč naklonjeno, je bilo letos idealno. Letošnjega srečanja stomatologov Slovenije, ki je bilo, kot ponavadi, organizirano v Avditoriju Portorož, se je udeležilo kar 417 udeležencev. Pričakalo jih je pravo poletno vreme s soncem in rahlim vetrom, kar je srečanju dalo poseben ton.

Avditorij Portorož je dvorana v Portorožu, namenjena kulturnim, kongresnim in promocijskim dogodkom. Z delovanjem je pričela leta 1972 kot zavod za pospeševanje turizma. Osnovne dejavnosti zavoda so bile kulturne prireditve, kongresi in predvajanje filmov. Postavitev dvorane je podprl Nino Spinelli, ki je postal tudi prvi direktor Avditorija, stavbo pa je zasnoval ter poimenoval arhitekt Edo Mihevc.

Kot ponavadi, nas je v Avditoriju pričakala že stalna in dobro uveljavljena dentalna razstava. Letos je bila zaradi znanih ekonomskih ukrepov nekoliko okrnjena, kljub temu pa je bilo videti kar nekaj novih in uporabnih strojev, izdelkov in nujnih dentalnih materialov.

Dogodek je s kulturnim vložkom popestril Slovenski oktet, ki je že nekaj let nepogrešljiv na naših srečanjih in je s svojimi novostmi popestril ne preveč zagreto ozračje.

Organizator, Stomatološka sekcija Slovenskega zdravniškega društva (SS SZD), je poskusil z okroglo mizo razložiti nastali položaj, ki je zaradi številnih dejavnikov, tako ekonomskih kot političnih, izredno zapleten in zahteva temeljito razumevanje. Predavatelji so želeli s prispevki razložiti aktualne probleme, med katerimi so oralno zdravje, cilji, strategija in rezultati dela.

Zaradi različnih ugovorov in nepoznavanja dejavnikov so želeli organizatorji udeležencem predstaviti Strategijo SS SZD, ki je

bila sprejeta na seji Izvršnega odbora SS SZD 14. maja 2013 in ki odraža stališče, težnje in razvojne usmeritve (vizije) Stomatološke sekcije do leta 2020. Pripravljena strategija ni mišljena kot operativni izvedbeni program, temveč kot začetek kontinuiranega procesa, ki naj bi spodbudil sodelovanje med nacionalnimi stomatološkimi društvi in dogovor s partnerji, ki naj bi bili in so soodgovorni za razvoj ustnega zdravja.

Besedno zvezo ustno zdravje (Oral Health) v tem dokumentu naj bi razumeli kot cilj in kot sistem.

Ustno zdravje je bistveni del splošnega zdravja in dobro ustno zdravje je temeljna človekova pravica (cilj).

Vloga strokovnjakov je pomagati prebivalstvu in politikom, da dosežejo najvišjo možno stopnjo zdravja prebivalstva preko ustnega zdravja (sistem).

Strategija SS SZD je postavljena kot dolgoročni okvirni načrt aktivnosti, potrebnih za reševanje problemov pri doseganju naslednjih ciljev:

- doseči optimalno ustno zdravje,
- nuditi trajno podporo članom SS SZD,
- povečati pomen in razpoznavnost zobozdravnikov,
- izboljšati obveščanje, izobraževanje in raziskovanje.

Cilje je zaradi številnih težav izredno težko doseči. Sekcija se je prav zaradi težav, ki tarejo številne strokovnjake, lotila izredno zahtevnega programa!

Na okrogli mizi so številni povabljeni predstavili zahtevne dogodke, ki so vezani na sedanji položaj tako zdravnikov kot tudi zdravstvenih ustanov, njihove težave in načine, kako naj bi jih odpravili. Po zaključku je sledila zelo vroča razprava ter vprašanja in odgovori. Ali so nas odgovori prepričali? No, ja! Kot ponavadi, nekateri odgovori niso bili preveč prepričljivi ...

Sledil je strokovni del srečanja. Prvi prispevek je govoril o bolečinah v ustih in na obrazu, s katerimi se pogosto srečujemo in ki so velikokrat tudi kronične, o načinih, kako jih najbolj razumeti in z različnimi načini odpraviti. Za razumevanje bolečine v ustih in na obrazu ter njeno zdravljenje je nujno potrebno dobro razumevanje nevrofiziologije in patologije bolečine ter postavljanje pravilne diagnoze, ki velikokrat ni enostavna.

Po prispevku, ki je zajel splošno medicinsko in specialistično tematiko, je sledil prispevek, namenjen zobozdravstveni problematiki. Kaj je treba storiti, da bi bil bolnik zadovoljen s svojim videzom, in kako mu pri tem pomagati. Sledila je predstavitev številnih rešitev, tako tehničnih kot tudi nujnih endodontskih del v stomatološki ordinaciji. Za poslušalce zanimiva predstavitev!

V zadnjih letih se izredno hitro povečuje zanimanje za implantologijo in vse, kaj je povezano z njo. Število nezgod in zapletov z neprimerno načrtovano implantologijo je v sorazmerju z neprimernimi načini in tehniko. Da bi se izognili težavnim zapletom po implantacijah in zaradi čim bolj natančnega posega v čeljustnicah, v zadnjih letih raste zanimanje za CBCT (Cone Beam Computer Tomograph), računalniško vodene implantologije, postopek načrtovanja vgradnje implantata, izdelavo kirurškega stenta in vgradnjo implantatov z omenjeno tehnologijo, ki omogočajo natančno načrtovanje in olajšajo natančnost intraoperativnih prenosov, že načrtovanih pozicij vsadkov.

Veliko je že napisanega v zvezi z vgradnjo implantatov. Zadnja in najnovejša tehnika, ki se danes uporablja v dentalni implantologiji, je tehnika flapless. Flapless kirurška tehnika predstavlja minimalno invaziven kirurški postopek vgradnje dentalnih implantatov, brez nujnega dviga celotnega mukoperiostalnega flapa. Praktična uporaba tovrstne tehnike v implantologiji je neposredno vezana na uporabo novih tehnologij v stomatologiji, kot je CBCT-aparat in programi za načrtovanje vgradnje dentalnih implantatov. V prispevku so predstavljene primerjave, prednosti in pomanjkljivosti uporabe flap in flapless kirurške tehnike. Rezultati primerjave gredo v prid novi tehniki, ki je po različnih merilih boljša in prinaša hitrejšo regeneracijo tkiva po vstavitvi implantata.

Sledil je prispevek, ki je bil namenjen intraoralnemu skeniranju in 3D-tiskanja Co-Cr in Ti konstrukcij za fiksno protetiko. V zadnjih letih digitalizacija in avtomatizacija pridobivata pomembno mesto v proizvodnji individualnih medicinskih pripomočkov. Revolucijo v zobozdravstvu napovedujeta uporaba intraoralnih skenerjev in dodajalnih tehnologij. Kakšne so prednosti in kdaj se bo začela uporaba intraoralnih skenerjev, bo pokazal čas. Digitalizacija v zobni ordinaciji je le začetek nove procesne verige, videli pa bomo, ali se bo ta nova tehnologija uresničila tudi v vsakodnevnem delu v zobnih ordinacijah!

Prispevki prvega dela strokovnega srečanja so bili zanimivi, koristni in uporabni, s svojo vsebino pa so in bodo zagotovo našli mesto v delu slehernega praktika.

Po končanemu strokovnemu delu je sledilo srečanje vseh udeležencev srečanja v GH Metropol.

Noč je hitro minila in prišla je sobota z novimi prispevki. Prispevek prvega sklopa je bil namenjen zobnemu zdravju 12-letnikov v Sloveniji v zadnjih 25 letih. Kako je bilo in kakšni so bili rezultati? V prispevku so bili predstavljeni kazalniki zobnega zdravja. Rezultati raziskav niso spodbudni. Zobno zdravje otrok se je v začetku raziskav najprej izboljšalo, v zadnjih letih pa se je znova poslabšalo. Vzroki? Kako se bo ustno zdravje izboljšalo? Naloga republiških ustanov, ki skrbijo za zdravstveno varstvo in preventivo, je, da stanje analizirajo in preprečijo nadaljnje slabšanje zobnega zdravja v Sloveniji.

Nadaljevalo se je s problematiko ustnega zdravja. Ustno zdravje prebivalstva merimo s kazalniki ustnega zdravja, ki nam omogoča sledenje družbenega razvoja in posledično boljše kakovost življenja. Kazalniki ustnega zdravja so pokazatelj napredka pri doseganju zastavljenih zdravstvenih in družbenih ciljev. Da bi se preoblikovali in posodobili obstoječi sistemi kazalnikov ustnega zdravja in zobozdravstvene oskrbe prebivalcev EU, so leta 2002 pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) in Mednarodne zveze zobozdravnikov (FDI) začeli s projektom razvoja kazalnikov evropskega globalnega ustnega zdravja (*European Global Oral Health Indicators Development Project, EGOHID*) s ciljem prizadevanja držav skupnosti za izvajanje preventive ter posledično izboljšanje ustnega in s tem tudi splošnega zdravja.

Naslednji prispevek je bil namenjen oskrbi poškodb zobovja pri otrocih in mladostnikih. Že v uvodu je predavatelj orisal pomen poškodbe zob, ki se pojavlja kot nepričakovan dogodek, ter opozoril na pomen smernic pri odločanju, kako in na kateri način je najbolj primerno oskrbeti poškodovano zobovje. Ozrl se je na priporočene načine oskrbe zob ter na literaturo, ki je vezana za poškodbe in na načine terapije. Čeprav se je zdravljenje nekaterih poškodb zob še do danes obdržalo, so današnja priporočila in smernice nekoliko drugačni. Za te spremembe so pomembna nova spoznanja o fizioloških in patoloških odzivih tkiv na poškodbo ter regenerativnih zmožnostih tkiv, ki so privedla do številnih sprememb v zdravljenju. Pomembno je, da zobozdravnik, ki se sooči s poškodbo zobovja pri otroku ali mladostniku, na podlagi anamneze, kliničnega pregleda in rentgenske diagnostike pravilno razpozna vrsto poškodb in zagotovi ustrezno oskrbo, ki je po sodobnih smernicah praviloma konservativna. Na podlagi te se lahko poda oceno potrebe po nadaljnji specialistični obravnavi.

Prispevek, ki je sledil, je bil namenjen možnosti mukogingivalne kirurgije za oskrbo nepravilnosti oblike, položaja in količine dlesni, sluzničnih gub in sluznice v okolici zob in zobnih vsadkov. Indikacije so neposredno povezane z različnimi mukogingivalnimi posegi. Avtor se je osredotočil na uporabo in prednosti različnih kirurških tehnik. Poudaril je uporabo popolnoma in delno deepiteliziranih prostih transplantatov nebne sluznice in ksenotransplantatov vezivnega tkiva.

Strokovno srečanje se je nadaljevalo s prispevkom, ki se je diskretno dotaknil tako splošne medicine kot stomatologije. Predavatelj je na kronološko natančen in izčrpen način, kjer se je s spoštovanjem ozrl na začetke in prve nosilce oralne in maksilofacialne kirurgije v Sloveniji, orisal zgodovino ter posebnosti dela oralne

in maksilofacialne kirurgije. V prispevku smo bili seznanjeni s pomembnostjo, povezanostjo in območji dela, kjer se srečujeta maksilofacialna in oralna kirurgija. Orisana so območja in delitev dela kirurgije, in sicer na: kirurško zdravljenje poškodb, tumorjev, prirojjenih in razvojnih nepravilnosti, zobne in obzobne patologije ter drugih patoloških stanj glave in obraza, ustne votline, čeljusti in vratu. Impresivno in zelo široko območje dela!

Zadnji prispevek strokovnega srečanja je bil namenjen proteični veji stomatologije, in sicer oblikovanju ogrodja za kovinsko-porcelanske konstrukcije s tehnologijo CAD in laserskim nataljevanjem zlitine. Smiselno se je navezoval na prispevek, ki smo ga poslušali v prvem dnevu strokovnega srečanja in je bil namenjen intraoralnemu skeniranju in 3D-tiskanju Co-Cr in Ti konstrukciji za fiksno protetiko.

S tem prispevkom se je sklenilo 38. srečanje stomatologov Slovenije.

Organizator se je resnično potrudil povabiti predavatelje, ki so dobro opravili svoje delo. Kljub zapleteni ekonomski in politični situaciji tako v svetu kot v Sloveniji so organizatorji uspeli zainteresirati številne udeležence, ki so na srečanju pregledno pridobili veliko informacij in odgovore na številna zastavljena vprašanja!

Stanje duha?

Vkalkulirana vrednost programov zdravstvenih storitev oziroma cen se od 1. 4. 2009 zmanjša za 2,5 %, od 1. 5. 2012 pa se vkalkulirana vrednost programov zdravstvenih storitev oziroma cen, z izjemo MR in CT preiskav, zniža za dodatne 3 % ... Vkalkulirana vrednost programov zdravstvenih storitev oziroma cen, z izjemo bolnišnične dejavnosti psihiatrije brez terciarja, so od 1. 1. 2013 zmanjša za dodatne 3 %. (Občasnik, ZZS, št. 1, 1. del, 24. 4. 2013; 29.)

Ali je sploh potreben komentar? Kam plujemo in kaj pričakujemo od socialnega zdravstva, ki je – deklarativno – namenjeno celotnemu prebivalstvu. V Vseslovenski ljudski vstaji (VLV) in Iniciativi zdravnikov opozarjajo na dolge čakalne vrste v zdravstvu, ki jih preskakujemo tisti z denarjem, čeprav vsi prispevamo ogromno denarja v zdravstveni sistem. Trdijo, da tam vsako



leto izgine 500 milijonov evrov, kar pripisujejo privatizaciji in korupciji. S tem denarjem bi odpravili vse čakalne vrste in ukinili zatekanje k samoplačniškim ambulantam. (*Žurnal 24.si, petek, 14. junija 2013*) Vsi enaki! Deklarativno!! In samo to! Izvajalec, ki je odvisen od zneska, ki mu je namenjen, ne more normalno delati in skrajševati čakalne vrste, ko vemo, kako so se pravice razširile! Pravice bolnikov? Kaj pa pravice zdravnikov? Na to vprašanje do sedaj ni nihče odgovoril! Zanimivo!! In posledica/-e? Kriza duha! Ali smo lahko veseli, ko ne vidimo, kam plujemo, kakšen in kako močen veter piha v naša jadra in ko cilja oz. rešitve ni na pomolu! Ali smo morda izgubili kompas? Kakšni so in bodo rezultati napovedanih ukrepov? Kaj? Prav žalostno je spremljati duhomorne rešitve! Predvsem je pomembno, da smo na prihajajoče dogodke ... pripravljeni. Nič nas ne sme presenetiti, tovariši! Ali se spomnite? Ha, ha, ha ...

To bi bil komentar na večkrat izrečeno misel: Kriza duha ... *In spe!* Kaj drugega nam še ostane? *Deus ex machina?* Šala mala!

Po dežju vedno posije sonce. Ali bo morda letos po številnih ukrepih drugače? Pustimo se presenetiti!

Delavnica o patologiji medeničnega dna

Medicinski center Iatros, Ljubljana, 8. junij 2013

Pavle Košorok

Medicinski center Iatros je 8. junija 2013 organiziral mednarodno delavnico, posvečeno patologiji medeničnega dna. Poseben poudarek je bil namenjen pelvični bolečini, ki je pogosto neprepoznana, včasih tudi podcenjena bolnikova težava.

Bolečine v presredku in v medeničnem dnu imajo lahko zelo različne vzroke. Najpogostejša je črevesna razpoka, lahko gre za vnetja.

Izključiti je treba poškodbe in morebitne spremembe na hrbtenici (posedanje hrbtenice, izpad medvretenčne ploščice, zakostenevanje drobnih sklepov). Bolniki pogosto navajajo tudi analni krč – hudo bolečino, ki jih zbudi sredi noči in v kratkem času premine, vendar zaradi intenzivnosti bolečine to bolnika ponavadi zelo prestraši. Vzrok je največkrat stresna situacija, ki je pogosto nezavedna.

Po izključitvi vseh takšnih vzrokov ostaja globoka bolečina zaradi utesnitve pudendalnega (Alkockovega) kanala. Zaradi lege je ta predel težko dostopen. Obstajajo različne tehnike sprostitve takšne utesnitve. V Evropi je bolj poznan transglutealni pristop. Prof. Shafik na kairski univerzi je uvedel nevrologo, ki je narejena paraanalno.

To tehniko je predstavila sedanja predsednica Mediteranskega združenja za koloproktologijo prof. Olfat El Sibai, vdova pokojnega prof. Shafika. O izbiri bolnikov smo se pogovarjali že pred njenim prihodom in izbrali dve bolnici z močnimi bolečinami – nevalgijami pudendalnega živca. Prav zaradi težkega pristopa in zelo individualnega načina operiranja je ta operacija velik izziv. Potrebno je dobro poznavanje anatomije in osebna izkušnja, ki sem jo opazoval še v Egiptu, ko je poseg delal prof. Shafik. Tehnika je sicer videti zelo enostavna, morda celo predrzna, vendar je to ena od možnosti, da bolnika rešimo hudih bolečin, ki zahtevajo močne analgetike.

Videti je bilo, da so udeleženci delavnice z rahlo skepsno spremljali prenos operacije. Po daljšem odmiku in kontrolah obeh bolnic pa lahko rečemo, da so sprejele poseg kot ne preveč težaven in da je okrevanje ugodno. Ocenjevanje bolečine naj bi bilo realno šele po mesecu dni. Prvi podatki pa vseeno govorijo, da čutijo pozitivno spremembo.

V podporo kirurškemu delu delavnice je dr. Giulio Santoro iz Trevisa v svojem predavanju predstavil uporabo UZ pri analizi patologije medeničnega dna, ki si ga delimo proktologi, ginekologi in urologi. Endoanalni UZ postaja nepogrešljivo sredstvo v rokah vseh teh treh medicinskih strok in nam omogoča hitrejšo in bolj pravilno odločanje o nadaljnjem zdravljenju. Bogato slikovno gradivo in predstavitev tridimenzionalne tehnike endoanalnega UZ je bilo odlična ilustracija različnih patoloških procesov, ki jih lahko na ta način prikažemo. Tridimenzionalna endoanalna UZ-naprava je pripomoček, ki ga v naši ustanovi uporabljamo tudi sami. Upamo, da si bomo čez čas nabrali bogate izkušnje. Veliko navdušenje, kot ga je pokazal naš gost dr. Santoro, ki je tudi

član Mediteranskega združenja za koloproktologijo, je spodbuda, da svoje delo na področju koloproktologije s skupnimi močmi razvijamo in poglobljamo.

Veliko odobravanje je požela tudi dr. Eva Csatar iz Budimpešte, ki nam je predstavila patologijo spolno prenosljivih boleznih s posebnim poudarkom na anorektalni predel. Dr. Eva Csatar je velika strokovnjakinja na področju paraanalne dermatologije, saj je poleg kirurgije delala tudi kot dermatovenerologinja. Poznavanje problematike kože je za proktologa nedvomno eden od ključnih izzivov. Ta patologija je včasih videti enostavna, lahko pa predstavlja za zdravnika uganke, ki je vsak ne zna rešiti.

Udeleženci delavnice so bili v veliki večini domači mladi strokovnjaki. Gostje – predavatelji so bili ugledni strokovnjaki, pa tudi aktualni vodilni člani Mediteranskega združenja za koloproktologijo. Nekaj mlajših kolegov je bilo iz držav bivše Jugoslavije, ki so izkoristili priložnost, da so bili v Ljubljani v času kongresa gastroenterologov. Delavnica je pokazala, kako težko rešljive so lahko težave v področju medeničnega dna, in tudi to, da proktologija, tako kot se še mnogokrat misli, ni samo zdravljenje hemoroidov in morda še črevesnih razpok. Gre za veliko več, predvsem pa stroka zahteva, da človeka obravnavamo kot celoto.

E-naslov: pavle.kosorok@guest.arnes.si

MSCP residential courses free only for MSCP members



Marbella, Spain - ANAL SURGERY & COLONOSCOPY - G. Salgado. E-mail: salgado@microsur.es
 Rome, Italy - INTESTINAL ANASTOMOSES - B. Ravo. E-mail: biagioravo@tiscalinet.it
 Bari, Italy - NEW TECHNOLOGIES - D.F. Altomare. E-mail: altomare@clichiru.uniba.it
 Ljubljana, Slovenija - DAY SURGERY - P. Kosorok. E-mail: pavle.kosorok@guest.arnes.si
 Heraklion, Greece - LAPAROSCOPIC SURGERY - E. Xynos. E-mail: exynos@med.uoc.gr
 Tel Aviv, Israel - IBD SURGERY - M. Rabau. E-mail: rabau@tasmc.health.gov.il
 Cairo, Egypt - PELVIC FLOOR SURGERY - O. El-Sibai. E-mail: ali@alishafik.com



10. kongres Mednarodnega združenja za ambulantno kirurgijo

Pavle Košorok

Od 5. do 8. maja je bil v Budimpešti 10. kongres Mednarodnega združenja za ambulantno kirurgijo (IAAS). Zaradi okrogle obletnice je bil dogodek zelo slovesen in udeležba številčna (1.200 udeležencev).

Prva pobuda za srečanja kirurgov, ki delajo na način ambulantne kirurgije, je prišla iz Belgije. Predsednik belgijskega združenja za ambulantno kirurgijo dr. Claude De Lathouwer je od 8. do 9. marca 1991 organiziral srečanje, ki se ga je udeležilo 600 predstavnikov iz 25 držav. Že prvo srečanje kaže, da je bila dejavnost v tem času živa in da so jo izvajali po vsem svetu. Pobuda za tak način dela je prišla iz ZDA, kjer so že leta 1970 oblikovali merila za varno delo. Evropska pobuda je torej stara dobrih 20 let. Belgija je še danes skupaj z Nizozemsko vodilna država pri organizaciji ambulantne kirurgije.

Ključna srečanja evropskega in mednarodnega združenja so bila v Londonu (1993), Orlandu (ZDA, 1994) in Bruslju (1995). Bruseljski sestanek velja za prvi mednarodni kongres ambulantne kirurgije.

Po kongresu v Londonu leta 1997 je bil organiziran morda najodmevnejši kongres mednarodnega združenja v Benetkah (1999), na katerem je bilo prisotnih 2.311 predstavnikov iz 41 držav. Naslednji zelo uspešen kongres je organiziral Marc Claude Marti v Ženevi. V tem času je bila na razpolago že revija *Ambulatory surgery* in nekaj knjig, ki so analizirale trenutno stanje ambulantne kirurgije v svetu in ponudile čvrsta izhodišča za delo. Srečanja so bila nato v Sydneyju, Amsterdamu, Würzburgu, Bostonu, Sevilli, ponovno Amsterdamu, Københavnu in Brisbanu.

10. jubilejni kongres v Budimpešti je bil zanimiv pregled dela in rasti ambulantne kirurgije v svetu. Ta dejavnost je dosegla nepričakovan razmah v večini razvitih držav. V Združenih državah Amerike dosega ambulantna kirurgija že 80 do 85 odstotkov storitev, ki so možne na določenih kirurških področjih. Zelo visok odstotek (70–75 odstotkov) je tudi v Veliki Britaniji. V večini držav, ki sledijo svetovnim trendom, je ta odstotek nekoliko nižji (50–60 odstotkov). V drugih pa je razmah mnogo počasnejši. Ambulantna kirurgija se lahko izvaja v bolnišnicah, ki imajo ponavadi samostojne oddelke. Spet v drugih pa je veliko število samostojnih centrov, ki so bili zgrajeni posebej s tem namenom. Vodilni državi na področju ambulantne kirurgije sta ZDA in Avstralija. Morda je prav zaradi velikih razdalj v Avstraliji ta dejavnost postala zelo dobrodošla in po svoje tudi specifična. Poleg kirurških ustanov so na voljo nastanitvene zmogljivosti (moteli), kjer lahko pacienti še nekaj dni ostanejo v bližini lečeče ustanove, tako da lahko pričakujemo varen potek zdravljenja.

