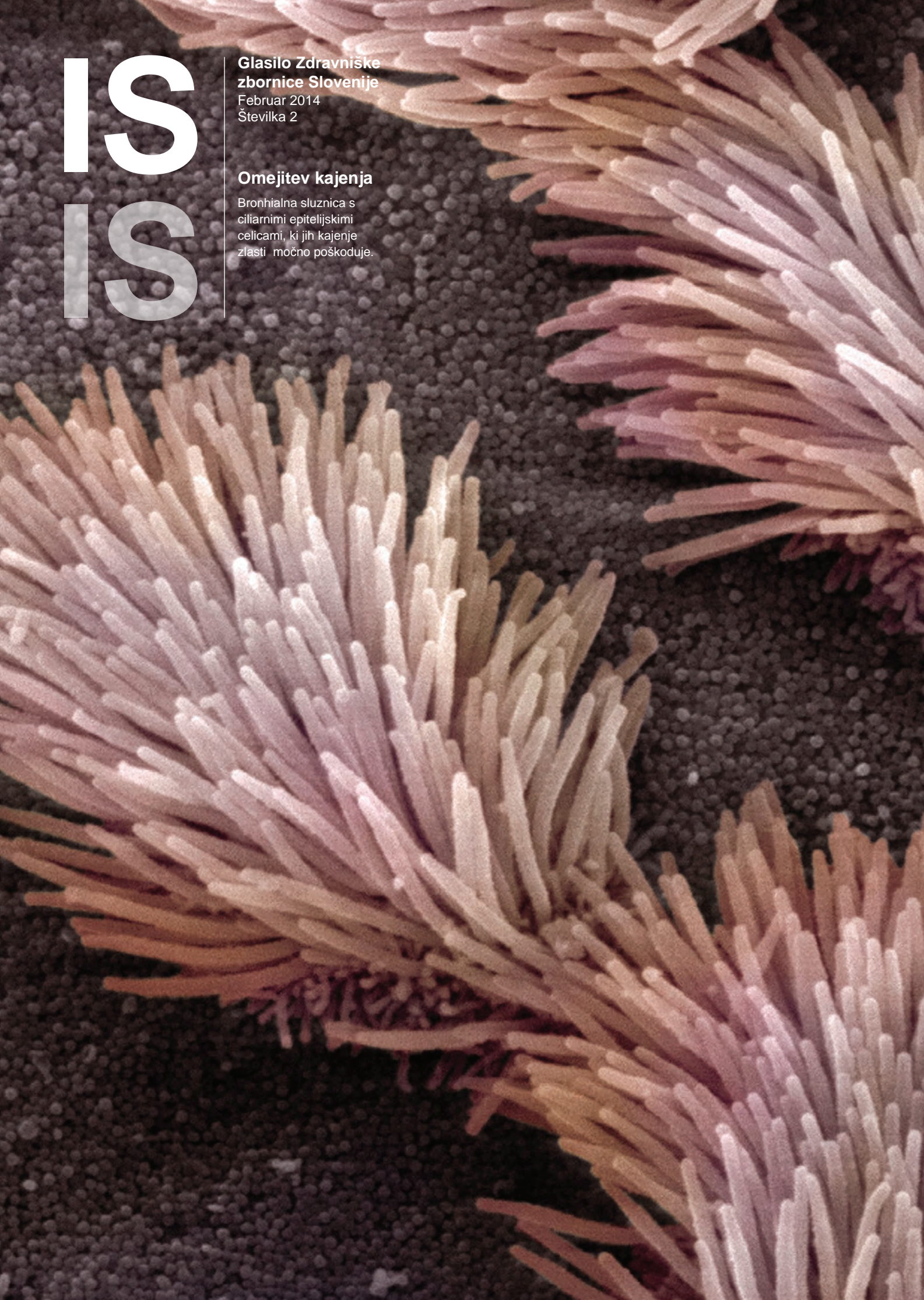


# IS IS

**Glasilo Zdravniške  
zbornice Slovenije**  
Februar 2014  
Številka 2

## **Omejitev kajenja**

Bronhialna sluznica s  
ciliarnimi epiteljskimi  
celicami, ki jih kajenje  
zlasti močno poškoduje.





## 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.**

# Nova koalicijska pogodba za zdravstvo bo povedala vse

Ali je že dovolj hudo, da se končno prične s prenavljanjem slovenskega zdravstva? Morda so razmere na področju zdravstva že dovolj kaotične in alarmantne, da se v večji meri pritegne v nastajanje ključnega dokumenta tudi zdravništvo. Je znotraj te vladne koalicije sploh še mogoče pričakovati, da se bodo vsaj približno nakazali obrisi neke perspektive slovenskega zdravstva? Kaj več, razen gasilnih ukrepov izčrpanega zdravstva, v preostalem enoletnem mandatu realno niti ni moč pričakovati.

Zdravniške organizacije imamo že nekaj mesecev jasen koncept strateških usmeritev za izhod slovenskega zdravstva iz krize. Velja skoraj popolno soglasje glede zadnjega dokumenta, kar je za soočanje s politiko in javnostjo