Z osamosvojitvijo Slovenije so se tudi v zdravstvu začeli veliki premiki, ki se nekako pokrivajo s termini razvoja ambulantne kirurgije v Evropi. Prva zasebna ustanova v Sloveniji (Diagnostični center) je začela z delom leta 1992. Sledilo je še nekaj pogumnih posameznikov. Že leta 1994 je pričel z delom naš medicinski center (Iatros), ki je od ministrstva dobil samo koncesijo za ambulantno dejavnost. S tem smo bili seveda precej omejeni, vendar nas je opogumljala izkušnja ambulantne kirurgije, ki si je takrat v Evropi utirala pot. Udeležbe na kongresih in spremljanje literature so nam pomagali, da smo z našim delom začeli bolj pogumno, predvsem pa smo vedeli, katere storitve in kakšna stanja bolnikov, ki smo jih izbirali za operacije, so varna za naše delo. Z nabiranjem izkušenj smo širili obseg dela in svoje delo sproti analizirali, tako da lahko rečemo, da delamo v soglasju s sodobnimi trendi ambulantne kirurgije. O svojem delu redno poročamo tudi na mednarodnih srečanjih.

Prve udeležbe na mednarodnih srečanjih ambulantne kirurgije so za nas pomenile učenje in izmenjavo izkušenj s strokovnjaki, ki so že prešli začetne težave. V čast si štejemo, da smo bili na 10. svetovnem kongresu povabljeni, da predstavimo svoje izkušnje.

Ker nimamo možnosti za lastno bolnišnično delo, smo po skrbnem preudarku pričeli operirati bolnice z notranjim prolapsom črevesa na način dnevne bolnišnice. Notranja mukozektomija po Delormeju je zelo zahteven poseg, ki smo ga pričeli uporabljati po temeljitem premisleku, predvsem pa zaradi patologije, ki sicer ostaja neprepoznana in nezdravljena. V svetovnem merilu smo redka ustanova, ki to zdravi na način dnevne bolnišnice. Rezultati našega dela so dobri in primerljivi s svetovnimi statistikami. Seveda bi bilo naše delo bolj uspešno, če bi bolnice (take težave se pojavljajo predvsem pri ženskah) lahko razporejali sami – na tiste, ki bi jih operirali transanalno, in tiste, pri katerih bi bila potrebna transabdominalna operacija.

Naša ustanova se sicer posveča koloproktologiji. Seveda ambulantna kirurgija obsega še številne druge dejavnosti. Posegi te vrste so možni v ginekologiji, urologiji, plastični kirurgiji, ortopediji, pediatriji, vaskularni kirurgiji, abdominalni kirurgiji, kirurgiji vratu in glave. Velik razmah stroke so omogočile tehnike endoskopske kirurgije.

Zanimiva je organizacija enot za dnevno kirurgijo, kjer so organizacijski vodje ponavadi anesteziologi, ki imajo izkušnje in posebna znanja pri vodenju analgezije in anestezije pri bolnikih, obravnavanih na način ambulantne kirurgije. Anesteziologi so zdravniki, ki bolnika spremljajo od sprejema do odpusta, kirurgi različnih specialnosti pa se v takih ustanovah menjujejo. Opravijo namreč svoje delo, bolnik pa je v nadaljnji oskrbi enote za pooperativno okrevanje, ki jo nadzira anesteziolog.

● Welcome note
 ● Accommodation
 ● General information
 ● Preliminary programme
 ● Social programmes
 ● Registration
 ● Sponsorship, Exhibition
 ● Cancellation terms
 ● Important dates
 ● Contact

Online registration | Abstract submission
IAAS 10th
International Congress
on Ambulatory Surgery
 Budapest, Hungary
 5-8 May, 2013
 for the Development & Expansion
 of Ambulatory Surgery

8 May, 2013

Questionnaire surveys in ambulatory surgery. Conclusions after 13 years using questionnaires
Authors: A. Jiménez, J.A. Gracia, E. Redondo, B. Calvo, B. Jiménez, M. Martínez
 Unidad Cirugía Mayor Ambulatoria
 Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
 Zaragoza. Spain

Med kongresnimi poročili se pojavljajo tudi strokovnjaki, ki bolnika ne nadzirajo samo na dan operacije, ampak še nekaj naslednjih dni, vsekakor pa zelo skrajšujejo prvotne standarde pooperativne hospitalizacije. Tako imenovano »fast-track« odpuščanje je ponekod že praksa tudi pri nas (SB Jesenice) in pomeni nadaljnje zmanjševanje stroškov zdravljenja.

Pri oceni ekonomske krize, ki nas je zajela, in pri možnostih bolj ekonomičnega dela se tudi pri nas pojavlja vprašanje ambulantne kirurgije in »fast-track« odpuščanja. Škoda je, da tak način dela ni širše uveljavljen. Veseli me, da smo se za to v naši ustanovi

odločili že na samem začetku – v kar smo bili nekako prisiljeni zaradi omejitev, pogojenih s koncesijo, kar se je kasneje pokazalo kot prednost.

Naše skoraj 20-letne izkušnje so tudi za slovensko zdravstvo dragoceno znanje in potrditev, da se da veliko narediti tudi v bolj skromnih razmerah. Vedno je izziv to, kaj se da največ narediti v danih možnostih. Pri ambulantni kirurgiji je ta možnost dan, ko se nam je zdravnik zaupal v zdravljenje, in bolezen, ki smo jo sposobni v tem dnevu pozdraviti.

E-naslov: pavle.kosorok@guest.arnes.si

Popravek

V članku Vesne Švab *Pacient kot učitelj v procesu izobraževanja: program izobraževanja za preventivo, zdravljenje in obravnavo duševnih motenj v skupnosti*, ki je bil objavljen v Isis 7/2013, str. 59–60, je v četrtem odstavku na str. 60 narobe zapisano: »Program je bil končno oblikovan na Medicinski fakulteti v Ljubljani: Katedri za družinsko medicino in Katedri za javno zdravje. K sodelovanju smo povabili tudi Katedro za psihiatrijo.«

Pravilno je: »Program je bil oblikovan z različnimi strokovnjaki s področja duševnega zdravja, dokončno pa na Medicinski fakulteti v Mariboru: Katedri za družinsko medicino.«

Kaj prinaša DSM-V na področju razvojno-nevroloških motenj?

Marta Macedoni Lukšič

V maju je ameriško psihiatrično združenje (APA) izdalo novo, 5. izdajo *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)*, nepogrešljivega diagnostičnega priročnika predvsem na področju psihiatrije in razvojne medicine, ki ga nimamo v slovenskem prevodu. Predhodna izdaja (DSM-IV) je izšla leta 1994, njena revidirana različica pa leta 2000. Nova izdaja je nastajala 14 let in prinaša več pomembnih sprememb na področju razvojno-nevroloških motenj. Glede na te spremembe obstajajo sedaj nekatere razlike med tem diagnostičnim priročnikom in MKB-10. Nova izdaja MKB-11 naj bi izšla leta 2015. V nadaljevanju so povzete nekatere pomembnejše spremembe, ki jih prinaša DSM-V.

Avtizem

Največja sprememba na področju avtizma je »ukinitiv« posameznih oblik spektroavtističnih motenj (SAM). V 4. izdaji DSM in v še vedno veljavni MKB-10 so navedene naslednje podskupine SAM: avtizem, aspergerjev sindrom, dezintegrativna motnja in pervazivna razvojna motnja – neopredeljena, v MKB-10 poleg tega še atipični avtizem. Na osnovi kliničnih in raziskovalnih izkušenj o šibki zanesljivosti te klasifikacije so sedaj v DSM-V posamezne oblike nadomeščene s skupno – SAM. Na tej točki je bilo v procesu nastajanja DSM-V veliko kritik, predvsem na račun »ukinitve« aspergerjevega sindroma, ki si je v zadnjih 25 letih tako med strokovnjaki kot tudi laiki izboril domovinsko pravico »nasproti« avtizmu. Rezultat teh razprav je bil kompromis, da se zraven SAM dopiše stopnja izraženosti – blaga, zmerna, huda.

Druga novost je sprememba – tako vsebinska kot tudi količinska – diagnostičnih kriterijev. Trije glavni kriteriji, potrebni za postavitve diagnoze SAM, ki so veljali do sedaj, so v DSM-V nadomeščeni z dvema, in sicer: pomemben primanjkljaj na področju socialne komunikacije in interakcije ter prisotnost ozko usmerjenih in ponavljajočih se vedenj, interesov in aktivnosti. Ob tem je nastala nova diagnostična kategorija, ki je izven SAM, in sicer t.i. »motnja v socialni komunikaciji«, kadar je prisoten primanjkljaj na področju besedne in

nebesedne komunikacije brez stereotipnega vedenja in ozko usmerjenih interesov.

Nadalje je novost, da se različne razvojne motnje, npr. hiperkinetična motnja in SAM, več ne izključujejo, ampak se dopolnjujejo.

Glede na DSM-V morajo biti za postavitve diagnoze SAM prisotni značilni simptomi v zgodnjem otroštvu (za avtizem je do sedaj veljalo do 3. leta), s tem da se dopušča, da postanejo ti »vidni« kasneje, in sicer, »ko socialne zahteve presežejo omejene kapacitete«.

Duševna manjrazvitost

Duševna manjrazvitost v slovenskem prevodu (MKB-10), sicer pa v DSM-IV »mentalna retardacija«, se z DSM-V preimenuje v *intellectual disability/intellectual developmental disorder*. V slovenščini se že vrsto let išče primeren izraz, do sedaj nobeden ni dosegel ustreznega soglasja. V DSM-V je poudarjeno, da gre v primeru te razvojne motnje za primanjkljaje tako na področju kognitivnih sposobnosti kot tudi prilagojenega vedenja, s tem da je zadnje za funkcioniranje osebe pomembnejše kot prvo.

Motnja v komunikaciji

DSM-V prinaša kot novo diagnostično kategorijo t.i. »motnjo v komunikaciji« (*communication disorder*), ki vključuje do sedaj uporabljene »ekspresivno jezikovno motnjo«, »mešano receptivno-ekspresivno razvojno motnjo«, »fonološko motnjo«, jecljanje ter tudi novo »motnjo v socialni komunikaciji«.

Hiperkinetična motnja je po novem uvrščena pod poglavje »razvojno-nevroloških motenj«.

Gibalne motnje

Pod tem poglavjem so našteje: razvojna motnja koordinacije, gibalne stereotipije (*stereotypic movement disorder*), touretteova motnja (*Tourette's disorder*), trajni (kronični) tiki, začasni (*provisional*) tiki, drugi specifični in nespecifični tiki. Gibalne stereotipije so v DSM-V v primerjavi s predhodno izdajo bolj jasno razmejene od »ponavljajočega se vedenja, ki je usmerjeno na telo«, ki sedaj sodi v poglavje obsesivno-kompulzivnih motenj.

Specifična učna motnja

Ta skupina združuje naslednje učne motnje: motnjo branja, pisanja, motnjo na področju matematike in učno motnjo – neopredeljeno.

Sprememba paradigme

Poleg omenjenih vidnih oz. eksplicitnih sprememb pa DSM-V prinaša še vrsto manj vidnih »posledic«. Vsaka nova »klasifikacija« namreč dialektično sledi spremembam v razumevanju določenih razvojnih motenj in boleznih in obratno – le-ta posledično spreminja njihovo razumevanje. V tem kontekstu bi omenila eno od ključnih paradigmatičnih sprememb, ki so botrovale spremembam diagnostičnih kriterijev oz. so na drugi strani njihova posledica. Ta sprememba je bila poudarjena vidna tudi na zadnjem letnem srečanju IMFAR (*International Meeting of Autism Research*) v začetku maja v Španiji, njen glavni protagonist pa je eden najvidnejših evropskih raziskovalcev na področju SAM – C. Gilberg. Gilberg uvaja nov koncept razumevanja razvojno-nevroloških motenj v zgodnjem otroštvu, ki jih skupno poimenuje ESSENCE – *early*

symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examination, ob čemer poudarja, da ne gre za »novo« diagnozo.

Pri ESSENCE gre za poskus »združevanja«, medtem ko smo bili pretekla desetletja priče predvsem »razdruževanju«. Torej, če je bil v DSM-IV poudarek na različnosti, se sedaj (kot je omenjeno zgoraj) posamezne »kategorije« v diagnostičnih skupinah združujejo, ravno tako pa tudi posamezne skupine. Gilberg svoj koncept utemeljuje s tem, da stopnjo »hudosti« avtizma prinašajo predvsem dodatne motnje oz. bolezni. Glede na predhodne študije ima otrok z avtizmom v predšolskem obdobju v povprečju tri dodatne razvojno-nevrološke motnje oz. nevrološke bolezni. Pomen tega novega koncepta ni »larpurlartističen«, ampak je ključen za uspešno terapevtsko obravnavo. V tem smislu je pri predšolskem otroku bolj kot sama diagnoza pomembna celostna in kompleksna ocena funkcioniranja na vseh razvojnih področjih in na tej osnovi čim zgodnejša in primerno intenzivna terapevtska obravnavo.

E-naslov: mmacedoni@gmail.com

Brezposelnost in zdravje

Brezposelnost je kompleksen socialni, zdravstveni in ekonomski problem. Poleg tega, da vodi v melanholijo, depresijo, apatijo in samomore, slabo vpliva predvsem na presnovo – vodi v debelost in diabetes, spodbuja bolezni srca in ožilja, zvišuje krvni tlak in (lahko) botruje možganski kapi, ugotavljajo britanski raziskovalci.

Izguba službe je za človeka skoraj enako nevarna kot kajenje, visok krvni tlak ali sladkorna bolezen. V skupini Američanov, starih od 50 do 75 let, je med brezposelnimi za 35 odstotkov več tistih, ki so doživeli srčni napad, kot med zaposlenimi s podobnimi dejavniki tveganja. Možnost za srčni napad se poveča z vsakim nadaljnjim obdobjem brezposelnosti, ugotavljajo raziskovalci v glasilu *Archives of Internal Medicine*. Dr. Kate W. Strully, vodja raziskave pri fundaciji Robert Wood Johnson s slovite harvardske univerze, poudarja, da v današnjih razmerah lahko vsakdo izgubi službo. Zato se je treba zavedati zdravstvenega tveganja in posledic, ki jih brezposelnost lahko povzroči, in pri tem kar najbolj zmanjšati negativne vplive na posameznikovo zdravje in vitalnost.

Po raziskavah dr. Strullyjeve naj bi se zdravje pri brezposelnih ljudeh, ki so bili pred izgubo službe sicer zdravi in vitalni, poslabšalo kar v 83-odstotkih primerov – ne glede na to, ali so kot brezposelni

hitro našli novo zaposlitev ali pa so dlje časa ostali brez dela. Po prvi izgubi službe se je tveganje za srčni napad v primerjavi s tistimi, ki so še vedno imeli zaposlitev, povišalo za 22 odstotkov. Ko je oseba že četrtič ali večkrat ostala brez službe, pa je tovrstno tveganje naraslo na zaskrbljujočih 63 odstotkov. Tako močan vpliv je strokovnjake šokiral, je priznal dr. Eric Peterson, kardiolog na Duke University. Zaskrbljujoče pa je tudi dejstvo, da je učinek brezposelnosti kompleksen in kumulativen.

Izguba službe je zelo stresna situacija, stres pa pomembno vpliva na psihično, fizično in socialno zdravje ter povzroča različne kronične bolezni. Stres pa hkrati vpliva tudi na vedenjske vzorce – ljudje se izolirajo, prenehajo s telesno vadbo, se preveč prehranjujejo, preveč kadijo in preveč pijejo. S tem samo pospešijo razvoj bolezni, ki se v običajnih razmerah še ne bi pojavile oz. bi se jim lahko pravočasno izognili in jih preprečili.

Daljša recesija bi torej lahko močno osiromašila zdravstvene blagajne držav po vsem svetu.

Vir: *Contemporary Health, Health Today, The Guardian*

Nina Mazi

E-naslov: isisnima@yahoo.com

Florian Illies: 1913: Der Sommer des Jahrhunderts (1913: Poletje stoletja)

S. Fischer Verlag, 2012 (6. naklada), 319 str.

Za uvod v predstavitev te knjige dve tezi, ki sem ju pobral ne vem kdaj v ne vem katerih knjigah:

Teza o primatu rimskega škofa, na katerem temelji papeštvo, se je pojavila (v Rimu) zato, ker so takrat cesarji vladali »na vzhodu«, v Carigradu. Rimski škofje pa so bivali daleč »na zahodu« in bili zato od cesarja razmeroma neodvisni in so tako lahko po mili volji promovirali svojo »vrhovnost«.

Eden od dejavnikov, zaradi katerega je papeška moč začela usihati, je bilo odkritje heliocentričnega sistema našega osončja ter odkritje »Novega sveta«, Amerike. Človeštvo se je začelo zavedati svoje majhnosti ter spremenilo t. i. *način razmišljanja*.

Se pravi, dva dejavnika, ki se pojavita hkrati, delujeta pogosto drugače, kot če se ne bi pojavila hkrati. V fiziologiji in medicini je ta reč skoraj vsakdanji kruh. Da pa to velja tudi skoraj povsod drugod, sem se zavedel šele ob branju te knjige. Za svojo rabo sem skoval poseben pojem: *hkratnost dogajanja*.

V knjigi gre za rekonstrukcijo dogodkov po raznih virih. Približno tako kot npr. v Pollackovi **Kaiser von Amerika** (Ameriški cesar, žal ni prevedena v slovenščino), v letih 1880–1900 v Galiciji, ob množičnem izseljevanju v Ameriko. Ali npr. v Kehlmannovi **Vermessung der Welt** (Izmera sveta; prevedena v slovenščino), življenjepis Wilhelma von Humboldta in Karla Friedricha Gaußa ter opis takratnega *duha časa* (*Zeitgeist*).

In vendar je **1913: Der Sommer des Jahrhunderts** drugačna: poskuša opisati dogajanja v leposlovju, slikarstvu, kiparstvu, arhitekturi, znanosti, politiki, tehniki – v celotni kulturi tistega časa – v enem samem letu, 1913. Po mojem mnenju kot *hkratnost dogajanja*. Če poenostavim: npr. Sigmund Freud je vplival na Arthurja Schnitzlerja – in obratno. Šele tako sta nastala »pravi« Freud in »pravi« Schnitzler. In v takratni medicini je obstajala bolezen »Nevrovegetativna distonija«. Za njo je, tako kot Franz Kafka, zbolel tudi Robert Musil, dobil bolniški dopust in napisal svojo najbolj odmevno literarno stvaritev. Tako je morda na srečo verjel, da je bolan, pa četudi je iz njegovega dnevnika jasno, da je vzrok njegove bolezni njegova žena oz. njegov odnos z njo ...

Razumljivo, da je *hkratnost dogajanja* omejena v glavnem na Dunaj, Prago, Berlin, Pariz, London, pa vendar ponekod posega tudi bolj daleč. Tako se pripoved začne »... v prvi sekundi leta 1913«, ko je v New Orleansu policija aretirala dvanajstletnega črnca Louisa Armstronga. V jetniški celici je divjal tako zelo, da je paznik mlademu zaporniku v roke porinil trobento, ki je bila po naključju na mizi. In prvi koncert je Armstrong imel že v septembru 1913. Se pravi, slavni trobentač je nastal zaradi *hkratnosti dogajanja*...

Kot pričakovano, je *hkratnost dogajanja* opisana po mesecih, ki so hkrati nekakšna poglavja. Nekatera, npr. delovanje Thomasa

Manna (in prepletanja z njegovo ženo, Katjo Mann), se vlečejo skozi več poglavij. Burno, da ne rečem viharno življenje Alme Mahler in Oskarja Kokoschke se pojavlja v vsakem poglavju. Skoraj enako Franz Kafka in njegovo dopisovanje s Felice Bauer, snubljenje ljubljene ženske, naj se z njim poroči, in hkrati prošnja njej, naj razume, da on ne more živeti z njo. Gustav Klimt in njegovo krdelo ženskih modelov, ki so bile hkrati *ljubice ad hoc*, se pojavlja bolj občasno, obstoji pa vedno in povsod.

Ponekod pa je ta *hkratnost dogajanja* bolj epizodna, a nič manj osupljiva. Namreč, očitno je zgodovinsko dokazano, da so v začetku leta 1913 na Dunaju hkrati bivali Stalin, Hitler in Tito (sic!: Josip Broz - Tito). Takole:

(...) Na Dunaju bo Stalin ostal štiri tedne. Nikoli več ne bo Rusije zapustil za tako dolgo; naslednje daljše potovanje ga bo popeljalo v Teheran trideset let pozneje, ko bosta njegova sogovornika Churchill in Roosevelt... (...) Iz svojega tajnega skrivališča v schönbrunnski Schloßstraße 30, pri družini Trojanowski, se Stalin pojavi le poredkoma, zaseden je s tem, da izpolni Leninovo nalogo, napisati članek »Marksizem in nacionalno vprašanje«. Le občasno, zgodaj popoldne, si noge raztegne v bližnjem parku gradu Schönbrunn, ki lepo urejen in mrzel leži pred njim. Enkrat na dan se pojavi kratko vznemirjenje, ko cesar Franc Jožef zapusti grad in se s svojo kočijo odpelje vladat v Hofburg. (...) Stalin gre skozi park, zdaj se že mrači. In njemu pride nasproti še en sprehajalec, star 23 let, faliran slikar, ki mu Akademija ni dovolila sprejema. Zdjaj pa preganja čas v domu za moške v Meldemannstraße. Tudi on, tako kot Stalin, čaka na svojo veliko priložnost. Njegovo ime je Adolf Hitler. Morda sta se takrat oba, o katerih njuni znanci iz tistega časa pripovedujejo, da sta se oba rada sprehajala po schönbrunnskem parku, vljučno pozdravila in privzdignila klobuka ... (str. 26–27).

(...) Zgoraj ob oknu pri Trojanowskih stoji Stalin med enim svojih kratkih delovnih premorov, odrine zaveso vstran in pogleda radovedno in hkrati vznemirjeno na prestolonaslednikov avto, ki z veliko hitrostjo švigne mimo njegovega pogleda. (...) Nekje v mestu pa v tem februarju 1913 mimohiteče vozilo z zlatimi naperami opazuje tudi mlad Hrvat. Zelo dobro pozna kvalitete prestolonaslednikovega avtomobila, saj je avtomehanic in je od nedavnega v Dunajskem Novem mestu testni voznik za firmo Mercedes. Njegovo ime je Josip Broz, 21-letni nastopač in ljubljenc žensk. Trenutno ga kot ljubimca vzdržuje velikomeščanska Liza Spuner, ki mu tudi plačuje učne ure sabljanja. Z njenimi denarnimi darovi plačuje alimente za svojega novorojenega sina – katerega mater je pravkar zapustil – v domovini. Za Lizo se s svojim testnim avtomobilom vozi po vsej Avstriji, da bi zanjo nakupoval nove obleke. Ko pa z njim zanosi, zapusti tudi njo. In to se ponavlja. Nekoč se pa vrne v domovino,

ki se zdaj imenuje Jugoslavija, in si jo podredi. Takrat se Josip Broz poimenuje: Tito (str. 40–41).

Od epizodnih zgodb se najbolj zabavno bereta dve:

Afera s polkovnikom Alfredom Redlom (str. 134–136). Zgodbo poznam dobro, saj sem jo *in extenso* že leta 1944 kot 13-letni mulc prebral v knjigi **Vohuni** (H. H. Bendorffa) – ne da bi takrat zmogel in znal dojeti homoseksualno ozadje. Mehanizem takratnega škandala pa je seveda *hkratnost dogajanja* in sem ga odkril šele zdaj: Novinar Egon Erwin Kisch je v zvezi z nogometno tekmo na ta dan čakal enega od nogometašev, ki ga pa ni bilo. Njega, po poklicu ključavničarja, je poiskala vojska in zahtevala, naj vlomi v Redlovo stanovanje. In ko je ta nogometaš – ključavničar opravil svoje delo, je Kischu opisal homoseksualne pripomočke v Redlovem stanovanju, kar je Kisch nato brž objavil.

Afera z *Mono Liso* (ukradena je bila leta 1911 v Parizu v Louvru, našli pa so jo decembra 1913 v Firencah; str. 292–296) se bere manj dramatično in manj zabavno, vsekakor pa nadvse baročno. Cirkus, ki bi bil danes nepredstavljen.

Od vseh zgodb o Thomasu Mannu, ki so raztresene po mnogih poglavjih, je najbolj zanimivo branje na str. 105–107. Njegov na minute natančno razdeljen delovnik in komentarji o njegovi noveli **Smrt v Benetkah**. Razglabljanja o njegovi morebitni homoseksualnosti in kako – potem, ko je bila novela objavljena – je njegova žena Katja Mann vedno znova potovala na različna zdravljenja po različnih zdraviliščih.

Vsako od 12 poglavij pa ima svoj vrhunec v obravnavanju očitno res viharnega razmerja Alme Mahler (novopečene vdove; njen soprog Gustav Mahler je umrl leta 1911) s slikarjem Oskarjem Kokoschko. Imam srečo, da poznam film **Mahler** (režiral Ken Russell), ki opisuje ambivalenten (sovrašтво/ljubezen) moško-ženski odnos med tem slavnim komponistom in njegovo v zasebnost odrinjeno soprogo. To se vidi tudi v knjigi **Die Frauen der Genies** (Žen[sk]e genijev, avtorja F. Weissensteinerja), kjer je osebnost Alme Mahler postavljena nekako vzporedno s Constanze Weber (Mozart), Christiano Wulpus (Goethe), Milevo Marić (Einstein) itn. Takole:

(...) Oskar Kokoschka v svoji sijajni ljubezenski obsedenosti pa seveda ni tako bister. S fizičnim nasiljem hoče Almo, svojo utopijo ženske, ki je meso postala, prisiliti v praktičnost, ki se v njegovem primeru imenuje »zakon«. Tu pa je Alma bolj pametna. Ne verjame v to. A tudi noče, da Kokoschka zapravi vso tisto energijo, ki se zdi, da raste iz tega vzgiba. Torej mu govori: poročila se bom s teboj, brž ko boš ustvaril resnično umetnino. Od tega dne dalje njen ljubimec pred očmi nima nobenega drugega cilja. Kupil si je platno, ki ga je urezal natančno skladno z merami njune skupne postelje, 180 x 220 cm ... (str. 121–122).

(...) Na Dunaju Oskar Kokoschka še vedno slika na platno, ki je tako veliko kot postelja njegove ljubice Alme, vdove Gustava Mahlerja. V sebi nosi veliko bolečino, Alma je pravkar splavila njunega skupnega otroka. Ne more ji odpustiti, da je uničila sad njune ljubezni. Vedno znova slika obtožujoče slike Alme s skupnim otrokom, katerega življenje si on umetniško izsanjuje. Pri splavu v neki dunajski kliniki je bil zraven in je krvavo vato odnesel s sabo v svoj atelje, vedno znova predse mrmrajoč: »To bo ostalo moj edini otrok« (in to se je tudi uresničilo). A še

vedno je spolno obseden z Almo, dela lahko le, če mu izkaže svojo naklonjenost. (...) V letu jo je naslikal skoraj stokrat: vedno Almo. To je pustolovska ljubezen, polna jeze, besa, sreče, »tako mnogo pekla kot raja«, meni Alma (str. 150–151).

In ko Kokoschka obiše njene starše in jo uradno zasnubi, Alma pograbí svojo prtljago in mu uide v Marienbad. Kokoschka pa jo dohiti na železniški postaji in pod njenim vagonskim oknom vpije tako dolgo, da Alma okno odpre. In Kokoschka ji skozi okno porine svoj avtoportret in ji ukaže, naj sliko obesi v hotelski sobi, da bi tako odganjala druge moške. V svojih pismih, polnih ljubosumja, daje Almi groteskna navodila, kako naj svoje telo zakriva pred tujimi pogledi. In četudi se medtem Alma že ozira za drugim moškim, se Kokoschki o tem še sanja ne. Dokonča svojo umetnino in tuhta, ali naj jo naslovi s *Tristan in Izolda*. Takrat pa se v njegovem ateljeju pojavi (slavni) Georg Trakl, seveda pijan in hkrati drogiran, ki sliko poimenuje kot *Windsbraut* (Vihar; str. 187–189). In to ime je tudi obveljalo.

(...) Alma Mahler si je svoje lase povezovala visoko, tako da so se med pogovorom ali plesom zlahka razvezali. Do popolnosti je obvladala, da so ji temni kodri prek obraza padli v idealnem trenutku, tako da je moške zapustila vsa razsodnost. In danes je to radost spet enkrat privoščila Oskarju Kokoschki. (...) In potem presenečenje: Alma Mahler prepozna v sliki *Windsbraut* mojstrovino, ki jo je že dolgo zahtevala od Kokoschke. (...) Tako si je predstavljala mojstrovino svojega ljubimca. Kot slepo oboževanje. Da mu je nekoč obljubila, da se bo zato z njim poročila, pa je gladko pozabila. A za nagrado mu je dovolila priti na Semmering, saj je njena hiša že zgrajena. In tam lahko naslika novo sliko (str. 268–269).

Slika je dostopna na spletu in je vredna ogleda! Vredno pa je tudi prebrati življenjepis Alme Mahler. Menda je bila zadnja t. i. *femme fatale* in kulturna ikona v ZDA.

Če bralec zmore odmisлити pikantnost zgodbe, kmalu ugotovi, da gre pravzaprav za vsakdanji pojav; prej pravilo, kot pa izjemo. Le da je pri umetnikih bolj poudarjeno in manj zakrito. In kot nekakšen stranski produkt nastane umetnina. Ki živi svoje samostojno življenje, neodvisno od zadevnega umetnika.

Vsega zanimivega, ponekod grotesknega dogajanja v tej predstavitvi knjige seveda ni mogoče opisati. Npr. lov nemškega cesarja Wilhelma v novembru 1913. Gonjači so divjad gnali mimo lovskega stojišča, na katerem je stalo njegovo veličanstvo in dva služabnika, ki sta neprenehoma nabijala puške. Ko je bilo lova konec, je cesar uplenil 560 kosov divjačine. Ali npr. trapast spor med Freudom in Jungom, ki se je izrodil v razklanost takratnih psihoanalitikov.

Humorna plat tistega časa pa je zajeta v naslednjem anekdotičnem dogodku: Dr. Schnitzler (istoveten s pisateljem Arthurjem Schnitzlerjem) je v svojo ordinacijo sprejel sina nekega industri-alca. Neki poni je sina ugriznil v penis in je zato hudo krvavel. Tako je zdravnik (Schnitzler) odredil tole: »Pacienta takoj poslati v nezgodno kliniko – ponija pa najbolje k profesorju Freudu.«

*

Knjiga opisuje leto, ko je bil skoraj ves svet prepričan, da je kak večji vojaški spopad zaradi globalizacije popolnoma izključen. Pa četudi se je Nemčija oboroževala in četudi je avstrijski

prestolonaslednik Franc Ferdinand vseskozi pritiskal na cesarja in generalštab za preventivni napad na Srbijo.

Knjiga pa opisuje tudi leto silnega intelektualnega vrenja. Morda je bil to *vrhunec pred viharjem*, a če je to res bil, je zrastle iz intelektualnega vrenja že davno prej. In tako se bralec vpraša, kaj je vzrok. Kar hkrati pomeni, da je knjiga **1913: Der Sommer des Jahrhunderts** izvrstna pobuda za vprašanje: Kaj je človek?

- Zmešana, brezglava pojava, nevrotik, obseden z iracionalnimi strastmi ter spolnostjo, tako da ne more zgraditi enakopravnega partnerskega odnosa? Desmond Morris (**The Naked Ape**) namreč meni, da je zadnja stopnja »učlovečenja« (razvoj zavedanja samega sebe) hominidov potekala prehitro, zato je *homo sapiens* (še) nekako nedozorelo bitje.

- Ali pa morda bitje, ki ga je Bog ustvaril po svoji podobi, kot je opisano v pogl. XXX Henohove knjige? Izvirnik, ki je izgubljen, je bil verjetno napisan v klasični grščini. Prevod se je ohranil le v stari cerkveni slovanščini. Jaz sem pred leti naletel na nemški prevod in v slovenščini se stvarjenje človeka bere takole:

In bil je večer, in bilo je spet jutro, šesti dan. In šestega dne sem velel svoji modrosti, naj naredi človeka iz sedmih sestavin: Njegovo meso iz prsti, njegovo kri iz rose, iz sonca njegove oči in iz brezdanjega

morja, njegove kosti iz kamenja, njegove misli iz hitrosti angelov in iz oblakov, njegove kite in lase iz zeli zemlje, njegovo dušo iz mojega duha in iz vetra. In dal sem mu sedem bitnosti: Sluh mesu, videnje očem, duhanje duši, čutenje kitam, okus krvi, kostem potrpežljivost in mišljenju sladkost. Glej, izmislil sem si tudi umetnost govornice. Iz nevidne in iz vidne narave sem ustvaril človeka, iz obeh, smrt in življenje. In slika pozna besedo, tako kot vsako drugo bitje, v velikem malo in v malem veliko. In na zemlji sem ga postavil kot drugega angela, častnega, velikega in čudovitega. In postavil sem ga za kralja zemlje in kraljestvo ima od moje modrosti. In od mojih bitij mu na zemlji ni nič enakega.

No, človek je verjetno oboje. In če se tega zaveda, je dobro. Ve, kaj je gonilo njegove dejavnosti. Bodisi za bolj racionalno plat, znanost – bodisi za bolj iracionalno plat, umetnost. Pa četudi je zato življenje zelo naporno, kot to kaže večno znamenita zgodba o Adamu in Evi, o njuni neposlušnosti Bogu, tako da sta končno »jedla od drevesa spoznanja« ter spoznala odrešenje in pogubo, dobro in zlo.

A če se človek svoje nevrotičnosti, iracionalnosti ne zaveda, pa je skoraj vedno poguba ali celo – zlo.

Marjan Kordaš

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

Darja Lovšin: Diabetična mala kosila, prigrizki in sladice

Zavod za diabetes, Ljubljana, 2013

»Ljubezen do hrane je za človeka edina prava, velika, iskrena in nesmrtna ljubezen.«

Oscar Wilde

Ljubezen do hrane in odnos, ki ga posameznik vzpostavi s hrano in pijačo, človeka navdajata z radostjo in ga ohranjata pri življenju, hkrati pa mu lahko tudi izkopljeta prerani grob, v katerega bo moral (čeprav proti svoji volji!) prezgodaj leči ne glede na svoje kilograme, obseg pasu in indeks telesne mase. Užitek, ki ga doživlja ob (pre)obloženi mizi, sodobni človek primerja z osrečujočo spolnostjo, hkrati pa je med gurmani vse več takih, ki gastronomsko naslado štejejo za nenadkriljivo in jo postavljajo na sam vrh lestvice užitek. Pri tem se zdravniki, bolniki in vsa ostala strokovna ter laična javnost sprašujejo: Kako, kaj, koliko, kdaj, kje in zakaj jesti, da se užitek prej ali slej ne bo sprevrgel v motnjo, bolezen, poškodbo ali celo invalidnost in smrt. Iskanja odgovorov na večna vprašanja, povezana s prehrano, se je v svojem najnovejšem delu lotila tudi inovativna slovenska kuharica, poznavalka in avtorica, Darja Lovšin, ustanoviteljica in predstojnica

Zavoda Diabetes ter dolgoletna urednica revije Dita, ki je hkrati tudi avtorica vrste diabetičnih priročnikov. Kot politologinja je znova dokazala, da je tudi osnovna izobrazba, o kateri so mnogi še vedno prepričani, da je »svetlobna leta oddaljena od zdravja«, lahko primerna odskočna deska za uspeh na področju, ki človeka zanima in privlači. Potem ko že več desetletij spremlja tok dogajanja, povezanega z diabetesom, navdušeno vihti kuhalnico in zraven tudi piše, se je Lovšinova svoje najnovejše kulinarične mojstrovine lotila upoštevajoč dejstvo, da sodobna diabetologija (dietno) prehrano obravnava kot terapevtski postopek in nepogrešljivi steber učinkovitega preprečevanja ter zdravljenja diabetesa tipa 2. Še več: primerno izbrana, pridelana, pripravljena, odmerjena, kombinirana, servirana in zaužita prehrana (dieta) lahko vrsto let predstavlja edino terapevtsko metodo, s pomočjo katere človek (prediabetik, diabetik) vzdržuje normalen krvni sladkor. Učinek prehrane lahko posameznik dopolni, okrepi in nadgradi še z gibanjem in tako spretno krmari med Scilo in Karibdo ter se izogiba diabetičnih vod brez tablet in inzulina. Drugi pomemben motiv za pisanje pričujoče knjige predstavlja dejstvo, da so vse dosedanje avtoričine knjige razprodane. Od njenega prvenca iz leta 1999, prve domače slikovne kuharice v obliki priročne knjižice z naslovom *Prvi teden je najtežji*, ki jo je diabetik lahko vtaknil v žep in se z njo podal na gastronomsko odisejajo, *Kuhamo po diabetično*, ki je zagledal luč sveta dve leti kasneje, 2001, in priročnika *Kuharski*

vodnik za diabetike in ostalo sorodstvo iz leta 2004 do vsebinsko bogatega in poučnega dela *101 odgovor na vprašanja o diabetesu*, ki je prišlo na tržišče leta 2006 in je nastalo v sodelovanju s soavtorjem, diabetologom Damjanom Justinekom, dr. med. Sledilo je obsežno in poglobljeno delo *Veliki kuharski vodnik za diabetike in ostalo sorodstvo*, ki je na knjižne police prišel leta 2008. Pet let kasneje, potem ko je bil Veliki kuharski vodnik, ki je doživel tudi prevod in hrvaščino in je na hrvaškem trgu požel lep uspeh, že dobro leto razprodan, se je Darja Lovšin odločila, da diabetikom, njihovim domačim in vsem, ki se želijo prehranjevati zdravo, okusno ter organizmu, okolju in denarnici prijazno, ponudi novo kakovostno domačo kuharico, ki kot privlačen prehranski vodnik, priročnik in svetovalec v marsičem presega okvirje običajne kuharske knjige.

Diabetična mala kosila, prigrizki in sladice je knjiga, ki jo človek z veseljem vzame v roke ne le, ko je lačen oziroma žejen in bi si rad privoščil kaj dobrega izpod domače kuhalnice, marveč tudi, ko si želi razmišljati in sanjariti o hrani, preresetati svoje prehranske navade in razvade, prevetrirati svoj odnos do hrane, oklestiti družinski proračun, namenjen hrani in pijači, v družini, domačem in/ali delovnem okolju promovirati in spodbujati okusno in zdravo prehranjevanje, omejiti uživanje »eksotične«, napol pripravljene in preveč predelane hrane, se vrniti k domačim kulinaričnim koreninam, poglobiti in razširiti svoje znanje o dobri domači kuhinji in zdravem prehranjevanju ter jesti tako in (le) toliko, da se potem ne bo slabo počutil. Najnovejše delo Darje Lovšin, ki je namenjeno tako strokovnjakom kot laikom in se bere kot »gastronomski roman«, se ne odlikuje le s privlačno vsebino in izbranim jezikom, marveč je dovršeno tudi z likovne in oblikovne plati, zato človeku ponuja tudi zvrhano mero estetskega užitka. Izsledki statističnih raziskav na visokorazviti, gastronomsko zahtevni in razvajeni zahodni polobli pričajo, da mnogi kupujejo, poklanjajo, si izposojajo, berejo in zbirajo kuharske knjige, priročnike in enciklopedije predvsem zaradi domiselnih ilustracij, bogate slikovne opreme, likovne podobe in dizajna.

Tretji motiv za pisanje svojega najnovejšega prehranskega priročnika pa je avtorica črpala iz prepričanja oziroma spoznanja, da zdrava hrana sodobnemu človeku lahko predstavlja oziroma mu mora biti kulinarični izziv, ne pa nekaj, čemur bi se najraje izognil. Zato je zavihtela kuhalnico, nabrusila pero in ustvarila novo domačo kuharico za diabetika, ostale kronične bolnike in zdrave posameznike, v kateri jim je skušala (in tudi uspela) približati nacionalna, lokalno pridelana živila, pripravljena na zdrav, okusen in privlačen način. Pomembna prednost pričujočega dela, v katerem namesto klasičnega obeda avtorica uvaja pojem hitro pripravljene malega kosila, ki človeku zagotavlja vse, kar potrebuje za zdravje, mladostnost in vitalnost, čeprav ima nizek glikemični indeks in vsebuje manj kalorij, je, da je napisan za konkretnega človeka (ne imaginarnega jedca), ki živi, dela in je (uživa ob hrani in pijači) v slovenskem okolju, zato ni najbolj navdušen oziroma (običajno sploh) ne potrebuje kopice nemških, angleških in italijanskih knjig, v katerih tuji avtorji predstavljajo in promovirajo svojo kulinariko.

Najnovejši avtorski dosežek Darje Lovšin preseneča in razveseljuje z domiselno zasnovo, inovativnim pristopom, premišljeno izbrano vsebino, izvirnimi kombinacijami in preverjeno uporabnostjo oziroma izrazito aplikativno naravnostjo. Preden pride k receptom za pripravo, serviranje in uživanje jedi, avtorica predstavi pomen

in vlogo vsakdanjih osnovnih živil – od kruha in krompirja do olja, sladkorja, soli idr. v diabetični prehrani. Pomembno pri tem je predvsem, da hkrati pojasni tudi, kakšen je neposreden vpliv določenega živila/skupine živil na krvni sladkor ter kakšne so njegove zdravju koristne lastnosti oziroma slabosti. S pomočjo uvodnih poglavij si po besedah avtorice bolj večji kuharji lahko že takoj na začetku oblikujejo svojo diabetično kuharico.

V svojem gastronomskem priročniku za diabetike avtorica posveti pravo mero pozornost tudi mitom in legendam o diabetični prehrani, strnjemim v 12 skupin: ali potrebujejo diabetiki posebno hrano, kaj je s sladkorjem, ali naj pijejo olivno olje, koliko jajc lahko pojedjo, ali je diabetes tipa 2 res neozdravljiv itd. Le redki diabetiki lahko brez zavor in omejitev uživajo pri obloženi mizi in morajo biti pozorni le na količino (velikost porcij in število obrokov). Glavnina diabetikov se sooča s hiper- in hipoglikemijo. V primerih, ko je krvni sladkor kronično povišan, je treba paziti na izbor, kombinacijo in količino hrane, sicer previsok krvni sladkor povzroči nepopravljivo škodo na srcu, ožilju, ledvicah, očeh, živčevju... ter povzroči resne zdravstvene zaplete.

Glikemičnemu indeksu (GI), kot tradicionalnemu kriteriju razvrščanja ogljikovih hidratov, v svojem najnovejšem delu Lovšinova ob bok postavi še glikemično obremenitev (GO) kot novejšo metodo, ki temelji na porcijski vrednosti živil pri njihovi interferenci s krvno glukozo. Knjiga tako vsebuje vrsto preglednih, poučnih in koristnih tabel z visoko sporočilno in aplikativno vrednostjo.

Pomemben element dodane vrednosti pričujočega dela je povezan tudi z dejstvom, da vsak recept spremlja svojevrstna osebna izkaznica, ki vsebuje kratek opis oziroma predstavitev živila, z bistvenimi zdravstvenimi prednostmi in koristnostjo jedi za diabetika – kako vpliva na koncentracijo glukoze v krvi, kdaj naj bi ga uživali, v kakšni kombinaciji, koliko ipd.

Razveseljujoč pa je tudi podatek, da je avtorica v svojem najnovejšem delu posebno pozornost posvetila sladlicam, pri pripravi le-teh pa uporabila novo nekalorično sladilo stevija, za katero je ugotovila, da se izjemno dobro obnese v mafinih, zavitkih, sadno-zelenjavnih napitkih in v njeni najljubši poslastici – rožičevi saher torti.

Skozi opisano delo, ki ga je s strokovno recenzijo dopolnila in na pot med bralce pospremila mag. Nataša Trtnik, vodja programsko-dietetskega oddelka Službe bolniške prehrane v UKC Ljubljana, se kot rdeča nit vleče avtoričin osnovni napotek za diabetike: ne ločujmo, temveč kombinirajmo! Kar v praksi pomeni, da ni več absolutnih prepovedi in da si diabetik lahko oddahne ob dejstvu, da si kljub svoji bolezni lahko privoščijo kako sladico, da ni obsojen le na kruh in vodo oziroma mu ne bo treba do groba stradati, marveč bo lahko še vedno (čeprav na malce drugačen način, v spremenjeni obliki in omejeni količini) užival pri mizi in se predajal gastronomski nasladi. Knjiga je vredna pozornosti, saj spodbuja zdrav odnos do hrane in pijače ter navdušuje k pripravi okusnih organizmu, denarnici in okolju prijaznih jedi v domači kuhinji. Po izjavi kolega ekonomista predstavlja najnovejša mojstrovina Darje Lovšin varno investicijo z velikim donosom brez kančka tveganja.

Nina Mazi

E-naslov: isisnima@yahoo.com

27.–28. ob 8.30 • 8. MEDNARODNA PODDIPLOMSKA ŠOLA PRAKTIČNE EPILEPTOLOGIJE PO TRADICIJI BANCAUDOVE ŠOLE EPILEPTOLOGIJE, SIMPOZIJ IN DELAVNICA: NEVROKIRURŠKI VIDIKI EPILEPSIJE V JUGOVZHODNI EVROPI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Pediatrična klinika 27. 8., Cankarjev dom 28. 8.	št. udeležencev: 60	kotizacija: 250 EUR, za študente in upokojene zdravnike kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: podiplomska šola je namenjena zdravnikom splošne medicine	organizator: Društvo Liga proti epilepsiji Slovenije, prim. dr. Igor M. Ravnik	prijave, informacije: prijave E: epilepsija@epilepsija.org , informacije: Jasna Žunko, T: 01 432 93 93, E: epilepsija@epilepsija.org	

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	

12.–13. ob 8.30 • MOTIVACIJSKI POSTOPKI PRI DELU Z UŽIVALCI DROG podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, CZOPD, Zaloška 29	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 120 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zaposlenim na centrih za socialno delo, v zavodih za prestajanje kazni zapora, nevladnih organizacijah in vzgojno-izobraževalnih zavodih	organizator: Psihiatrična klinika Ljubljana, mag. Mojca Hvala Cerkovnik	prijave, informacije: Psihiatrična klinika Ljubljana, sek. za izobraževanje, Silva Potrato, T: 01 587 24 11, E: silva.potrato@psih-klinika.si	

12.–14. • 3. EVROPSKI TEČAJ NEVROSONOLOGIJE ESNCH

kraj: PORTOROŽ, Hoteli Bernardin – Hotel Emona	št. udeležencev: do 40	kotizacija: 500 EUR brez DDV	k. točke: ***
vsebina: evropski tečaj nevrosnologije – diagnostika žil vratu in glave z ultrazvočno metodo in praktične vaje je namenjen nevrologom, radiologom, internistom in zdravnikom drugih specialnosti, ki v diagnostiki uporabljajo ultrazvočne preiskave vratnih in možganskih žil	organizator: strokovni organizator: Sekcija za možganskožilne bolezni pri Slovenskem zdravniškem društvu, poslovni organizator: Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, prim. prof. dr. Bojana Žvan, dr. med., višja svetnica	prijave, informacije: prijave: Društvo MŽB, Mala ulica 8, 1000 Ljubljana, informacije: Andreja Merčun, E: andreja@mozganska-kap.info , W: www.mozganska-kap.info/ESNCH	

17. ob 9.00 • UČINKOVITO REŠEVANJE KONFLIKTOV (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 situacija.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Metka Komar	prijave, informacije: prijave E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mic@zss-mcs.si	

19. ob 8.00 • KAKO PREPREČITI DEBELOST V OBDOBJU OD ROJSTVA DO PREDŠOLSKEGA OTROKA? program strokovnega srečanja je na spletni strani <http://www.patronaza.si>

kraj: LAŠKO, Kongresni center Thermana Laško, Zdraviliška cesta 6	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 80 EUR, TRR ZPMS: 03155-1000422425, sklic: 00 19-09-2013	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje z mednarodno udeležbo je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram, patronažnim medicinskim sestram	organizator: Združenje ZPMS, Milupa, Urška Flajs	prijave, informacije: prijave E: zdruzenje.zpms@gmail.com , Urška Flajs, Cankarjeva ulica 4, 3310 Žalec, informacije: Mateja Berčan, Urška Flajs, T: 051 251 813, 040 833 530	

19. ob 9.00 • SPORI NA DELOVNEM MESTU IN ZAKAJ JE UPORABA MEDIACIJE IN MEDIACIJSKIH VEŠČIN KORISTNA (seminar) podroben program na spletni strani <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 40 EUR (DDV je vključen). Kotizacijo nakazati na TRR pri Unicredit banki Slovenije, d. d., št.: SI56 2900 0005 0400 669, sklic: 00-1909-2013	k. točke: 6
vsebina: Seminar je namenjen vsem zdravstvenim delavcem. Poleg različnih oblik dobre komunikacije so mediacijske veščine in mediacija izredno učinkovit način reševanja sporov in nesoglasij. Mnogokrat mediacija predstavlja edini in prvi prostor, kjer se dva, ki sta v sporu ali le nesporazumu, lahko med seboj slišita.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Anka Stojan, univ. dipl. psih.	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , spletna prijava, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mic@zss-mcs.si	

19. ob 13.00 • DIAGNOSTIKA IN ZDRAVLJENJE POŠKODB KOLENA IN ŠOLA ULTRAZVOČNEGA PREGLEDA KOLENA

kraj: LJUBLJANA, UKC	št. udeležencev: 100 seminar, 20 UZ-šola	kotizacija: ni podatka	k. točke: v postopku
vsebina: seminar in učna delavnica	organizator: Združenje radiologov Slovenije, asist. dr. Vladka Salapura, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.radiologija.si , informacije: Katarina Mate, T: 041 932 442, E: katarina.mate@gmail.com	

20. • OSNOVE DERMATOLOGIJE ZA PEDIATRE, ŠOLSKE IN OSEBNE ZDRAVNIKE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Dermatološka klinika, Zaloška 2, predavalnica	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: 150 EUR, TRR: ZSD SI56 0201 4008 9341 717	k. točke: 6
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	

20. ob 13.30 • OSEBA S KVČB MED DELOM IN BOLEZNIJO - 3. SLOVENSKI SIMPOZIJ O KVČB podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta – Velika predavalnica, Korytkova 2	št. udeležencev: 200	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: tretji slovenski simpozij o kronični vnetni črevesni bolezni je namenjen zdravnikom primarne ravni – zdravnikom splošne in družinske medicine, šolskim zdravnikom in pediatrom, specialistom medicine dela in drugim zainteresiranim specialistom ter zainteresirani javnosti	organizator: Katedra za družinsko medicino MF Ljubljana, Gastroenterološka klinika Ljubljana in Društvo za KVČB Slovenije, Tatjana Cvetko, Darja Urlep	prijave, informacije: prijave: E: info@kvcb.si , informacije: Dušan Baraga, E: dusan.baraga@zd-cerknica.si , T: 051 301 147	

20.–21. ob 8.30 • 35. KONGRES PERINATALNE MEDICINE DEŽEL ALPE-ADRIA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BLEND, Hotel Park	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: kongres	organizator: Združenje za perinatalno medicino Slovenije	prijave, informacije: W: http://www.alpeadria2013.si	

20.–21. ob 13.00 • SREČANJE TOP 40 UROGINEKOLOGOV IN GINEKOLOŠKIH UROLOGOV MEDITERANSKE REGIJE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, Hotel City	št. udeležencev: do 60	kotizacija: kotizacija se zaračuna po dogodku – upošteval se bo datum prijave: 150 EUR z vključenim DDV do 1. 9. 2013, 180 EUR z vključenim DDV po 1. 9. 2013	k. točke: ***
vsebina: konferenca je namenjena uroginetologom	organizator: UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za splošno ginekologijo in gin. urologijo, UM MF Maribor, prof. dr. Igor But, dr. med. svetnik	prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Slavica Keršič, posl. sek., Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 29 40, F: 02 321 28 26	

24.–28. ob 8.30 • 22. MEDNARODNA UČNA DELAVNICA »EURACT BLED COURSE« – UČENJE IN POUČEVANJE O ZDRAVJU ZDRAVNIKOV DRUŽINSKE MEDICINE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BLED, Hotel Jelovica, Cesta svobode 58	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 20
vsebina: strokovno srečanje učiteljev, študentov in specializantov družinske medicine	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med.	prijave, informacije: Ana Artnak, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10	

25.–29. • 20. EVROPSKI KONGRES PEDIATRIČNE REVMA TOLOGIJE program na spletni strani <http://www.pres2013.eu/scientific-programme.html>

kraj: LJUBLJANA, Cankarjev dom, Prešernova 10	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: člani PRES: zgodnja registracija 450 EUR, redna registracija 500 EUR, registracija na kongresu 600 EUR, udeleženci, ki niso člani PRES: zgodnja registracija 500 EUR, redna registracija 580 EUR, registracija na kongresu 680 EUR	k. točke: ***
vsebina: kongres	organizator: PRES (Pediatric Rheumatology European Society)	prijave, informacije: informacije: www.pres2013.eu (zgodnja registracija do 12. 7. 2013, zadnji dan za oddajo prispevkov 10. 6. 2013)	

26. • GOLNIŠKI SIMPOZIJ 2013: KLINIČNA FARMACIJA: USKLAJEVANJE ZDRAVLJENJA Z ZDRAVILI

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: v postopku
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	

26.–27. ob 8.30 • POSVET O PALIATIVNI OSKRBI: IZZIVI SEDANJOSTI ZA TRDNEJŠO PRIHODNOST – PREPLETIMO ZNANJE

kraj: BRDO PRI KRANJU, Konferenčni center	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 80 EUR	k. točke: ***
vsebina: podiplomski posvet je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, psihologom, fizioterapevtom, dietetikom, socialnim delavcem, prostovoljcem, nevladnim organizacijam	organizator: Ministrstvo za zdravje, Slovensko združenje za paliativno medicino, mag. Mateja Lopuh	prijave, informacije: prijave: E: szpmslovenija@gmail.com , informacije: Mateja Lopuh, Maja Ebert Moltara, Barbara Kosmina, T: 031 886 344, 041 679 606, E: szpmslovenija@gmail.com	

26.–28. ob 10.00 • GORIŠKI KIRURŠKI DNEVI

kraj: NOVA GORICA, Kongresni center Perla	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 180 EUR, dnevna 100 EUR (DDV vključen)	k. točke: ***
vsebina: podiplomsko strokovno srečanje je namenjeno kirurgom, travmatologom, ortopedom, fiziatrom	organizator: Zdravniško društvo IATROS, prim. Franci Koglot	prijave, informacije: prijave: E: melitamakuc@gmail.com , informacije: Splošna bolnišnica Šempeter, prim. Franci Koglot, T: 041 775 705, dr. Igor Dolenc, T: 040 759 768, E: melitamakuc@gmail.com , oddaja prispevkov za zbornik do 5. 9. 2013	

27.–28. • 4. KONGRES ZDRUŽENJA INTERNISTOV in 25. STROKOVNI SESTANEK podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 200	kotizacija: 180 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom internistom in zdravnikom družinske medicine	organizator: Zveza društev Združenje internistov SZD, prim. mag. Primož Vidali, dr. med.	prijave, informacije: prim. mag. Primož Vidali, dr. med., Šubljeva 33, 1234 Mengeš, T: 01 723 72 30, GSM: 031 369 711, F: 01 723 00 18, E: pvidali@siol.net	

27.–28. ob 12.00 • AGRESIVNOST PACIENTA, TERAPEVTA IN PSIHOZE SAME podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BLED, Hotel Kompas	št. udeležencev: 50–100	kotizacija: 120 EUR, za člane društva ISPS 80 EUR	k. točke: ***
vsebina: 11. srečanje Slovenskega društva za psihoterapijo psihoz je namenjeno psihiatrom, psihoterapevtom, zdravstvenim delavcem, psihologom ter drugim, ki se zanimajo oziroma delajo na področju psihoterapije psihoz	organizator: ISPS Slovenija, Slovensko društvo za psihoterapijo psihoz, mag. Marjeta Blinc Pesek, dr. med., spec. psihiatrije	prijave, informacije: prijave: Rudnik II/4, 1000 Ljubljana, ali E: psih.ord@siol.net , informacije: Kaja Medved, univ. dipl. psihologinja, T: 01 428 84 06 ali 031 753 675	

27.–28. ob 9.00 • 10. SLOVENSKI PEDONTOLOŠKI DNEVI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Austria Trend Hotel, Dunajska 154	št. udeležencev: 350	kotizacija: zobozdravniki in zdravniki 200 EUR + DDV (do 15. 9. 2013), 220 EUR + DDV (po 15. 9. 2013), drugi zdravstveni delavci 130 EUR + DDV (do 15. 9. 2013), 145 EUR + DDV (po 15. 9. 2013)	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje z mednarodno udeležbo z glavno temo »Zobozdravstvena oskrba otrok in mladostnikov s kroničnimi boleznimi in zmanjšanimi zmožnostmi« je namenjeno zobozdravnikom, pediatrom in drugim zdravstvenim delavcem	organizator: Sekcija pedontologov SZD v sodelovanju s Katedro za otroško in preventivno zobozdravstvo MF UL in Centrom za otroško in preventivno zobozdravstvo UKCL, dr. Rok Kosem, dr. dent. med.	prijave, informacije: prijave: asist. Tanja Tomažević, dr. dent. med., Center za otroško in preventivno zobozdravstvo, Stomatološka klinika, UKC Ljubljana, Hrvatski trg 6, 1525 Ljubljana, informacije: asist. Tanja Tomažević, dr. dent. med., T: 01 522 42 71, E: tanjatomazevic@gmail.com	

27.–29. • CVAHTETIVI DNEVI in VI. KONGRES ŠOLSKE, ŠTUDENTSKÉ IN ADOLESCENTNE MEDICINE

kraj: DEBELI RTIČ	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje, namenjeno šolskim zdravnikom, pediatrom, zdravnikom in zdravstvenemu osebju, ki dela s šolskimi otroki in študenti	organizator: Sekcija za šolsko, študentsko in adolescentno medicino pri SZD in Medicinska fakulteta v Ljubljani	prijave, informacije: informacije: asist. dr. Mojca Juričič, dr. med., Ksenija Goste, dr. med., E: mojca.juricic@mf.uni-lj.si , program: W: www.sssam.si	

27.–29. ob 8.00 • SINAPSINA NEVROZNAJSTVENA KONFERENCA '13 podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, Korytkova 2	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 180 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: mednarodna konferenca je namenjena nevroznanstvenikom, nevrologom, psihiatrom, psihologom, dodiplomskim in podiplomskim študentom, specializantom	organizator: SiNAPSA, Slovensko društvo za nevroznanost, doc. dr. Blaž Koritnik, dr. med.	prijave, informacije: informacije: www.sinapsa.org/SiN13 , E: snc13@sinapsa.org	

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	

30. ob 9.00 • 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, T: 01 30 72 191, E: mic@zss-mcs.si	

3. • GOLNIŠKI SIMPOZIJ 2013: DELAVNICA NEINVAZIVNE VENTILACIJE IN MOTENJ DIHANJA V SPANJU

kraj: GOLNIK, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, velika posvetovalnica	št. udeležencev: 20, upošteva se vrstni red plačanih kotizacij	kotizacija: 150 EUR + DDV (vključuje udeležbo na kongresu Golniški simpozij 2013, 18. in 19. oktobra 2013)	k. točke: v postopku
vsebina: delavnica je namenjena zdravnikom pnevmologom, v pnevmologijo usmerjenim internistom, specializantom	organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Sabina Škrgat, dr. med., Jasmina Gabrijelčič, dr. med., Irena Šarc, dr. med.	prijave, informacije: prijave: spletna prijavnica: www.klinika-golnik.si , informacije: T: 04 256 94 93, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	

3.–5. ob 14.00 • 20. STROKOVNI SIMPOZIJ SEKCIJE ZA STOMATOLOŠKO PROTETIKO

kraj: PORTOROŽ, Hotel Bernardin **št. udeležencev:** 600 **kotizacija:** ni podatka **k. točke:** ***
vsebina: simpozij je namenjen doktorjem dentalne medicine **organizator:** Sekcija za stomatološko protetiko SZD, doc. dr. Milan Kuhar, dr. dent. med. **prijave, informacije:** informacije: E: kšenija@albatros-bled.com, T: 04 578 03 58

4. ob 8.30 • KRONIČNA NERAKAVA BOLEČINA V VRATU **podroben program na spletni strani zbornice**

kraj: LJUBLJANA, URI Soča, predavalnica 4. nadstropje **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** 60 EUR + DDV **k. točke:** ***
vsebina: delavnica je namenjena zdravnikom različnih strok in njihovim sodelavcem, ki pri vsakdanjem delu srečujejo bolnike s kronično nerakavo bolečino v vratu **organizator:** Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča, mag. Duša Marn Vukadinovič, dr. med. **prijave, informacije:** prijave: E: vesna.grabljevec@ir-rs.si, informacije: Vesna Grabljevec, URI Soča, Linhartova 51, Ljubljana, T: 01 475 82 43, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si

4.–5. ob 8.00 • 10 LET NEVROMODULACIJE V MARIBORU Z MEDNARODNO UDELEŽBO **podroben program na spletni strani zbornice**

kraj: MARIBOR, UKC, Ljubljanska ulica 5, predavalnica prim. dr. Zmaga Slockana – 16. nadstropje kirurške stolpnice **št. udeležencev:** do 100 **kotizacija:** kotizacije ni **k. točke:** v postopku
vsebina: simpozij z učnimi delavnicami je namenjen nevrokirurgom, nevrologom, anesteziologom, fiziatrom, zdravnikom družinske medicine, študentom MF **organizator:** UKC Maribor, Oddelek za nevrokirurgijo, Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, prof. dr. Tadej Strojnik, dr. med. **prijave, informacije:** prijave: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), E: kongresi@ukc-mb.si, informacije: Slavica Keršič, posl. sek., Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 29 40, F: 02 321 28 26

4.–5. ob 8.00 • ARITMIJE/PACING 2013

kraj: BRDO PRI KRANJU, Kongresni center **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** ni podatka **k. točke:** ***
vsebina: 4. znanstveno-strokovno srečanje o elektrostimulaciji srca in motnjah srčnega ritma z mednarodno udeležbo je namenjeno vsem zdravnikom **organizator:** Klinični oddelek za kardiologijo, Društvo za napredek kardiologije, prof. dr. Igor Zupan, dr. med. **prijave, informacije:** prijave: ga. Irena Orel, tajništvo KO za kardiologijo, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, informacije: W: www.aritmije-pacing.si, prof. dr. Igor Zupan, dr. med., Irena Orel, tajništvo, T: 01 522 28 44, F: 01 522 28 28, E: igor.zupan@kclj.si

4.–5. ob 8.00 • EVROPSKI TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA OTROK – EPLS

kraj: LJUBLJANA, prostor bo sporočen naknadno **št. udeležencev:** 24 **kotizacija:** 490 EUR **k. točke:** ***
vsebina: dvodnevni tečaj iz temeljnih in dodatnih postopkov oživljanja v pediatriji ter iz osnovnega pristopa h kritično bolnemu in poškodovanemu otroku v strokovni organizaciji ERC (European Resuscitation Council) za zdravnike in zdravstvene delavce z višjo in visoko izobrazbo. Predavanja, učne delavnice in scenariji so v slovenščini, učbenik in pisni del izpita v angleščini. Možen prevod pisnega dela izpita. **organizator:** Slovensko združenje za urgentno medicino, prim. Ivan Vidmar, dr. med., doc. dr. Mojca Grošelj Grenc, dr. med. **prijave, informacije:** prijave: Nevenka Lepin, KO za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Bohoričeva 20, UKC Ljubljana, E: nevenka.lepin@kclj.si, informacije: doc. dr. Mojca Grošelj Grenc, dr. med., T: 01 522 81 35, 041 335 006

4.–5. ob 9.00 • DOJENJE – IZZIV SODOBNE ŽENSKE **podroben program na spletni strani zbornice**

kraj: LAŠKO, Kulturni dom **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** 180 EUR do 1. 10. 2013 na TRR: 02085-0017741956, NLB, d.d., Ljubljana, namen nakazila: Kotizacija simp. 2013. Potrdilo o plačani kotizaciji velja kot vstopnica na simpozij **k. točke:** ***
vsebina: VIII. Mednarodni simpozij o dojenju in laktaciji je namenjen vsem zdravnikom **organizator:** Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja Fundacije Unicef za Slovenijo, Borut Bratanič, dr. med. **prijave, informacije:** prijave: do 30. 9. 2013, Polona Greif, Unicef Slovenija, Pavšičeva 1, 1000 Ljubljana, F: 01 583 80 81, E: polona.greif@unicef.si, informacije: Unicef Slovenija, Polona Greif, T: 01 583 80 78, F: 01 583 80 81, E: polona.greif@unicef.si

5. ob 8.00 • TEČAJ IZBRANIH POGAVIJ 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 doktorjem dentalne medicine in njihovim timom. 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

7. ob 8.00 • OBNOVITVENI TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

kraj: NOVO MESTO, Hotel Krka	št. udeležencev: 24	kotizacija: 190 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	

8. ob 10.00 • DA NE BI PO NEPOTREBEM STRAŠILI IN JEZILI DRUGIH: ČUSTVENO INTELIGENTNO SPORAZUMEVANJE ZA VSAKDANJO RABO (delavnica)

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 10–12	kotizacija: 160 EUR	k. točke: ***
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravnikom in njihovim timom. Omejitev števila udeležencev zagotavlja kakovostno izvedbo delavnice in interaktivno učenje. (Teme: Kakšno je čustveno inteligentno sporazumevanje, Samoopazovanje in samonadzor, pomen empatije, Opazovanje in dejavno poslušanje, Osnovna čustva, Strah in jeza v medosebnih odnosih, Sporazumevanje s pacientom: strah, Sporazumevanje s pacientom: jeza)	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Inštitut PARES – dr. Polona Selič, univ. dipl. psih., Andrej Juratovec, soc. del.	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mic@zss-mcs.si	

8.–10. ob 13.00 • TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

kraj: NOVO MESTO, Hotel Krka	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. ob 9.00 • DELAVNICA TORAKALNA PUNKCIJA IN TORAKALNA DRENAŽA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, UKCL, seminar IV, I. nadstropje	št. udeležencev: 30	kotizacija: 90 EUR	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena vsem zdravnikom	organizator: UKC Ljubljana, KOTK, prof. dr. Miha Sok, dr. med.	prijave, informacije: UKC Ljubljana, KOTK, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, informacije: Ksenija Potočnik, T: 01 522 39 68, F: 01 522 24 85, E: ksenija.potocnik@kclj.si	

10. ob 9.00 • REHABILITACIJA IN SKRB ZA BOLNIKA PO MOŽGANSKI KAPI – NA KAJ MORAMO BITI PO IZKUŠNJAH INTERDISCIPLINARNEGA TIMA POZORNI

kraj: LJUBLJANA, URI Soča, dvorana 4. nadstropje	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 60 EUR	k. točke: ***
vsebina: seminar je namenjen vsem zdravstvenim delavcem in sodelavcem v zdravstvu, ki se pri svojem delu srečujejo s pacienti po možganski kapi, zdravnikom specialistom družinske medicine, nevrologije in drugih specialnosti, diplomiranim medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom, fizioterapevtom, delovnim terapevtom, logopedom, psihologom in drugim	organizator: URI Soča Ljubljana, doc. dr. Nika Goljar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , informacije: Vesna Grabljevec, URI Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 475 82 43, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si	

10.–12. • 10. BALKANSKI KONGRES HUMANE GENETIKE, 2. ALPE-ADRIA SREČANJE HUMANE GENETIKE IN 11. GOLDEN HELIX DAN FARMAKOGENOMIKE

kraj: BLEED, Hotel Golf	št. udeležencev: 200	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: seminar je namenjen zdravnikom, biologom, biokemikom	organizator: Združenje za medicinsko genetiko SZD	prijave, informacije: W: http://www.bledgenetics2013.com	

11. • GOLNIŠKI SIMPOZIJ 2013: ULTRAZVOK PRSNEGA KOŠA V URGENTNI AMBULANTI

kraj: GOLNIK, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, velika posvetovalnica	št. udeležencev: 20, upošteva se vrstni red plačanih kotizacij	kotizacija: 150 EUR + DDV (vključuje udeležbo na kongresu Golniški simpozij 2013, 18. in 19. oktobra 2013)	k. točke: v postopku
vsebina: delavnica je namenjena zdravnikom pnevmologom, v pnevmologijo usmerjenim internistom, specialistom	organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Robert Marčun, dr. med., Alan Šuštič, dr. med., Mitja Lainščak, dr. med.	prijave, informacije: prijave: spletna prijava: www.klinika-golnik.si , T: 04 256 94 93, E: Irena.dolhar@klinika-golnik.si	

11. ob 9.00 • GLAVOBOL, VRTOGLAVICA IN NEVROPATSKA BOLEČINA 2013 – S KLINIČNIMI PRIMERI podroben program na spletni strani W: www.glavobol.com

kraj: LJUBLJANA, Gospodarsko razstavišče Ljubljana, Dunajska cesta 18	št. udeležencev: do 350	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske in splošne medicine, nevrologom, algologom, otorinolaringologom, farmaceutom, drugemu medicinskemu osebju in vsem, ki želijo izpopolniti svoje znanje na področju obravnave bolnikov z glavobolom, vrtoglavico in nevropatsko bolečino	organizator: Sekcija za glavobol – Združenje nevrologov 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, dr. Bojana Žvan, dr. Marjan Zaletel	prijave, informacije: prijave: Društvo MŽB, Mala ulica 8, 1000 Ljubljana ali W: www.glavobol.com , informacije: Andreja Merčun, E: mzb@glavobol.com , T: 0590 11234, F: 01 430 23 14	

15. 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, farmacevtom, 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	

15. ob 10.00 • ZAUPANJE JE KLJUČ: KAKO OBLIKOVATI ZAUPANJE V MEDOSEBNIH ODNOSIH (delavnica)

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 10–12	kotizacija: 160 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravnikom in njihovim timom. Omejitev števila udeležencev zagotavlja kakovostno izvedbo delavnice in interaktivno učenje. (Teme: Kako s čustveno inteligentnim sporazumevanjem oblikujemo in krepimo zaupanje in zadovoljstvo v medosebnih odnosih. Kaj določa zaupanje in kako ga ne izgubimo. Zadovoljstvo: pot ali cilj v medosebnih odnosih. Sporazumevanje z bolnikom: zaupanje. Vedenje zdravnika/zdravstvenega delavca in empatija: krepitev zaupanja pri bolniku. Sporazumevanje z bolnikom: zadovoljstvo. Samozaupanje in kako ga krepimo.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Inštitut PARES – dr. Polona Selič, univ. dipl. psih., Andrej Juratovec, soc. del.	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mic@zss-mcs.si	

17.–19. 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: prijava: W: http://atls.si/ , E: prijave@atls.si , informacije: asist. Roman Košir, dr. med., T: 031 541 202	

17.–19. • 1. SLOVENSKO-HRVAŠKI TRAVMATOLOŠKI KONGRES

kraj: NOVA GORICA, kongresni center Perla	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 180 EUR, dnevna 100 EUR, vključen DDV	k. točke: ***
vsebina: mednarodni kongres z delavnico je namenjen kirurgom, travmatologom, ortopedom, fiziatrom	organizator: Zdravniško društvo latros, prim. Franci Koglot	prijave, informacije: prijave: E: melitamakuc@gmail.com , informacije: prim. Franci Koglot, T: 041 775 705, dr. Igor Dolenc, T: 00 386 41 775 705, E: melitamakuc@gmail.com	

17.–19. ob 8.30 • PODIPLOMSKI TEČAJ IZ PROTIMIKROBNEGA ZDRAVLJENJA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska 162	št. udeležencev: 30–36	kotizacija: 300 EUR + DDV	k. točke: ***
vsebina: podiplomski tečaj je namenjen zdravnikom, ki delajo na primarni ravni zdravstvenega varstva v Sloveniji	organizator: Sekcija za protimikrobno zdravljenje pri Slovenskem zdravniškem društvu, prof. dr. Bojana Beović, dr. med., višja svetnica	prijave, informacije: prijave: Tajništvo Klinike za infektivne bolezni in vročinska stanja, Japljeva ulica 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, dipl. ekon., T: 01 522 42 20, F: 01 522 42 20, E: simona.rojs@kclj.si	

18.–19. • GOLNIŠKI SIMPOZIJ 2013 – KONGRES

kraj: BLEED, Hotel Golf**št. udeležencev:** 150**kotizacija:** 100 EUR + DDV, kotizacije ni za upokojene zdravnike**k. točke:** v postopku**vsebina:** konferenca z mednarodno udeležbo je namenjena zdravnikom in medicinskim sestram (jezik: angleški)**organizator:** Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Združenje pnevmologov Slovenije, prof. Mitja Košnik, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: spletna prijavnica: www.klinika-golnik.si, informacije: T: 04 256 94 93, E: Irena.dolhar@klinika-golnik.si

18.–19. ob 9.00 • MARIBOR SPINE V: »KIRURŠKA ZDRAVLJENJA BOLEZNI HRBTENICE«

kraj: MARIBOR, Hotel City**št. udeležencev:** 100**kotizacija:** 350 EUR v vključenim DDV predavanja, 500 EUR v vključenim DDV predavanja, učna delavnica, za študente kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** simpozij je namenjen zdravnikom nevrokirurgom, ortopedom, travmatologom in ostalim**organizator:** UKC Maribor, Oddelek za nevrokirurgijo, Oddelek za travmatologijo, Oddelek za ortopedijo, asist. Matjaž Voršič, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: W: www.ukc-mb.si, informacije: Slavica Keršič, posl. sek., Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 29 40, F: 02 321 28 26

18.–19. ob 8.00 • XV. FAJDIGOVI DNEVI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Kompas, Borovška 100**št. udeležencev:** 250**kotizacija:** zdravniki 180 EUR, medicinske sestre in zdravstveni tehniki 100 EUR. Pri zgodnji prijavi do 16. 9. 2013 za tim zdravnik in medicinska sestra 220 EUR, za tim referenčne ambulante (zdravnik, SMS, DMS) 300 EUR. DDV ni vključen. Brezplačna kotizacija je na voljo za omejeno število mest za študente, pripravnike in upokojene zdravnike – svetujemo zgodnjo prijavo**k. točke:** *****vsebina:** srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom in fizioterapevtom, ki delajo v osnovnem zdravstvu**organizator:** Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Osnovno zdravstvo Gorenjske, Katedra za družinsko medicino MF Ljubljana, Katedra za družinsko medicino MF Maribor, Zavod za razvoj družinske medicine, asist. Aleksander Stepanović, dr. med., doc. dr. Zalika Klemenc Keiš, dr. med., prim. asist. Ksenija Tušek Bunc, dr. med., asist. Marko Drešček, dr. med., Nataša Kern, dr. med., mag. Renata Rajapakse, dr. med., Mihaela Strgar Hladnik, dr. med., mag. Primož Kušar, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: preko spletne strani W: www.e-medicina.si, informacije: Nina Štojs, Zavod za razvoj družinske medicine, T: 01 438 69 14, E: nina.stojs@gmail.com, asist. Aleksander Stepanović, dr. med., T: 04 208 22 60, E: aleksander.stepanovic1@guest.arnes.si

18.–19. ob 9.00 • REDNI STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA HEMATOLOGOV SLOVENIJE IN ZDRUŽENJA ZA TRANSFUZIJSKO MEDICINO SZD podroben program na spletni strani zbornice

kraj: PTUJ, Hotel Primus**št. udeležencev:** 60**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** strokovni sestanek je namenjen specialistom in specialistom hematologije, interne medicine, onkologije, pediatrije in transfuzijske medicine**organizator:** Združenje za transfuzijsko medicino Slovenije SZD in Združenje hematologov 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

21.–24. ob 12.00 • 16. 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:** 3,5**vsebina:** podiplomski tečaj, izveden kot učne delavnice, je namenjen specialistom in specialistom interne medicine, drugih strok**organizator:** KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, UKC Ljubljana, dr. Jelka Zaletel, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: od 1. 9. 2013 dalje do dopolnitve mest na E: jelka.zaletel@kclj.si, informacije: T: 01 522 39 90, E: jelka.zaletel@kclj.si

22. ob 10.00 • NE DAJTE SE PRESLEPITI: TRENING ODKRIVANJA ZAVAJANJA V KOMUNIKACIJI (delavnica)

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162**št. udeležencev:** 10–12**kotizacija:** 190 EUR, udeleženci dobijo knjigo dr. Polone Selič Novi odročnik: Nebesedno sporazumevanje za vsakdanjo rabo**k. točke:** v postopku**vsebina:** Delavnica je namenjena vsem zdravnikom in njihovim timom. Omejitev števila udeležencev zagotavlja kakovostno izvedbo delavnice in interaktivno učenje. (Teme: Resnica in laž, Odkrivanje zavajanja: nebesednim sporočilom nezavedno bolj verjamemo kot samim besedam, Prepoznavanje besednih in nebesednih sporočil in njihove vloge, Training: zavajanje in vedenje, opazovanje, parajezikovni in vedenjski znaki)**organizator:** Zdravniška zbornica Slovenije, Inštitut PARES – dr. Polona Selič, univ. dipl. psih., Andrej Juratovec, soc. del.**prijave, informacije:** prijave: E: mics@zss-mcs.si, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mics@zss-mcs.si

24. ob 17.00 • ČUSTVENO INTELIGENTNI STARŠI: REKLAMNI TRIK ALI URESNIČLJIVA MOŽNOST (seminar)

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162 **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** 40 EUR **k. točke:** v postopku

vsebina: Seminar je namenjen vsem zdravnikom in njihovim timom. Družin je več vrst, vse pa so prvo medčloveško (socialno) okolje, v katerega se človek rodi (pride v rejo ali posvojitve) in ga neizogibno oblikuje. Ne glede na vrsto družine, se v njej naučimo zaupanja oziroma nezaupanja, ki je lahko obče, do vseh ljudi ali pa vezano na spol, na izkušnjo z materjo oziroma očetom. V družini oblikujemo odnos do nagrad in bližine, do zadovoljstva, kazni in kaznovanja, iz družine izvirajo številni strahovi in prepričanja, ki nas lahko o(ne)srečujejo skozi življenje. V družini se naučimo vseh vrst govoric.

organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Inštitut PARES – dr. Polona Selič, univ. dipl. psih., Andrej Juratovec, soc. del.

prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mic@zss-mcs.si

24. ob 9.00 • DELAVNICA PERKUTANA TRAHEOTOMIJA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, UKC, seminar IV, I. nadstropje **št. udeležencev:** 20 **kotizacija:** 90 EUR **k. točke:** ***

vsebina: učna delavnica je namenjena kirurgom, anesteziologom, pulmologom, splošnim zdravnikom, internistom, specializantom, medicinskim sestram

organizator: UKC Ljubljana, KOTK, prof. dr. Miha Sok, dr. med.

prijave, informacije: prijave: UKC Ljubljana, KOTK, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, informacije: Ksenija Potočnik, T: 01 522 39 68, F: 01 522 24 85, E: ksenija.potocnik@kclj.si

24. ob 9.30 • XXI. SEMINAR »IN MEMORIAM DR. DUŠANA REJE« – VLOGA GENETIKE PRI NASTANKU, ZDRAVLJENJU IN PREPREČEVANJU RAKA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut Ljubljana, predavalnica, stavba C, Zaloška 2 **št. udeležencev:** 120 **kotizacija:** 50 EUR **k. točke:** ***

vsebina: seminar je namenjen zdravnikom, zdravstvenim sodelavcem, profesorjem in predavateljem zdravstvene vzgoje

organizator: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, izr. prof. dr. Maja Primic Žakelj, dr. med.

prijave, informacije: prijave: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, Trubarjeva 76 a, 1000 Ljubljana, informacije: Amalija Zdešar, T: 01 430 97 80, F: 01 430 97 85, GSM: 051 267 332, E: info@protiraku.si

24.–25. ob 9.00 • DODATNA ZNANJA IZ PALIATIVNE OSKRBE

kraj: LJUBLJANA, predavalnica Onkološkega inštituta **št. udeležencev:** 30 **kotizacija:** ni podatka **k. točke:** ***

vsebina: podiplomsko izobraževanje z zaključnim izpitom je namenjeno medicinskim sestram

organizator: Slovensko združenje paliativne medicine, mag. Mateja Lopuh

prijave, informacije: prijave: E: szpmslovenija@gmail.com, informacije: Maja Ebert Moltara, Mateja Lopuh, T: 031 886 344, 031 658 237, E: szpmslovenija@gmail.com

25. ob 8.00 • 5. ČERNIČEVI DNEVI »UPORABA MATIČNIH CELIC V KIRURGIJI«

kraj: MARIBOR, UKC, 16. nadstropje kirurške stolpnice, velika predavalnica prim. dr. Zmaga Slokana **št. udeležencev:** do 100 **kotizacija:** 120 EUR + DDV, kotizacije ni za študente, specializante, upokojene **k. točke:** ***

vsebina: simpozij je namenjen vsem zdravnikom

organizator: UKC Maribor, Klinika za kirurgijo, UM MF Maribor, prof. dr. Vojko Flis, dr. med.

prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Center za odnose z javnostmi, marketing in informatiko, Slavica Keršič, posl. sek., Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 29 40, F: 02 321 28 26, Klinika za kirurgijo, Nevenka Mlakar, T: 02 321 12 33, F: 02 33 24 830

25.–26. • 5. TEČAJ POTOVALNE IN TROPSKE MEDICINE

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center **št. udeležencev:** 100–150 **kotizacija:** 100 EUR zdravniki, 50 EUR specializanti in medicinske sestre, kotizacije ni za študente in brezposelne zdravnike **k. točke:** ***

vsebina: tečaj je namenjen specialistom in specializantom družinske medicine, infektologije, interne medicine, epidemiologom in vsem ostalim, ki se srečujejo s popotniki – tako pred odhodom kot po vrnitvi

organizator: Sekcija za tropsko medicino pri SZD, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo, asist. mag. Tadeja Kotar, dr. med.

prijave, informacije: prijave: Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva ulica 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, E: simona.rojs@kclj.si, T: 01 522 42 20, F: 01 522 24 56

25.–26. ob 9.00 • 1. SLOVENSKI NEVROLOŠKI KONGRES

kraj: ZREČE, Terme Zreče	št. udeležencev: 70	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: kongres je namenjen nevrologom	organizator: Združenje nevrologov pri SZD, prof. dr. Anton Mesec, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: anka.zeks@gmail.com , informacije: E: anton.mesec@kclj.si , E: bernard.meglic@kclj.si , E: fajko.bajrovic@mf.uni-lj.si , F: 01 522 30 36	

25.–26. ob 9.00 • 16. SEMINAR SZZB – VISCERALNA BOLEČINA IN FUNKCIONALNI BOLEČINSKI SINDROMI

kraj: LJUBLJANA, predavalnica Onkološkega inštituta Ljubljana	št. udeležencev: 120	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: podiplomski seminar je namenjen zdravnikom družinske medicine, anesteziologom, gastroenterologom, ginekologom, nevrologom	organizator: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine SZZB, Onkološki inštitut Ljubljana, Slavica Lahajnar, predsednica SZZB	prijave, informacije: prijave: Martina Felsler, E: pba.amb@ukc-mb.si , T: 02 321 15 36 ali 02 321 15 68 in Mateja Lopuh, E: mateja.lopuh@gmail.com , informacije: Gorazd Požlep, T: 070 720 750, E: pozlep@netscape.net in Slavica Lahajnar, E: shahajnar@onko-i.si , T: 041 764 646	

25.–26. ob 9.00 • JAVNO ZDRAVJE V SODELOVANJU Z NEVLADNIMI ORGANIZACIJAMI

kraj: ROGAŠKA SLATINA, Hotel Sava	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: strokovni posvet je namenjen zdravstvenim delavcem in drugim strokovnjakom s področja javnega zdravja, program na W: www.spm.si	organizator: Sekcija za preventivno medicino, SZD, prof. dr. Alenka Kraigher	prijave, informacije: prijave: E: sekcija.spm@gmail.com , informacije: Irena Jeraj, T: 01 244 14 10, F: 01 244 14 71, E: sekcija.spm@gmail.com	

25.–26. • IV. OSTEOLŠKI DNEVI podroben program na spletni strani W: www.endodiab.si

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta UM, velika predavalnica	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 100 EUR + DDV, za študente kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: simpozij je namenjen zdravnikom in drugim naravoslovcem, ki proučujejo biologijo in biomehaniko kostnine, ter diagnostikom in terapevtom – zdravnikom, ki se ukvarjajo z osteoporozo in njenimi posledicami	organizator: Medicinska fakulteta UM, Medicinska fakulteta UL, Fakulteta za farmacijo UL, Zdravniško društvo Maribor, prof. dr. Radko Komadina, dr. med., svetnik	prijave, informacije: prim. Miro Čokolič, E: miro.cokolic@ukc-mb.si	

26. ob 8.00 • ODČITAVANJE OTROŠKEGA EKG-ja

kraj: JESENICE, seminarska soba Splošne bolnišnice Jesenice	št. udeležencev: omejeno na 20 po vrstnem redu prijav	kotizacija: 348 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena pediatrom, splošnim in družinskim zdravnikom	organizator: Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave – Prosunt, izr. prof. dr. Andrej Robida, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Prosunt, Blejska cesta 13, Zasip, 4260 Bled, E: info@prosunt.si , W: http://www.prosunt.si/izobrazevanje/delavnice , informacije: E: info@prosunt.si , W: http://www.prosunt.si/izobrazevanje/delavnice , T: 04 574 01 35	

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

Zdravstveni dom Celje

vabi k sodelovanju

zdravnika specialista splošne/družinske medicine za delo v ambulanti splošne/družinske medicine v ZD Celje (zdravnik specialist IV, šifra delovnega mesta, E018009) (m/ž)

Pogodba o zaposlitvi bo sklenjena za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta,

- specializacija iz splošne/družinske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje splošne/družinske medicine,
- znanje slovenskega jezika,
- zaželeno so delovne izkušnje,
- poskusno delo štiri mesece.

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

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o

izpolnjevanju pogojev in kratkim življenjepisom pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Celje, Uprava, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, s pripisom: za razpis.

Za dodatne informacije pokličite na T: 03 543 42 34 (Milan Rajtmajer, dr. med.).

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

Zdravstveni dom Grosuplje

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista družinske medicine (m/ž)

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljen specialistični izpit iz družinske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim delovnim časom in štirimesečnim poskusnim delom.

Ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Grosuplje, Pod gozdom c. I/14, 1290 Grosuplje

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. zdravnika/zdravnico na Direkciji in v senatu območne enote Maribor za:

- odločanje v pritožbenih postopkih začasno nezmožnost za delo, zdravliliško zdravljenje in drugih pravicah,
- podajanje izvedenskih mnenj,
- izvajanje finančno-medicinskih nadzorov.

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 opravljene, 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. zdravnika/zdravnico na Direkciji za:

- delo v področju za analitiko in razvoj, ki obsega:
 - razvoj zdravstvenega zavarovanja, predvsem modelov plačevanja,
 - analiziranje podatkov zdravstvene statistike,
 - izvajanje finančno-medicinskih nadzorov.

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 začasno nezmožnost za delo, zdravliliško 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 opravljene, 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.

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 30 77 410.

Svoje pisne prijave, s predstavitvijo dosedanjega dela in navedbo enote, kamor se prijavljate, pošljite do 31. avgusta 2013 na naslov: ZZZS, Direkcija, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana oz. na e-naslov: 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

Oddam poslovni prostor, opremljeno zobno ambulanto v prvem nadstropju zdravstvene stavbe na naslovu Obrtniška 30, Koper.

Predmet najema je ambulanta v izmeti 42,90 m² s čakalnico in souporabo sanitarij za zaposlene, za paciente in skupen vhodni prostor. Ambulantni prostori so verificirani s strani Ministrstva za zdravje.

Cena za najem je 700,00 EUR.

Informacije: GSM: 041 705 625 (Maja)

ODDAMO

V najem oddam manjšo ordinacijo za specialistično ali zobozdravstveno dejavnost v centru Izole.

Informacije na T: 040 687 102

ODDAMO

Združenje MS Slovenije oddaja v najem poslovno-bivalni prostor (57,80 m²), kuhinja, dve kopalnici... Prostor je v celoti dostopen in prilagojen za uporabnike invalidskih vozičkov.

Informacije: T: 01 568 72 99 ali 031 306 777, Špela Selan

Koncert s priznanim violinistom Primožem Novšakom

Godalni kvartet Gallus v Domus Medica

Polona Lečnik Wallas

V organizaciji Zdravniške zbornice Slovenije se je 4. julija predstavil Godalni kvartet Gallus, ki ga sestavljajo člani Orkestra Slovenske filharmonije v sestavi violinistke Maje Savnik, violista Oliverja Dizdareviča Škrabarja in violončelistke Petre Gačnik Greblo. Vodja godalnega kvarteta je priznani violinist Primož Novšak, ki je bil po reviji Strad dvakrat proglašen za najboljšega koncertnega mojstra na svetu. Poslušali smo godalni kvartet št. 2 v G-duru, op. 18, L. van Beethovna in »ameriški« kvartet v F-duru op. 96 A. Dvořaka. Koncerta se je udeležilo preko 50 zdravnikov in zobozdravnikov.

Slovenski violinist Primož Novšak je svoj mednarodni uspeh potrjeval tudi skozi solistične nastope v prestižnih svetovnih koncertnih dvoranah: v Royal Albert Hall (znameniti Proms koncerti) v Londonu, Carnegie Hall v New Yorku, Suntory Hall v Tokiu, v dvorani Berlinske filharmonije in ne nazadnje v Amsterdamu – Concertgebauw.

V Švici je deloval kot prvi koncertni mojster v baselskem simfoničnem orkestru, baselskem komornem orkestru in züriškem Collegium Musicum ter kot dolgoletni koncertni mojster orkestra Tonhalle v Zürichu. Kot prvi koncertni mojster občasno sodeluje tudi z orkestrom Slovenske filharmonije in Simfoničnim orkestrom RTV. Odlikuje ga odlična tehnika in izjemno umetniško ustvarjanje.

Leta 1987 je postal profesor na Državni visoki šoli za glasbo v Kölnu, kjer je poučeval komorno glasbo, sedaj pa poučuje na ljubljanski Akademiji za glasbo, kjer je kot pedagog vzgojil vrsto izjemnih violinistov, ki delujejo tako v Sloveniji kot v tujini. Igra na violino A. Stradivarija iz leta 1710.

Godalni kvartet v G-duru št. 2, opus 18, je eden od šestih godalnih kvartetov Beethovnevega opusa 18. Nastajal je dve leti (1798–1800) in je v celoti posvečen princu Franzu Josephu von Lobkowitzu, pri katerem je takrat služboval tudi Beethovenov prijatelj, violinist Karl Amenda. Sklop kvartetov je Beethoven napisal na željo Karla Amende, ki je na dvoru služboval kot glasbeni učitelj. Celoten opus predstavlja Beethovenovo genialnost v ustvarjanju godalnega kvarteta, kot sta predhodno razvijala Haydn in Mozart.

Dvořakov Ameriški kvartet je bil končan med Dvořakovim bivanjem v Spillville v Iowi, sicer domu češki emigrantov, leta 1893. Nanj je vplivala ameriška ljudska glasba (črnska, indijanska in irska). Kvartet je Dvořak prvič izvedel s svojim študentom violine Josephom Janom Kovarnikom ter



ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

njegovima sinovoma, violinistom in čelistom. Prva koncertna izvedba kvarteta je bila leto kasneje v Bostonu (Kneisel kvartet).

Veseli smo, da smo v Domus Medica gostili vrhunske glasbenike ter da so naši dogodki tako dobro obiskani. Na dogodek so se mladi zdravniki pripeljali celo iz Celja in Maribora.

E-naslov: polona.wallas@zzs-mcs.si

Vtisi po glasbenem koncertu v Domus Medica

Že nekaj časa sem si želela obiskati Domus Medica, sedež naše Zdravniške zbornice. Priložnost se mi je ponudila 4. julija 2013 z obiskom koncerta godalnega kvarteta Gallus. Vrhunski glasbeniki pod vodstvom svetovno priznanega koncertnega mojstra in profesorja glasbe Primoža Novšaka so nam z izvajanjem Beethovnovih in Dvořakovih melodij v

preddverju zgradbe priigrali izjemen večer. Udeležba obiskovalcev je bila kljub dopustniškemu času zelo dobra, v Ljubljano smo prišli tudi mladi zdravniki iz Maribora in Celja. Obiskovalci smo nastop godalnega kvarteta nagradili z bučnim aplavzom. Čeprav se je po delu naporno odpraviti v Ljubljano, se je tokrat zares izplačalo, saj je bil glasbeni dogodek izjemno lep. Po koncertu smo se v Domus Medica zadržali še ob prigrizku in sproščenem klepetu. Prijetno je bilo pokramljati z uglednimi profesorji, vrhunskimi glasbeniki in kolegi, ki jih navadno videvaš le v službenem času. Iskreno se zahvaljujem organizatorjem koncerta, da so nam omogočili prisluhni izjemnim godalnim mojstrom v upanju, da bo takšnih dogodkov v Domus Medica v prihodnje še več.

Ana Murko, specializantka fizikalne in rehabilitacijske medicine, Splošna bolnišnica Celje

Pogovorni večeri v »Viteški dvorani« – prim. Miroslav Kristofič, dr. med.

Davorin Dajčman

Junija smo v Zdravniškem društvu Maribor pričeli z večernimi pogovori z uglednimi zdravniki v Viteški dvorani Pokrajinskega muzeja Maribor (sliši tudi na ime Mariborski grad). V sodelovanju z upravo Pokrajinskega muzeja smo se odločili za pogovorne večere v dvorani, ki je posvečena vitezom, ponuja pa čudovito, mirno in slavnostno okolje, v katerem lahko izkažemo čast tudi našim uglednim članom. Zdravniki smo v boju z naravo oz. boleznijo, v današnjih časih pa tudi z družbo za izboljšanje razmer v zdravstvu, prav tako vitezi, vitezi brez meča, kakor že iz šestdesetih let prejšnjega stoletja imenujemo tiste, ki se s peresom ali čim drugim borijo za boljše življenje posameznika in družbe v celoti. Prvi gost je bil eden izmed najstarejših članov našega društva, ki redno in aktivno obiskuje naša srečanja in strokovna izpopolnjevanja, prim. Miroslav Kristofič, dr. med., specialist radiologije, rojen davnega leta 1922. Istega leta so se rodili tudi pisateljica Ela Peroci, priznani slovenski zdravnik Bojan Accetto, Komunistično partijo Sovjetske zveze je prevzel Josip Visarjonovič Stalin, Ataturk je odpravil Osmansko cesarstvo, v Egiptu pa je bila odkrita Tutankamonova grobnica; skratka, za današnji čas že prav v novejši zgodovini. Njegova častitljiva leta, humornost in pronicljivost kritičnih stališč do današnje družbe, izjemno pestro in trdo življenje, polno življenjskih izkušenj, ter zanimivi spomini so bili povod, da smo prav prim. Kristofiča prvega povabili v družbo med »viteze zdravnike brez meča«!

Kratek življenjepisa

Prim. Miroslav Kristofič, dr. med., specialist radiologije, se je rodil 9. marca 1922 v Godiču pri Kamniku. Osnovno šolo je obiskoval

v Kamniku, nato pa se je vpisal v III. državno gimnazijo Bežigrad v Ljubljani, kjer je zaključil veliko maturo. Med II. svetovno vojno je sodeloval v narodnoosvobodilni borbi (NOB), a je bil leta 1942 v Ljubljani aretiran. Po krajšem zaporu v Ljubljani so ga internirali v taborišče Gonars v Italiji, kjer je preživel 18 mesecev. Po vojni se je že leta 1945 vpisal na Medicinsko fakulteto v Ljubljani, kjer je 3. februarja 1951 tudi diplomiral. Svoje prvo službovanje kot splošni zdravnik je po dekretu pričel v Okrajnem zdravstvenem domu Krško, kjer je opravljal tudi funkcijo sanitarnega inšpektorja in upravnika. V Maribor je prišel leta 1961, sprva kot splošni zdravnik v šentiljski enoti Zdravstvenega doma Maribor. Specializacijo iz radiologije je opravljal med leti 1962 in 1965. V letu 1968 je bil imenovan za vršilca dolžnosti vodje rentgenološkega kabineta, leta 1972 pa je prevzel Službo za skupne potrebe strokovnih enot, ki je vključevala radiološki kabinet, diagnostični laboratorij, centralno sterilizacijo ter kabinet za rehabilitacijo in fizioterapijo. Opravljal je še več drugih vodstvenih funkcij, vse dokler se ni zaradi bolezni leta 1982 upokojil. Ukvarja se z ribolovom, gobarstvom in svoje dni zelo rad preživlja v naravi Kozjaka. Marca letos je prim. Miroslav Kristofič, dr. med., praznoval častitljivih 91 let.

Iz zelo zanimivega razgovora naj povzamem nekaj zanimivosti:

Spomini na vojna leta in internacijo

Miroslav Kristofič je bil med narodnoosvobodilno borbo (NOB) oziroma II. svetovno vojno aktivist protiokupatorskih gibanj. Marca leta 1942 so ga v Ljubljani pri »Sestici« aretirali, saj ga je izdal nek agent italijanske okupacijske oblasti. Po aretaciji je bil



Udeleženci prvega pogovora v Viteški dvorani: četrti z leve prim. Miroslav Kristofič, dr. med., peti z desne asist. Davorin Dajčman, dr. med., predsednik Zdravniškega društva Maribor.



Med pogovorom: levo prim. Miroslav Kristofič, dr. med., desno asist. Davorin Dajčman, dr. med.

sprva zaprt v Ljubljani, nato pa kar 18 mesecev v taborišču Gonars v Italiji. Od tam je poskušal skupaj z nekaterimi sojetniki pobegniti skozi rov, ki so ga kopali kar nekaj mesecev, vendar je zaradi naključnih dogodkov na dan pobega ostal v taborišču. Italijani so namreč po pobegu prve skupine silovito streljali po polju, po katerem naj bi pobegnila druga skupina. Ker je ostal v taborišču in je bil na seznamu tistih, ki so želeli pobegniti skozi rov, ga je komandant taborišča črtal s seznama taboriščnikov, predvidenih za odpust. V naslednjih dneh so Italijani res spustili 30 sojetnikov, vendar so vse odpeljali na strelišče in jih postrelili. To je bilo maščevanje za Italijana, ki so ga ubili partizani. Tako je po izjemni sreči preživel internacijo in se po kapitulaciji Italije vrnil v Ljubljano.

V Ljubljani so ga že čakali nemški okupatorji, ki so mu dali na izbiro dve možnosti: stopiti med domobrance ali opravljati prisilna dela. Zaradi svojega odločnega nasprotovanja politiki okupatorjev se je odločil za prisilno delo, tako da je sprva zaradi poznavanja nemškega in italijanskega jezika delal kot vratar na univerzi v Ljubljani, nato pa sodeloval pri obnovi Štampetovega mostu v Logatcu, ki so ga podrli partizani. Tukaj je po naključju ponovno preživel tragedijo, saj se je odpravil loviti ribe kot priboljšek pri večerji, medtem pa so prileteli angleški bombniki in v celoti zbombardirali delovišče na mostu. 34 mladeničev je obležalo mrtvih.

Osvoboditev je pričakal v Ljubljani in se takoj priključil aktivnostim SKOJ-a (Zveze komunistične mladine Jugoslavije). Ker se je že pred in med vojno priučil sanitetne dejavnosti, je bil kot bolničar poslan na Kočevsko, kjer je skrbel za zdravstveno stanje osvoboditeljev, ki so stražili številne povojne ujetnike: domobrance, simpatizerje okupatorjev, protikomuniste, številne vojne ujetnike iz različnih krajev in držav itd. Prav tamkajšnja doživetja pa so pomembno vplivala na bodočo prekinitev sodelovanja z osvoboditelji (partizanstvom in komunisti) in simpatiziranja s katero koli politično stranjo. Ujetnike so namreč brez izbire in usmiljenja preprosto metali v globoke jame, na

njih pa zmetali veliko bomb, tako da je kri spet tekla v potokih in brizgala iz jam.

Študij medicine in zdravništvo

Na študij medicine na Medicinsko fakulteto v Ljubljani se je naš sogovornik prim. Miroslav Kristofič vpisal šele po vojni leta 1945, ko je imel 23 let. Med najtežje izpite takrat so spadali anatomija, patologija, pa tudi interna medicina je bila kar zahtevna. Po opravljenem študiju je bil na podlagi dekreta postavljen za zdravnika v Zdravstvenem domu Krško. Od tam je po devetih letih prišel v Maribor, kjer se je zaposlil v Zdravstvenem domu Maribor, ki ga je takrat vodil primarij Adolf Drolc, dr. med. Prvo leto je služboval v zdravstveni postaji Šentilj, šele po opravljeni specializaciji iz radiologije in upokojitvi prim. Porekarja pa prevzel rentgenski kabinet v zdravstvenem domu. Splošni medicini je ostal zvest vse do leta 1975, saj je kljub svoji ožji specialnosti v rentgenskem kabinetu opravljal še zdravniško delo na terenu. »Odločno sem nasprotoval združevanju rentgenskega kabineta Zdravstvenega doma Maribor z rentgenskim oddelkom takratne mariborske splošne bolnišnice!« odgovarja na vprašanje, kako vidi vlogo radiologa na primarni ravni. Po upokojitvi leta 1982, kar se je žal zgodilo predčasno zaradi poslabšanja vida v sklopu njegove poklicne dejavnosti, je prišlo do že prej načrtovane združitve radioloških služb v Mariboru, vendar le za kratek čas. Prim. Kristofič je imel prav, za bolnike je boljša njegova oblika organizacije radiološke dejavnosti zaradi boljše dostopnosti in hitrejšega pridobivanja rezultatov preiskav. Da ne bi izgubil stika s stroko, je vse do svojega 80. leta pomagal radiologom Splošne bolnišnice Ptuj. V svoji karieri je opravljal številne vodstvene funkcije in organizacijske naloge, se izpopolnjeval v Nemčiji in Zagrebu ter napisal številne strokovne prispevke v domači strokovni literaturi.

Prim. Miroslavu Kristofiču čestitamo kot prvemu mariborskemu »vitezu zdravniku brez meča«. Vsi vljudno vabljeni na naslednje pogovore v Viteški dvorani!

Pomlajeni Pro medico navdušil zdravniško občinstvo

Ksenija Slavec

Zdravništvo in medicinci, ki večinoma živimo z nenehnim delom, se izjemno veselimo, kadar lahko izstopimo iz tega začaranega kroga in damo poleta duhu v vsem tistem, kar nas notranje bogati in navdihuje. Glasbeni sestav Pro medico, ki ga je pred desetletji ustanovil pediater in nesojeni pianist Pavle Kornhauser, je po krajšem zatišju ponovno zaživel v popolnoma pomlajeni sestavi. Predstavil se je v vsej lepoti glasbene moči in znanja, saj so v njegove vrste stopili zdravniki in študenti medicine, ki so tudi profesionalni glasbeniki ali pa bodo glasbeno akademijo kmalu končali. Koliko poleta, izjemne muzikalnosti, odličnega tehničnega znanja, pa tudi artizma je bilo v njihovem nastopu! Publika je na koncu s stoječimi ovacijami nagradila njihov letni koncert v cerkvi sv. Jakoba v Ljubljani.

Zdravniška glasbena komorna skupina Pro medico ima že štiridesetletno tradicijo. Prvič je nastopila na Zdravniškem koncertu ob zaključku Plečnikovega memoriala v Narodni galeriji v Ljubljani. Dolga leta so skupino sestavljali pianist pediater Pavle Kornhauser, 1. violina nevrolog Marko Zupan, 2. violina nefrolog Miha Benedik, čelist onkolog Zvonimir Rudolf, violo pa je za nevrologom Igorjem Ravnikom prevzel mednarodno uveljavljeni goslar prof. Vilim Demšar. Z letom 2012 je vodenje skupine prevzel mladi zdravnik in profesor violine Andrej Gubenšek ter k sodelovanju povabil še druge nadarjene mlajše kolege. V zadnjem desetletju je bil Pro medico v mesecu juniju vključen v festival Poletje v Stari Ljubljani. Sprva so bili ti nastopi v cerkvi sv. Florijana, zadnja leta pa so v večji cerkvi sv. Jakoba. Posebno pozornost posvečajo tudi izvajanju del slovenskih skladateljev, kakor je bilo tudi na tem koncertu. Zdravnikom in medicincem so priskočili na pomoč še akademski glasbeniki: violončelistka Tatjana Babnik, organist Gašper Jereb in kontrabasist Miha Firšt.

Zaigrali so eno najlepših instrumentalnih del zdravnika pediatra, predstojnika otroške bolnišnice sv. Ane v Gradcu, Benjamina Ipavca: Serenado za godala v štirih stavkih.

Sopranistka Sanja Zupanič je zapela prav tako Ipavčevo pesem Na poljani, zdravnica in mezzosopranistka Alja Koren

je ob spremljavi orgel s kora zapela novo skladbo Ave Maria mladega komponista Gašperja Jereba, medicinka Sanja Zupanič pa je zapela Uspavanko Josipa Pavčiča. Godalni kvartet Pro medico je skupno zaigral skladbo Za naju Janeza Gregorca in godalni kvartet Blaža Puciharja. S prekmurskimi slovenskimi ljudskimi plesi Alojza Srebotnjaka sta se predstavili študentki medicine violinistka Lucija Čemažar in pianistka Monika Češnjevcar. Dušo pa so najbolj pobožale koroške narodne pesmi: Pomlad, tvoj čar; Rasti, rožmarin; Še rožce so žalovale; Čej so tiste s'zdice; Nnav čez izaro; Roža na vrtu zelenem cvete in V Pliberca v jamarci. Priredil jih je Andrej Misson, zaigrala pa komorna skupina Pro medico.

Vzdušje razigrane vedrine se je nadaljevalo v preddverju šentjaskobske cerkve, kjer so pevski mojstri, prijatelji Andreja Gubenška mnogoglasno prepevali številne lepe in skoraj pozabljene slovenske narodne pesmi. Bil je praznik, ki bo ostal v srcih vseh zbranih.

Organizatorji koncerta so bili Pro medico Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher (www.kudkcmf.si), Festival Poletje v Stari Ljubljani in Imago Sloveniae. Koncert so omogočili Javni sklad za kulturne dejavnosti Mestne občine Ljubljana in Tovarna zdravil Krka.

E- naslov: ksenija.slavec@gmail.com



Vsi nastopajoči.



Srce Pro medica in njegova 1. violina, Andrej Gubenšek. V letu 2011 je zaključil študij medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani, v letu 2012 pa še violine pod mentorstvom prof. Monike Skalar na Akademiji za glasbo v Ljubljani. Trenutno je specializant nevrologije v Splošni bolnišnici Celje. Sodeluje v raznih komornih zasedbah, ustanovil je medicinsko študentsko komorno skupino Muzikoterapija, je reden solist zdravniškega orkestra Camerata Medica, od 2012 pa vodi zdravniške komorne skupine Pro Medico.



Najboljša 2. violina Pro medica, Lucija Čemažar, je študentka 5. letnika Medicinske fakultete v Ljubljani, sočasno pa študira violino na Akademiji za glasbo v Ljubljani pri prof. Moniki Skalar. Je tudi članica Simfoničnega orkestra Cantabile, kvarteta Muzikoterapija, solistično pa sodeluje tudi v orkestru Camerata Medica.



Odličen violist Jernej Bernik je absolvent ljubljanske medicinske fakultete. Kot violinist se je izobraževal pri prof. Branki Marčan in kasneje pri prof. Arminu Sešku. Z godalnim orkestrom GŠ Škofja Loka je na mednarodnem tekmovanju dosegel prvo mesto. Redno sodeluje v študentskem komornem godalnem orkestru Mladi ljubljanski solisti ter v različnih sestavih zdravnikov in študentov medicine.



Mezzosopranistka z zametnim glasom, zdravnica Alja Koren, je zaposlena na Kliničnem oddelku za travmatologijo UKC Ljubljana. Izobraževanje nadaljuje na podiplomskem doktorskem študiju biomedicine, končuje pa tudi vzporedni študij petja na Akademiji za glasbo v Ljubljani v razredu prof. Alenke Dernač Bunta. Od leta 2006 redno sodeluje v Operi in baletu SNG Ljubljana.



Sopranistka z žarom Sanja Zupanič je študentka 4. letnika ljubljanske medicinske fakultete. Peti je začela na Konservatoriju za glasbo in balet v Ljubljani pri prof. Saški Kolarič. Po enoletnem študiju petja na Univerzi za glasbo in upodabljajočo umetnost na Dunaju se je vpisala na študij medicine, svoje pevsko znanje pa izpopolnjuje pri prof. Tatjani Vasle na Glasbeni šoli Konservatorija za glasbo in balet v Ljubljani.



Pianistka Monika Češnjar je študentka 5. letnika Medicinske fakultete v Ljubljani. Na Srednji glasbeni in baletni šoli v Ljubljani se je učila klavir pri prof. Mariji Kocijančič. S klavirjem spremlja soliste, zборе in druge zasedbe in nastopa kot solistka ter poje v pevskem zboru Medicinske fakultete Cor.

Ti in jaz

Andrej Rant

Sredi polj bila sva ti in jaz;
cvetje vdihovala, nebo sva pila, ti in jaz,
življenja sva se veselila – ti in jaz.

Drhteče cvetove sva v dlani lovila, ti in jaz,
ljubezen nežno sva slutila, ti in jaz,
vsaj enkrat bi se poljubila, ti in jaz!

Kdaj belo cvetje zvene, ne veva, ne ti, ne jaz.
Tako nenadno si se posločila; tvoj obraz je bel.
Prav tiho si se umaknila. Ti, a jaz?
V odtrganem cvetu iščem beli, tvoj beli obraz!

1965

Belo cvetje

Andrej Rant

Belo cvetje je zvenelo
in prekrilo je poti;
v žalost se je obletelo
z mrtvih vej mladostnih dni ...

Med cipresami in spomeniki
grob zdaj iščem tvoj;
med križi, tisočnimi pomniki,
kjer našla si svoj mir, pokoj.

Obstal sem pred gomilo ...
srce v prahu žare ti leži –
v duši pa me gledaš milo,
kot nekdanj, s smejočimi očmi!

2013

Nespravljliva sprava

Rafael Podobnik

Težka je slovenska sprava,
v neskončnost se je raztegnila,
ponovno razprtije je razvnela,
vsemu razen spravi služi.
Čudežno bi se končala,
če oblatili bi partizane,
če poveščali bi domobrance,
če cerkev razsodnica bi postala,
bolj nezmotljiva od boga,
duhu plašnice nataknila.

Babici

(Vlastimili Levstik)

Andrej Rant

Pet desetletij, babica, je že minilo,
kar več te ni med nami;
in vendar še spomin se vzdrami,
spomin na bitje, drobno, blago, milo ...

Kaj vse medtem se je zgodilo!
Vnuka ostarela sva, tvoj rod
po najinih otrocih bo našel svojo pot
in tvoji nauki naj bodo jim vodilo!

Kolikokrat sem ti objel srebrno glavo,
gube na čelu s prstki hotel sem zravnati,
modre oči, še vedno vidim jih sijati,
tvoj glas mi božal dušo je zvedavo ...

Že davno zemlja ti je vsrkala telo
in použila je kosti trohnoaba;
ostaja le ime na kamnu groba,
ljubezen v srcu – za vse kar je bilo lepo ...

Domneva

Rafael Podobnik

Ali so kristjani bolj etični
ali so kristjani bolj moralni
ali so kristjani bolj sočutni,
nihče si ne upa raziskati.
Mogoče bi bilo res tako,
če vera bi bila pred cerkvijo.

Ali so komunisti manj etični
ali so komunisti manj moralni
ali so komunisti manj sočutni,
študijo je težko zastaviti.
Če dve tisočletji bi obstajali,
pobite bi lahko primerjali.

Ali je bil Tito slabši od Franka
ali bi beli rdeče manj pobijali
ali bi zmaga zaustavila črnorokce,
zgodovinska izkušnja ne potrjuje.
V cerkvi razrašča se politika,
človek gradi si nove templje.

Navje

Andrej Rant

Zašel sem na nekdanje Navje,
poljane mrtvih, kdo bi jih prešel;
grobove je zaraslo šavje,
prekrila trava in plevel.

Ob zidu tam mi predniki ležijo,
brez kamna, brez luči;
imen ni več –
le sivi zid in zemlja, ki molči ...

A v mojem srcu še živijo,
čeprav od njih ni nič ostalo,
niti pepela, ne kosti;
kot drobne dušice – spominčice cvetijo
in kažejo, kje njihov grob leži ...

E-naslov: andrej.rant@yahoo.com

Pisatelj ukaz

Rafael Podobnik

Saša Vuga
je brezpriziven:
Ne tikajte
mi maistrovcev,
tigrovcev
in partizanov.
Ko potvarjajo,
razdvajajo,
pokončnost lomijo,
me pisatelj zdravi:
Ne tikajte
mi maistrovcev,
tigrovcev
in partizanov.

Partizani so mi povedali

Rafael Podobnik

Staremu očetu odžagali so noge,
ker ni hotel izdati sina.
Stari materi odsekali so roke,
ker odrinila je krvnika.
Triletnega junaka na tla pobili,
ker je starega očeta branil.
Ženi izrezali so plod,
ki pod srcem ga je nosila.
Vse v hišo pometali,
skupaj z bogom zakurili.

Na cigaretno škatlico je zapisal:
Ne zdržim več.
Ustrelil se je na pogorišču.

Prijatelju iz Baške grape

Tomaz Rott

V samotni grapi, ob iskrivi vodi,
ti zibel tekla v pozni je jeseni,
pognala korenine novi usodi.
Njo ujele v igri so razposajeni
za vse življenje tankočutne mreže.
In njihov zven glasi se v vsaki uri,
ko se domače ali tuje duri
zapirajo, povsod njih moč doseže.
In vendar, kjer srce je, tam je sreča,
kjer srca dve sta, tam se sreča več.
Še več jih je, ki vsa živijo zate,
še več, ki tiho vabijo te v svate.
Morda besede njih so še okorne,
a sprejmi jih, do tebe so pozorne.

Ob poroki

Tomaz Rott

Odhajaš, vem, v naročje tople sreče,
kjer sonce sveti, je doma toplina.
Pri nas nastala tiha je praznina,
in ura, ko te ni, počasi teče.

Odhajaš, vem da na bregove doma
bo še zajadrala ta barka tvoja,
ko bomo spet veseli skupaj ždeli,
ko boš z družino srečala vse svoje.

Naj pot bo varna. Naj viharne vode
potrpežljivost zlahka vse prebrodi
in kompas razumevanja naj vodi.

Odhajaš, vendar nikdar ne pozabi,
da bomo vedno s tabo v tvoji sreči,
a tudi v vihri, dvomih in nesreči.

Skrita ljubezen

Tomaz Rott

Ta krhka nežnost in milina
je zame sama bolečina.

In vitki stas,
kjer bi prekrizal rad roke
čez ozki pas
in si pritegnil
tvoj obraz.

In spregovoril brez besed
bi ustnic ples
in vžgal bi nama večni kres.

Srce drhti in trepeta,
da dvigne oba tja do neba
v pramene sonca zlatega,
razgreje čustva za oba:

žare čez dan
in v noč neba
kot zvezda svetla stalnica.

In ko se vrneš na zemljo,
Ohrani zame to nebo
vse dni, noči, naj ne zaspi
ta topli žarek tvojih oči.

Ljubezen nikdar razodeta
naj skriva se ti v kot srca,
zakleni jo, zavrzi ključ,
na skrita ostane,
večna luč.

Vem, da si dala vse

Tomaz Rott

Vem, da si mi dala vse,
potrpljenje, dobro mi srce,
vem, da brez tebe bil bi sam,
čeprav besed ni mnogo,
vem le kam.
Tiha dobrota v tebi spi,
ob vseh tegobah se zbudi.

Obletnica

Tomaz Rott

Že mnogo srečnih let do zdaj minilo,
odkar življenje tvoje z mojim zlito
v granitno skalo je, ki še kljubuje
vsakdanjosti, zlo časa je razbilo.

Vse kar je slabega, je v dalji skrito,
vse kar lepo je, vsak dan se neguje.
Ni razumevanje se še zgubilo,
še več, gotovo se je pomnožilo.

Tvoja beseda vsak nemir ugasne,
sad tvoje misli – odločitve jasne,
in topla dlan, ki v stiski te odene
s čutečim srcem, ki se razodene.
Mir dobrodošli naj ostane z nama
in z vsemi drugimi, ko nisva sama.

Večerni Ave

Tomaz Rott

Ko mi zveni
večerni Ave,
bi sklenil roke,
molil k tebi
da skrivaš
moje boje
k sebi
pod plašč dobrote,
in potolažiš
bridke zmote
in obudiš
v dlaneh življenje
ki v srcu ždi
kot hrepenenje.

E-naslov: tomaz.1945@yahoo.com

Pomlad na Notranjskem

Tomaz Rott



Da Vinci – Genij

Razstava, ki navdihuje

Vesna Džubur

V teh prijetno toplih junijskih dneh sem se odpravila na največjo svetovno potujočo razstavo o enem največjih umov v zgodovini človeštva, geniju Leonardu da Vinciju. Na Gospodarskem razstavišču so že od februarja odprta vrata te veličastne razstave, ki je prišla v Slovenijo iz Madrida. Zasnovo so jo Grande Exhibitions v Avstraliji v sodelovanju z Veleposlaništvom Italije, italijanskim Inštitutom za kulturo, Il Geniodi Leonardo da Vinci in Lumiere Technology iz Francije. Mednarodno potujočo razstavo Da Vinci – Genij (Da Vinci – The Genius) so si do sedaj ogledali že milijoni ljudi v več kot 40 mestih po vsem svetu, od Moskve, Tokia, San Francisca do Ria de Janeira. Za Ljubljano je to velik dogodek, hkrati pa še ena potrditev, da je Ljubljana ne samo evropska, ampak tudi svetovna kulturna prestolnica.

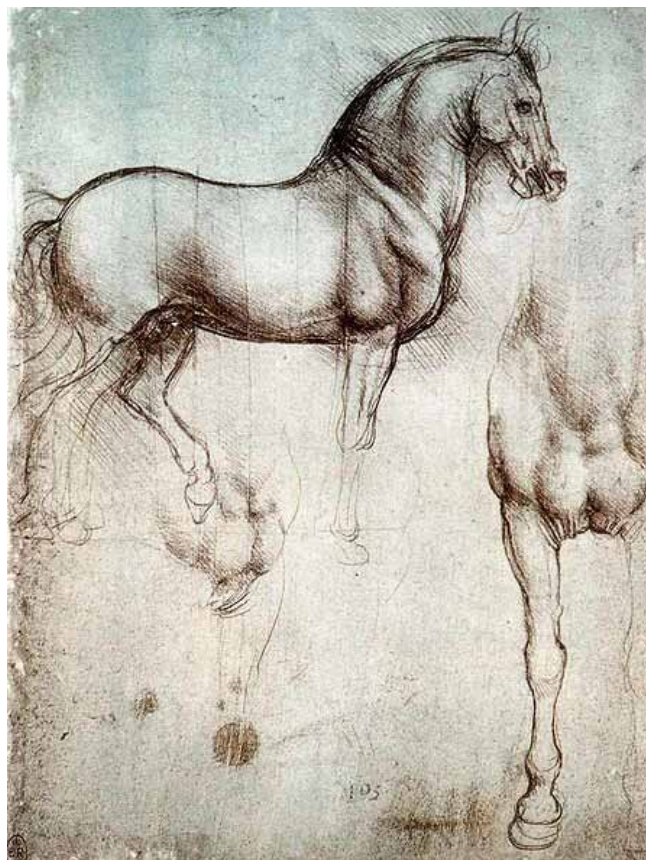
Razstava vsestransko osvetljuje in ponuja vpogled v izjemnega genija, izumitelja, znanstvenika, inženirja, arhitekta, filozofa in renesančnega slikarja. Obsega 200 interaktivnih in poučnih razstavnih predmetov

v naravni velikosti. Že na začetku razstavnega prostora je na levi strani postavljen pano, ki nam v pisni obliki ponuja vpogled v um najpomembnejšega renesančnega umetnika. Opisujejo ga kot kiparja, renesančnega slikarja, ki je ustvaril najslavnejšo sliko na svetu, s svojimi tehnikami sfumato – barvni sloj s skrajno omejenimi količinami pigmenta, kot izvrstnega opazovalca narave – njegovi izumi so narejeni po naravnih zakonitostih. Opisujejo ga kot prvega kartografa, vojaškega stratega – iznašel je tank, domiselne mostove, zanimal se je za geologijo, astronomijo, hidravliko. Bil je velik oboževalec narave, rekel je, da v njenih iznajdbah ni nič pomanjkljivega in nič odvečnega. Kot perfekcionista je govoril, da je treba ustvarjati več.

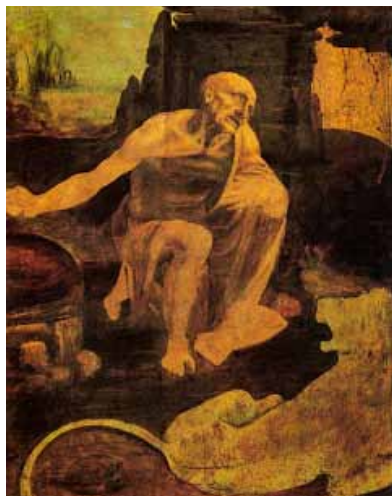
Razstava je postavljena tako, da obiskovalca sama vodi od predmeta do predmeta. Na podlagi Leonardovih skic in rokopisov so jih sestavili italijanski rokodelci, ki so natančno in poglobljeno izdelali interaktivne mehanske izume v naravni velikosti. Mednje sodijo zasnove avtomobilov, kolesa, helikopterja, jadralnega letala, akvalunge, podmornice, vojaškega tanka in



Mona Lisa.



Študija konjevih sprednjih nog.



Sv. Hieronim.

idealnega mesta. Poleg vsakega razstavnega predmeta so ustrezni opisi v slovenščini in angleščini. Predmeti dajejo obiskovalcem jasen vpogled v njegove vsestranske interese in ideje. Letenja se je lotil z znanstvenega vidika, posnemal je ptičji let, gibanje kril, preučeval je hitrost vetra. Njegove ideje nakazujejo obliko današnjih letal, jadralnih letal, padal in helikopterjev. Preučeval je stopnjo vlage v zraku

s pomočjo voščene higrimetra. Danes vse vremenske hišice merijo vlažnost zraka.

Razstava je razdeljena na 17 sklopov, v katerih je zajeto življenje in delo Leonarda da Vincija, obsega pa preko 200 razstavnih predmetov. Da Vincija predstavlja kot znanstvenika, izumitelja, filozofa, preučevalca človeške anatomije, za katero se je začel zanimati že v florentinskih letih, potem pa nadaljeval v Milanu in Rimu. To ga ne uvaja le v spoznavanje zgradbe človeškega telesa, skoznjjo se vrača k načinu izražanja človekove duševnosti. Gib, kretanja, igra mišic postanejo v Leonardovih delih pot za izpovedovanje čustev. V Traktatu o slikarstvu pravi: Dober slikar mora predvsem naslikati dvoje, namreč človeka in njegovo mišljenje – prvo je lahko, drugo težavno, ker ga je treba izoblikovati skozi kretnje in premike udov.

Vse naprave – razstavnih predmeti so narejene na način, ki so ga poznali v 15. stoletju. Uporabili so materiale in mehanične iznajdbe iz tega obdobja. Interaktivni deli spodbujajo obiskovalce, da se naprav dotikajo, premikajo ročice in sami raziskujejo. Vse naprave so opremljene s spremnimi besedami in faksimilom Leonardovih načrtov. Med njimi so zbirke Leonardovih kodeksov, skrivnostna abeceda, tehnika pisanja, anatomske podrobno razdelane risbe, reprodukcije renesančnih slik v naravni velikosti, slavnita podoba Vitruvijevnega človeka in njena razlaga v 3D-animaciji, 3D-animacije Zadnje večerje, ustvarjanja Mone Lise, velikega konja za družino Sforza, dokumentarni film o Leonardovem življenju. Vizualno jih dopolnjujejo pisne razlage izvedencev in muzejskih kustosov iz Vincija, ki imajo 25 let izkušenj na tem področju.

Razstava Da Vinci – Genij je edinstvena po prikazu inovativne analize Mone Lise, tako da odstira njene skrivnosti. Francoski znanstvenik, inženir in fotograf umetniških slik, Pascal Cotte, je bil prvi, ki sta mu francoska vlada in muzej Louvre v Parizu dovolila opraviti obsežno znanstveno ovrednotenje te umetnine. Iznašel je večspektralno kamero z visoko ločljivostjo. V strogo varovanih,

nadzorovanih razmerah je vzel sliko iz okvirja in izpod zaščitnega stekla. S pomočjo večspektralne kamere, v kateri je svetlobni spekter razdeljen na ultravijolični in infrardeči, je s pomočjo računalniške analize razkril 25 podrobnosti njene zgodovine. Prvič so občudovali barve originalnih pigmentov, kakršne so občudovali sodobniki. Za Mono Liso je Leonardo uporabil oljno tehniko, mešanico orehovega olja in dragega kamna lapis lazuli. Barve, ki so jih občudovali, so modro nebo, zelena drevesa, bolj barvite gore, rožnat obraz – izvorni odtенок njenega kožnega pigmenta, ter odkrili, da je bila sprva naslikana s trepalnicami in obrvmi.

Leonardo se je rodil v vasi Anciano v bližini Vincija v Toskani. Njegov oče Ser Piero da Vinci je bil znan notar, mati Caterina kmečko dekle. Po nekaterih virih naj bi bila Caterina tudi Pierova sužnja bližnjevzhodnega izvora. Leonardo je živel v času, preden se je v Evropi uveljavilo današnje poimenovanje oseb z imeni in priimki. Njegovo ime je bilo Leonardo di ser Piero da Vinci (Leonardo, sin gospoda Piera iz Vincija). Pod svoja dela se je podpisoval Io, Leonardo. Očetovega imena ni uporabljal, ker je bil nezakonski otrok. Otroštvo je preživel v Vinciju, kratek čas z materjo, potem s starimi starši, stricem.

Njegov oče je poskrbel, da se je mali Leonardo naučil brati in pisati, osnov latinske slovnice in matematike. Ko je bil star deset let, je odšel k očetu v Firence, kjer je postal vajenec pri slikarju Andreu del Verrocchio, prijatelju njegovega očeta, vodilnem florentinskem slikarju in kiparju tistega časa. Leonardo je pokazal nadarjenost že kot otrok. V delavnici florentinskega slikarja je spoznal slikanje oltarnih slik, slike na platnu, ustvarjanje velikih kiparskih projektov v marmorju in bronu. Leta 1472 je bil sprejet v družbo florentinskih slikarjev. Postal je pomočnik Verrocchia. Na njegovi sliki Kristusov krst (1470–1475), ki se nahaja v Galeriji Uffizi, je pejsaže v ozadju slike, kjer je klečeči angel, naslikal Leonardo. Na sliki sv. Jeronima je prvič uporabil oljne barve (1472–1475). Leta 1478 je postal samostojen slikar.

Leta 1482 je stopil v službo pri Ludovicu Sforzi, milanskem vojvodi. Vojvodi je napisal občudovanja vredno pismo, v katerem je zatrdil, da lahko sezida most, da zna izdelati topove in vojaške stroje ter da lahko naredi skulpture iz marmorja, bronu in glin. Delal je kot graditelj strojev za vojvodove vojaške pohode. Osemnajst let, ki jih je od 1482 do 1499 preživel v Milanu, so najbolj plodna leta v Leonardovem življenju.

Prva stvaritev milanskega obdobja je Madona v skalni votlini (danes v Louvru), slika v milanski cerkvi San Francesco Grande. Precej verjetno je, da je bila londonska različica naslikana v dveh fazah: prva v zadnjem desetletju 15. stoletja in druga med 1506 in 1508. Avtorstvo so tradicionalno v enakovrednem deležu pripisovali Leonardu in Ambrogiu de Predisu, novejši kritiki pa se nagibajo k pripisovanju avtorstva Leonardu z majhno pomočjo nekoga drugega. Pariška različica – ozadje na sliki odlikujeta čista izvedba in globok občutek plastičnosti, zasnovano je kot pravi scenski efekt, ki pogled opazovalca popolnoma odpelje v daljavo, pri tem pa ima občutek, da se osrednja skupina likov pomika naprej. Ta novi kompozicijski izum je Leonardo poglobil pri upodobitvi Zadnje večerje.

V jedilnici samostana Santa Maria delle Grazie v Milanu je po naročilu vojvode Ludovica Sforze, pokrovitelja samostana, naslikal fresko Zadnja večerja. Zanj je izbral tisti trenutek iz evangelijske zgodbe, ko Jezus reče: Eden izmed vas me bo izdal. Na freski so opazne Leonardove inovacije. Namesto prikaza dvanajstih apostolov kot individualnih figur je Leonardo naslikal po tri v dinamični kompoziciji okrog lika Jezusa Kristusa, ki je izoliran v sredini slike, ko občuti, da ga bo nekdo med njimi izdal. Predstavlja mirno in spokojno središče. Ostali liki reagirajo z živahnimi gibi, obrazi in kretnje kažejo njihove različne odzive, začudenost, ogorčenost. Naslikani so v štirih skupinah po trije, na sredini je ločen in dominanten lik Odrešitelja. V veličastni sceni Leonardo ponovno predstavi izvirnost in inovativnost. Ni delal klasične freske, temveč si je izmislil novo tehniko mešanja tempere in olja, nanesene čez dva sloja ometa. S tem je dobil barvno enotnost, zelene svetlobne učinke in vtis prosornosti. Že leta 1517 so opazili, da barva začneja bledeti. Zadnja restavracija je bila med 1978 in 1999.

V času bivanja v Milanu je Leonardo narisal tudi druge slike, ki so izgubljene, načrte gledališča, arhitekturne risbe, model za kupolo milanske katedrale in naredil načrt za stroj za letenje. Njegovo največje naročilo je bil velikanski bronasti konjeniški kip Francesca Sforze, Ludovicevega očeta, za dvorišče Castella Sforzesco. Leonardo je naredil glineni kip v naravni velikosti, ki ni bil nikoli vlit v bron, ker so ga v tem času porabljali za vojaške stroje. Zaradi vojne je za nekaj časa zapustil Milano in je živel v Mantovi, Benetkah, nato spet v Firencah.

S svojimi revolucionarnimi idejami je prehitel čas, v času življenja jih ni objavil. Umetniško je skiciral številne naravne pojave, izume, živa bitja. Zapisoval je v zvezke, ki obsegajo okoli 13.000 strani zapiskov in risb, ki združujejo umetnost z znanostjo. Te skice so imele pomembno vrednost na znanstvenem področju. Iz njegovih del naj bi se začele razvijati znanosti, kot so kemija, anatomija, fizika, astronomija, gradbeništvo. Vsekakor je vplival na razvoj moderne znanosti, čeprav ni imel izobrazbe, niti višje šole. Njegovi sodobniki so ga zaradi tega prezirali. Svoje znanje je pridobival z opazovanjem. Pojave je skušal razumeti tako, da jih je opisal in izrisal do najmanjše podrobnosti, teoretskih razlogov ni poudarjal. Verjel je, da mora umetnik dobro poznati pravila in vse zakone narave. Udeleževal se je avtopsi in izdelal številne izjemno podrobne anatomske risbe.

V svoji skicirki je leta 1490 izdelal študijo o kanonu proporcev, kot ga opisujejo zapiski arhitekta Vitruvija. Študija je imenovana Razmerja človeškega telesa po Vitruviju in je eno najbolj znanih del. To je njegovo najznamenitejše delo na področju matematike in razmerij človeškega telesa in na svoj način interpretira zapiske rimskega arhitekta Vitruvija. Meni, da se idealna razmerja človeškega telesa, ki ima navzven iztegnjene roke in noge, do popolnosti prilagajajo v geometrijska lika krog in kvadrat. Tako je natančno dokazal Vitruvijeve besede. Središče kvadrata je postavil nekoliko nižje od središča nog. Na podlagi lastnih opazovanj in preučevanj je popravil mere človeškega telesa po Vitruviju in s pomočjo svojih meritev ustvaril sliko, ki



Dama s hermelinom.

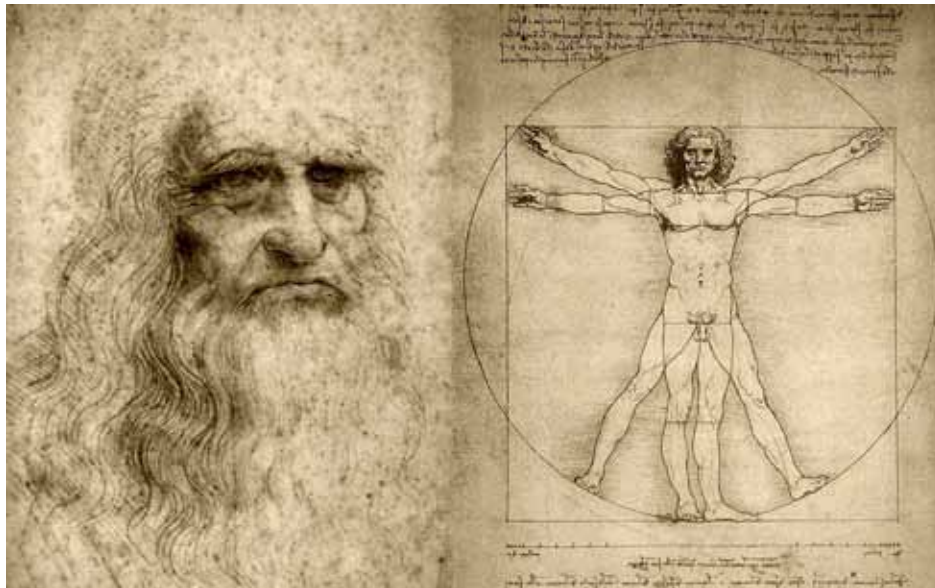
izraža idealna razmerja človeškega telesa. Leonardo je z zlatim rezom in razmerjem človeškega telesa najbolj nazorno pokazal, da sta umetnost in matematika nerazdružljivi. Velik pomen je dajal matematiki: »Nobene gotovosti ne more biti, če ne uporabimo ene od matematičnih znanosti.« Skozi celoten Traktat o slikarstvu se je vračal h geometriji in aritmetiki. Verjel je, da je lepota povezana s simetrijo. To razmerje je uporabil pri slikanju, tudi v arhitekturi in raziskovanju botanike.

Leta 1502 je stopil v službo Cesarja Borgie, vojvode Romanje in sina vrhovnega generala papeža Aleksandra VI. Leonardo je nadziral dela pri gradnji oporišč papeževe armade v centralni Italiji, kot vojvodov arhitekt in inženir. Leta 1503 je postal član komisije umetnikov, ki so določali lokacijo za namestitev Michelangelovega Davida (1501–1504) – Academia Firenze. Istega leta je izrisal dekorativne dele za veličastno dvorano Palazzo Vecchio. Tema je bila vojna pri Anghiaru, florentinska zmaga v vojni proti Pisi.

V času drugega bivanja v Firencah je Leonardo narisal več portretov. Ohranjena je edino Mona Lisa (1503–1506), danes v Louvru v Parizu, zaščitena z neprebojnim steklom. Mona Lisa je eden izmed najslavnejših portretov na svetu. Portret je tudi znan kot La Gioconda. Sam Leonardo ga je zelo cenil in ga je nosil na svoja potovanja. Portret je znan kot skrivnostna, neulovljiva,



Lilije.



Na levi avtoportret, na desni Vitruvijev človek.

ironična, čutna, oboževana, ljubljena, nasmejana Mona Lisa Gherardini, žena florentinskega trgovca Francesca del Gioconda. Je absolutna mojstrovina, popolna slikarska izdelava, kjer ni sledi potez s čopičem, po edinstvenem natančno izvedenem pejsažu. To delo je znano po inovacijah v slikarstvu, natančneje po dveh tehnikah: sfumato in chiaroscuro. Sfumato – meglen, dimni efekt, narejen z zelo majhnim prehodom med barvami. To je opazno na prosojnih oblekah in skrivnostnem nasmehu. Chiaroscuro, svetloba in senca – tehnika modeliranja in določanja forme s pomočjo kontrasta med svetlobo in senco (občutljive roke so portretirane s pomočjo modela svetloba - senca, barvni kontrast je neopazen).

Leta 1506 se je na klic francoskega guvernerja Charlesa D'Amboisea spet vrnil v Milano. Imenovan je bil za dvornega slikarja Ludvika XII., ki je bival v Milanu. V naslednjih šestih letih je živel v Milanu in Firencah, obiskoval polbrata in polsestre, skrbel za svojo dediščino. Naslikal je Marijo z detetom in sv. Ano in se še naprej ukvarjal z anatomijo človeka.

Od 1514 do 1516 je živel v Rimu, pod pokroviteljstvom papeža Lea X. v Pallazu Belvedere v Vatikanu. Leta 1515 je skonstruiral leva za kronanje Franca I., kralja Francije, in tja odpotoval s ciljem, da stopi v službo. Zadnja leta je preživel v Chateau de Clouxu v bližini Amboisea, kjer je snoval palačo v Romoranti-num. Umrle je v Amboiseu 2. maja 1519 v 67. letu starosti.

Leonardo je močno zaznamoval humanizem in renesanso. Bil je prvi, ki je v slikarstvo vpeljal karikature, portrete nenavadnih obrazov in ironične izraze nasmeha. Njegovi portreti niso bili anatomske študije obraznih potez, vsebovale so razpoloženje duha portretiranca. Leonardova vsestranskost je bila njegova duhovna moč, ki je v njem ustvarjala brezmejno lakoto po znanju, ki je sledila njegovemu znanju in miselnosti. Zanj so bile njegove oči pot do znanja in vid največje človeško čutilo. Želel je spoznati stvari v vsej njihovi različnosti, zato je o vlogi

očesa v Traktatu o slikarstvu napisal, da slikarstvo zajema vseh 10 nalog očesa, ki so: tema, svetloba, telo, barva, oblika, mesto, oddaljenost, bližina, gibanje in mirovanje. S tem je opozoril umetnike na način, na katerega morajo s svojo umetnostjo posnemati vse stvari, ki so delo narave in okras sveta.

Pomembna tema Leonardove znanosti o slikarstvu je odnos med risbo (disegno) in barvo (colore). Zavzemal se je za risbo in barvo, za njuno ravnotežje in harmonijo. Njegova študija o svetlobi in senci govori, da stvari niso sestavljene iz obrob, ampak so tridimenzionalna telesa. Določena s svetlobo in senco. Že omenjena tehnika chiaroscuro je dajala njegovim slikam mehko življenjsko kakovost. Umetnina mora izražati natančen sistem pravil o harmoniji. Poznal je Platonovo misel, da je lepota telesa popolna in se izraža v skladnosti geometrijskih teles.

Opazovanje umetnin velikega genija je slovesnost duha in lepote, slovesnost, ki navdihuje, bogati in odpira prostor ustvarjalne neskončnosti. V njegova dela je vtakna strastna kreativna energija, čustveno in duhovno bogastvo. Prof. dr. Alessandro Vezzosi je v svoji knjigi Neskončni Leonardo napisal: »Vrelci njegovih zamisli, ki navdihujejo še danes, so predmet občudovanja, nenehno izziv raziskovalcem v današnjih časih.«

Fotografije so s spleta.

Literatura:

1. Rizzatti M. L.: Geniji v umetnosti Leonardo. Ljubljana. Mladinska knjiga, 1991.
2. Magnano M.: Velikani umetnosti Leonardo. Brežice. Begen Založništvo, d.o.o., 2012.
3. Andrej Detela et al.: Razprave o Leonardu. Ljubljana (Studia humanitatis, 2005).
4. Leonardo da Vinci: Traktat o slikarstvu. Ljubljana (Studia humanitatis, 2005).

E-naslov: vesna.dzubur@yahoo.com

Nenavadnosti in zmote v križankah (s poudarkom na medicinskih izrazih)

Tomaž Rott

Psihična aktivnost naj bi preprečevala prezgodnje staranje možganov ali celo Alzheimerjevo bolezen. Kako je že bilo ime Alzheimerju? Če ne veste, hm, je to lahko to že znak začetka bolezni (mimogrede, imenoval se je Alois)!? Včasih me popade strah, ko se ne morem spomniti določenih imen, tudi nekdanjih prijateljev in prijateljic, še manj pa datumov ali celo določenih običajnih besed ipd. Tedaj se tolažim, da sem preutrujen, kljub temu, da sem se se pravkar prebudil iz dobrega spanca.

Kako premagati krizo? Priporočajo trimčkanje možganov oz. njihovo telovadbo. Na primer v mlajših letih z učenjem pesmi (kar se mi je vedno zdelo duhamorno in sem se zato naučil ponavadi le prvi dve kitici, saj sem sedel v razredu v prvi klopi na prvem sedežu in tako večinoma uspešno preстал preverjanja – no, nekajkrat pa so me profesorji vseeno nesramno presenetili, ker se niso držali ustaljenega reda), med drugim pa tudi z reševanjem križank.

Običajnih križank ne rešujem, najraje imam križanke iz sredine, ali skrite, verižne, morebiti še italijanske, koordinatne križanke in spirale (kjer ni črnih polj, besede pa se različno oblikujejo glede na smer poteka črk). Nimam pripomočkov, ker ne rešujem zaradi nagrad, ampak za svojo zabavo. Včasih mi enako težavno križanko uspe rešiti v celoti, včasih pa se mi hitro zatakne.

Pri reševanju križank lahko naletiš na zanimive izraze, neobičajne, dvo-, troumne, pa tudi na nedoslednosti, zmotne interpretacije pojmov in celo napačne definicije. V takih primerih sem si pomagal s Slovarjem slovenskega knjižnega jezika (SSKJ, 1994), Slovenskim medicinskim slovarjem (SMS, 2007), Dorlandovim medicinskim slovarjem (DMD 2003), Velikim ugankarskim slovarjem (VUS 2006), Dvosmernim ugankarskim slovarjem (DUS, 2011), Slovarjem tujk (ST, 2006), Slovenskim etimološkim slovarjem (1997) in Slovenskim pravopisom (SP 2001). Pomenljivo je, v kateri knjigi lahko določene izraze najdeš.

No, najbolje je preiti na konkretne primere. V navedenem spisku je nekaj primerov, ki so bodisi zanimivi bodisi napačni ali pa vsaj vprašljivi glede njihove uporabe. Sami se lahko vprašate, ali se strinjate z

navedenimi definicijami in z mojimi sugestijami ter popravki.

1. **Isti pojem** zahteva sestavljaec križanke enkrat v **izvirni tuji pisavi, enkrat v naši pisavi ali celo naši izgovorjavi**, npr.: *rally, reli, rejli*, in to celo v isti križanki, brez opombe, kakšno »izvedbo« besede želi v rešitvi. Isto velja za geografska imena, npr. *Inari = Enare = Enars*, različna skandinavska poimenovanja za isto jezero. *Debut* oz. *debi* kot prvi javni nastop (SSKJ).

2. Včasih so **besede** lahko **večpomenske** in včasih, milo rečeno, nerodne, npr.: *prostata* je *obsečnica*, včasih so jo poimenovali v medicini *predstojnica*. Gorje meni, če bi kakšno predstojnico nagovoril s prostato. Na srečo se ta izraz na splošno ni uveljavil.

Črta sečnica, premica, ki seka krivuljo = sekanta. Anatomska sečnica s sekanto verjetno nima zveze.

Peča je lahko *del trebušne mreže, ki prekriva črevo*. Po SMS je to veliki omentum. Drug pomen je *naglavna ruta pri narodni noši*.

Oratorij = molilnica, poleg tega lahko pomeni vokalno-instrumentalno delo ali delovanje v okviru verske skupnosti.

Obveza = dolžnost ali povoj.

Zakladnica = trezor. Oba izraza definirajo kot zavarovan prostor za varovanje dragocenosti, denarja itd. (VUS, SSKJ). Če je trezor prazen, je zakladnica revna, taka, kot jo imajo naše banke.

Pot = znoj ali del ceste, kjer pa lahko pot teče v potokih.

Scala so anatomski pojem, lahko pa znana *operna hiša*.

Mrba = onemogla žival (VUS) ali celo nasprotno *kreпка debela žival*. Lahko pa tudi *postavna ali sposobna ženska* (VUS, SSKJ) ali celo *ničvreden, malovreden človek* (SSKJ).

Črv = *drobna žival z valjastim mehkim telesom* (SMS), pa tudi gnojno *vnetje na prstu* (VUS).

Tuberkel = izrastek na kosti, pa tudi *tuberkulozni granulom*, v katerem so Langhansove (ne Langerhansove!!) velikanke (SMS!).

3. Včasih pa so tudi čudne in celo **vprašljive ali napačne definicije določenih pojmov**, npr.: *Evtanazija*

= **lepa, labka smrt** (grški izvor eu-thanatos res govori o lahki smrti brez bolečin, in ob takšni definiciji zdravniki danes ne bi imeli etičnih problemov, vendar celo VUS in DUS govorita o olajšanju smrtnega boja s sporno zdravniško pomočjo).

Nevroza = funkcionalna motnja v organizmu brez anatomskih sprememb (kam sodijo organska nevroza oz. psihosomatske motnje?).

Dih = sprejem zraka v pljuča. Če bi bil vsaj vdih. Izraza sploh ni v SMS, v SSKJ pa je sprejemljiva definicija: enkratni sprejem zraka v pljuča in njegovo iztisnjenje.

Koža = telesna povrhnjica. Take povezave ni v SMS, v SSKJ je povrhnjica definirana kot plast celic na površini kože ali sluznice. Povrhnjica je le ena od plasti kože.

Aseptika = metoda razkuževanja. Po definiciji SMS je aseptika oddelek, na katerem poteka delo aseptično. Po VUS pa je aseptika način, metoda razkuževanja oz. oddelek v bolnišnici. Po SSKJ še zdravljenje, ki izključuje vsako možnost sepse.

Telo = telesnina. Gre za starejši malce bizaren izraz. Zdrav duh v zdravi telesnini, grozno! Počutim se kot tele ali lesnina.

Regenerat = regenerirana snov. Gre za eno od definicij v VUS, druga je organ ali del organa, nastalega z regeneracijo. SSKJ tudi omenja regenerat kot snov, pridobljeno z regeneracijo (kot primere SSKJ navaja gumo, volno). Ali snov lahko sama po sebi regenerira? Verjetno jo moramo mi? Regeneracija se mi zdi razumljiva predvsem za žive dele organizma, celice, ki posredno lahko obnavljajo različne celične in medcelične sestavine oz. snovi.

Letargija = mrtvica, dremavica. Morda so ustreznejši izrazi duševna otopelost, nedejavnost, mrtvilo (SSKJ) ali globokemu spanju podobno stanje (SMS).

Splav je lahko abortus ali npr. pohorski flos na Dravi.

Analitik = analizator. Analitik je oseba, ki analizira, analizator pa predvsem naprava. SSKJ oba pojma izenačuje.

Gniloba = razkroj organskih snovi. Verjetno je bolje govoriti o gnitju, ki predstavlja proces, gniloba pa je stanje po gnitju.

Podobno **nekroza** oz. **mrtvina** ni odmiranje ali odmrtnje tkiva ali organa, ni smrt celic, ampak predstavlja **vidne spremembe po smrti** celice, ki se dogodi pred pojavom nekroze.

Angiitis = vnetje krvne žile ali mezgovnice: za slednje je ustreznejši oz. pravilnejši limfangitis.

LAB = želodčni encim?? ki skrkrne kazein v mleku (VUS). Tega encima še ni v SSKJ, SMS, DMD. Gastroenterologi, na pomoč! Je to *Lactobacillus bolgaricus* (Wikipedia)?

Metabolija = biokemični procesi, pri katerih nastaja energija, potrebna za življenje = presnova. VUS ima pod metabolijo poleg premene oz. preobrazbe pri insektih še presnova, presnavljanje, sicer pa tega izraza nimajo DMD, SSKJ, SMS.

Etanol = aldehid očetne kisline!? Verjetno je avtor križanke mislil na etanal.

Eksantem = kožni izpuščaj pri infekcijskih boleznih. Kaj pa drugi, npr. medikamentni, urtikarije?

Kaj je mozoljavost? Akna ali akne? Po SMS gre običajno za množinski pojem. Po SSKJ lahko uporabljamo oba izraza.

Amnija = notranja ovojnica zarodka, plodovnik. Verjetno je boljša definicija v SMS: ekstraembrionalna ovojnica, ki obdaja s plodovnico napolnjeno votlino, v kateri plava plod, plodnik.

Lobus = reženj, loputast, krilast telesni del, pljučno krilo (VUS). Že sama definicija je kontradiktorna, pljučno krilo sestavlja običajno več režnjev.

4. Včasih so **besede nenavadne**, čeprav verjetno lepe in pravilne, žal premalo v uporabi, kot npr.:

Črevesna resica = srkalica (ni je v SMS, je pa v SSKJ).

Glazura = posteklina (izraza v SSKJ, nobenega od izrazov ni v SMS, pač pa sta v njem emajl in sklenina). Posteklina seveda ni stanje po steklini.

Seneni nabod = senena mrzlica. Drugega izraza ni v SMS, čeprav ga najdemo v DMD kot hay fever.

Sevka = pira, preprosta, odporna in manj rodna pšenica.

Torero = matador de toros. Izraz toreador, ki ga je Bizet uporabil v operi Carmen, v Španiji sploh ne uporabljajo, redko v Latinski Ameriki.

Pšenek = ličinka lasnice ali trihinele. V SUS je omenjena pšenavost, okuženost z ličinkami trihinele. SMS in SSKJ tega pojma nimata.

Iatrika, jatrija = zdravilna večšina. Je v SUS, ni v SMS, SSKJ, v DMD pa je omenjen grški izraz iatreia kot zdravljenje.

Rubensov sindrom = stanje čustvene vznemirjenosti v muzejih. Je morda to povezano z rubensoidnim kipenjem in nabrekanjem (čustev)?

Kihanje = sunkovito, glasno izdibavanje zraka zaradi dražljajev v nosu. Podobna všečna definicija tudi v

SMS: sunkovit, nehoten in glasen iztis zraka iz ustne in nosne votline.

Kraniolit = *okamenela človeška lobanja*.

Onibitis = *vnetje mehkih delov okrog nohtov*. V DMD onychitis ali onychia pomeni vnetje matriksa nohta z odpadanjem nohtov, v SMS tega pojma ni.

Dejekt = *izmeček, izvržek, iztrebek, blato* (SUS). Ni v SSKJ, ni v SMS.

Izločnina = *snov, ki jo izločajo* (navadno žlezne) *celice* (SUS). Širok pojem, ki verjetno zajema sekret, ekskret, inkret.

Strdek = *strdina* (SUS). Ker se izraz strdina redko uporablja, ga ni v SMS, je pa v SSKJ.

Notranjica = *endokrini žleza* (VUS, SSKJ, SP, SMS). Še sreča, da ni tudi Notranjskega oddelka.

Urari = *južnoameriški rastlinski strup*, ki povzroča paralizo skeletnih mišic, *kurare* (VUS).

Uterini = *otroci iste matere in različnih očetov*, polbrat-je in polsestre (VUS).

Kineta = *kanal za instalacije*, v gradbeništvu (SSKJ)!

Naturel = *narava, značaj, nadarjenost* (VUS, SSKJ).

Miazem oz. *miazma* = *izparina gnilih organskih snovi*, povzročiteljica nalezljivih boleznih (SSKJ, SMS).

Omagra = *vnetje ramenskega sklepa* zaradi nabiranja soli sečne kisline.

Enervacija = *operativna odstranitev živcev* v organu, razživčenje. (VUS).

Odtisoček = *promile*.

Otisk(a) = *žulj, otiščanec* (VUS).

5. Pri nekaterih pojmihi so v resnici **bolj udomačene tujke kot lepe slovenske besede** npr. *trilobiti* namesto *trokrparjev*. *Hemofilija* namesto *krvavičnosti* (SSKJ, SMS), *mikroskop* namesto *drobnogleda*.

6. **Slabši vid oz. postarana očala** so lahko vzrok, **da prebereš tisto, kar ti »gre bolj po glavi«** npr., da nudi letalske družbe *love affairs* namesto *low fares*, ali pa si napačno razlagaš definirane izhodiščne besede ali kratico: *ind.* mesto razumeš kot *indijsko* namesto *industrijskega*.

7. V križankah se tudi pojavljajo **pogovorne, žargonske besede, hrvatizmi, germanizmi, zastarele besede** itd., besede, ki (so) jih pravopisi označevali kot **neprimerne**, da ne govorim o našem šolanju, kjer so jih profesorji še posebno v pisani besedi dobesedno preganjali, npr.: *mestoma* namesto ponekod, *kiks* namesto napake oz. spodrsljaja, *šank* namesto točilne

mize itd. **Derma** = *zunanja telesna prevleka, koža* (VUS), žargonsko poenostavljjanje.

Žlak = *rana od udarca* (SSKJ), zastarela beseda, prav tako *skolke* = *mrtvaški oder*.

8. Nekateri trditve so napačne:

Colombo = *glavno mesto Šrilanke*. To ni res! Glavno mesto Šrilanke je Sri Jayawardenepura Kotte, Colombo je pa največje mesto.

La Paz = *najvišje glavno mesto (3600 m) na svetu*. To ni res, ker La Paz ni glavno mesto Kolumbije, ampak je tu samo sedež vlade, uradno glavno mesto je Sucre – La Paz naj bi bil administrativni center, Sucre pa konstitucionalni. Je pa res, da sega La Paz vse do najvišjega civilnega mednarodnega letališča El Alto na višini 4058 m.

Najvišje glavno mesto na svetu je sedaj ekvadorski Quito (2850 m).

Raženj verjetno ni žar, čeprav je v besedi raženj tudi žar; pri ražnju se meso vrti, na žaru pa le peče na plošči, rešetki, grilu.

Errol Flynn ni ameriški, ampak avstralski igralec.

Emerit = *upokojeni univerzitetni profesor*. Ne drži, saj to velja le za nekatere izbranice.

Prebivalec britanskega zelenega otoka = *Irec*. Ne vem, kako zadovoljni bi bili Irci s tako definicijo.

V križankah se pojavljajo manj znani lepi izrazi, narčne posebnosti. Verjetno pa so poleg omenjenih tudi nekatere malce neologistične besede vir za dopolnjevanje besednih slovarjev. Vendar pa glede na navedeno lahko vsaj do neke mere trdim, da križanke niso ravno vzorni vir lepega slovenskega knjižnega jezika, saj v njih najdemo tudi nedosledno uporabljanje različnih tujk, popačenk, za lep knjižni jezik neprimeren ali celo odsvetovanih oziroma nedovoljenih izrazov (sicer pa so današnja umetniška jezikovno-knjižna merila to povsem zrelativizirala), da ne omenjam ne tako redkih zmotnih definicij nekaterih pojmov.

E-naslov: tomaz1945@yahoo.com

XIV. državno prvenstvo zdravnikov in zobozdravnikov v golfu

Favorita potrdila formo

Marko Demšar

Da je bila nedelja, 16. junija, nad vse vroč dan, so dokazovala oznojena čela šestindvajsetih tekmovalcev, ki so kmalu po 15. uri končali s predajanjem zapisa o seštevkcu udarcev. Izračuni niso presenetili: vrh sta z najboljšim bruto rezultatom zasedla Sabina Markoli (23) in Miro Matičič (29).

Predsednik zdravniškega športnega društva Medicus Andrej Bručan pa je nato razdelil medalje za najuspešnejše tekmovalce.

Zlate so prejeli: Zorka Vučer, Nataša Jevnikar, Anđelko Brekalo, Alojz Žičkar in Rok Vengust.

Srebrne so pripadle: Sandi Lah Kravanja, Sabini Dietner, Tomažu Slavcu, Matjažu Horvatu in Mihaelu Vrčkovniku.

Bronasta odličja so si priigrali: Manja Pavlič, Brane Gaber, Gorazd Košir in Dušan Baraga.

Z natančnostjo udarca oziroma največjo daljavo sta se odlikovala Miro Matičič in Nataša Jevnikar. Kot gosta sta sicer zasedla prvi dve mesti Gregor Kvas in Vid Slavec – slednji je od prve udeležbe na naših tekmah sedaj že mladinski državni reprezentant!



Zadovoljne igralkе in igralci po razglasitvi rezultatov.

Že tradicionalno so bili pri izvedbi prvenstva prisotni: UniCredit Banka, tovarna brezalkoholnih pijač Dana in avtomobilska znamka Audi. Hvala vsem!

E-naslov: demsar@siol.net

Vabilo na oražnovsko srečanje 2013

V spomin na velikega dobrotnika dr. Ivana Oražna in na 90. obletnico potrditve ustanovne listine Oražnovega dijaškega doma s strani univerzitetne uprave, oražnovci, v sodelovanju z Medicinsko fakulteto, organiziramo veliko srečanje vseh bivših stanovalk in stanovalcev Oražnovih domov. Srečanje bo 5. oktobra 2013 v Kostanjevici na Krki.

Vse, ki ste na svoj naslov že prejeli vabilo in vsa dodatna navodila s prijavnico, pozivamo, da jo čim prej izpolnete in potrdite oz. ovržete udeležbo. Če zaradi spremembe naslova oz. pomanjkljive baze podatkov vabila niste prejeli, pošljite e-pošto s svojimi podatki na srecanje@orazen.net oz. pokličite na: 040 702 089 (Jakob) ali 040 777 245 (Marko).

Veselimo se snidenja!

Oražnovci



Lahko bi bilo bolje, če bi...

Jana Govc Eržen

Za vsakim dežjem posije sonce. Nikoli ni nič tako zelo hudo in slabo, da bi ne smeli upati, da bo jutri bolje. Tako kot si sledijo letni časi, tako kot dnevu sledi noč, tako slabemu sledi dobro. In za dolgo zimo je prišlo poletje. Če je bil današnji dan v službi naporen, bolniki zelo zahtevni in nezadovoljni, bo jutrišnji dan drugačen. Morda bo kdo med njimi celo opazil, da se trudim, morda bo kakšen celo uspel dahntiti: »Hvala«.

Poletni čas je tudi čas dopustov in skoraj ne poznam zaposlenega človeka, ki se ne bi veselil brezskrbnih, mirnih in odklopljenih počitniških dni. Tudi jaz nisem nobena svetla izjema. A tako kot se veselim oddiha, tako sem tudi zaskrbljena. Ko se bom vrnila z dopusta, se bo tako kot leto za letom odvila tista stara zgodba. Po dveh, treh dneh dela s polno in prepolno paro bom razmišljala, kdaj bom spet lahko šla na dopust.

Ambulante zdravnikov družinske medicine v poletnih mesecih delajo s polno paro. Obremenitve se prav nič ne zmanjšajo, lahko bi rekla, da so celo večje. V

poletnih mesecih je namreč nadomeščanje odsotnih kolegov še kako prisotno. Večinoma nadomeščam enega odsotnega kolega, se pa zgodi, da se številu podvoji ali celo potroji... Danes jaz, jutri ti... Roka roko umije, kajne?

Bolniki imajo pravice, ki so zapisane celo v zakonu in zakon je treba spoštovati. Tako smo vzgojeni in tako so nas učili. Nekateri so se naučili, drugi se še učijo.

In pravi bolnik: »Vi imate pa veliko dela, kajne? Veste, moj zdravnik je na dopustu. (Kot da tega ne bi presneto dobro vedela, krščen Matiček!) Danes imam ravno čas, sem namreč zelo zaposlen, in sem se oglasil, da bi me malo pregledali. No, saj veste, en takšen splošen pregled. Pa holesterol me tudi zanima, rad dobro jem.« V moji glavi se v nekaj sekundah zavrtijo vsi možni scenariji, rešitve. Gospod je ravno v tistih letih, ko se njegova ogroženost za kakšen srčno-žilni zaplet močno poveča, na pogled je zelo zajeten in sumljivo rdeč v obraz, njegova kartoteka pa je sumljivo



tanka. Zajamem sapo, umirim dihanje in si mislim: »Pa naj bo, pa dajva!« In ga pregledam in opravi »takšen splošen pregled«. Moj prvi vtis je bil pravilen. Gospod je k meni prinesel prav vse dejavnike tveganja za množico kroničnih bolezni, kolikor jih poznam iz strokovne literature, in je z odločitvijo o obisku moje ambulante krepko posegel v povprečje časa, ki ga sicer namenjam svojim bolnikom.

Prepričana sem, da sem porabila manj časa, kot če bi bolniku skušala razložiti njegove pravice, dolžnosti in ga zavrnila, da o jezi in povišanem krvnem tlaku (njegovem, seveda ... moj je k sreči tako nizek, da je vsako povišanje celo dobrodejno in dobrodošlo) sploh ne govorim.

In pravi bolnica: »Samo recepte potrebujem.« In vrže na mizo listek, polovica imen zdravil je napisana napačno, kot po navadi. Njen izraz obraza ne obljublja nič dobrega. Vzamem listek, preverim, ali je že čas za ponoven predpis zdravil, ki jih redno prejema, in ugotovim, da še ni. Kot po navadi. »Prišla je z izgovorom, da potrebuje zdravila. Teh še ne potrebuje, torej jo želi nek drug problem,« razmišljam s prijaznim obrazom. Iz torbice privleče cel kup izvidov in jih prav tako vrže na mizo. Berem in se čudim. Kolega mi namreč sporoča, katere preiskave in specialistične preglede naj bolnica še opravi in jih prinese na kontrolni pregled. Ne morem verjeti, saj to ne more biti res... Bolnica je najprej več mesecev čakala na pregled, vse »priporočene« preiskave so že opravljene, izvide sem ji skrbno zložila v kuverto in ji naročila, naj jih pokaže. Pa jih ni. Ker jih ni imela s sabo na pregledu. Mirno ji razložim, da bom specialista poklicala po telefonu, mu manjkajoče izvide poslala... Potem pa končno izvem, zakaj je prišla. »Vi ste krivi, da nisem dobila povrnjenih potnih stroškov. Vi sploh ne veste, koliko

denarja sem že zapravila za to vaše zdravstvo. Kamor grem, povsod je treba plačati. Za nas navadne ljudi je tako, za tiste bogate se pa vse da.« O višini izplačanih potnih stroškov seveda ne odločam jaz, ampak plačnik zdravstvenih storitev. Za samoplačniške preglede se je gospa odločila sama in jo prav nikoli nisem nagovarjala, naj si takšen pregled plača. Tudi ni bilo nobene potrebe. O, bog, daj jim zdravo pamet.

Bolniki imajo pravico, da si izberejo svojega osebnega zdravnika. Prav je tako in celo zelo prav je, da si izberejo takšnega, ki mu zaupajo. Bolnici sem predlagala, naj si poišče takšnega zdravnika. A noče, vztraja pri meni. Jaz ne vem, če bom lahko še dolgo z njo.

Jutri bo nov dan, drugačen, lepši, svetel. In nekdo bo opazil, da z nami ni nič narobe. Ali pač? Ali lahko trdim, da z zdravniki družinske medicine ni nič narobe? Morda je narobe to, da smo tiho, vdano in poslušno mnogo let naredili mnogo več kot bi smeli. Ali je prav, da nam očitajo, da tarnamo, in menijo, da smo za svoje delo preplačani? Ali je prav, da čas, ki je namenjen bolnikom, zapravljamo s tisoč in eno nepotrebno in odvečno administrativno, birokratsko, nepremišljeno in »piš me v uh« zadevo. Predolgo sem v tem poklicu, da bi lahko verjela v hitre spremembe na bolje. A v meni je dovolj dobrohotnosti in optimizma, da verjamem, da bo bolje. Nekoč. Če ne bi verjela, ne bi bila zdravnica družinske medicine in študentov in specializantov ne bi poučevala o svetlih plateg svojega poklica.

Poletje je tu, težko sem ga pričakovala. Končno je posijalo sonce. In jutri bo nov dan, boljši in lepši.

E-naslov: jana.govc@gmail.com

Prošnja organizatorjem strokovnih srečanj

Ker veliko upokojenih zdravnikov z zanimanjem sledi razvoju stroke, ki so se ji posvečali vse svoje aktivno obdobje, se radi udeležujejo strokovnih srečanj – tudi tistih, ki jih uvrstimo v koledar strokovnih srečanj v reviji Isis in katerih programe objavljamo na spletni strani Zdravniške zbornice Slovenije.

Organizatorje zato prosimo, da upokojenim zdravnikom čim večkrat ponudijo možnost, da se brez plačila kotizacije udeležijo strokovnih dogodkov, nam pa dosledno sporočajo, ali so upokojeni zdravniki oproščeni plačila kotizacije ali ne, da bomo podatek lahko uvrstili v ustrezno rubriko.

Uredništvo

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.

Public Relations Department

Polona Lečnik Wallas, B. A.

Legal and General Affairs Department

Vesna Habe Pranjč, 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 Šavec, L. L. B.



The Medical Chamber Of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.

Maintaining a register of members and issuing membership cards.

Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.

Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.

Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.

Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.

The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.

Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.

Determining doctors' fees and

participating in agreeing the prices of health care services.

Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.

Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional' salaries.

Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.

Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.

Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.

Assisting members to find suitable locums during their absence.

Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.

Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.

Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.

Monitoring alternative methods of treatment.

Deterring prohibited and unacceptable medical practices.

Providing a free permanent consulting service to members.

Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.

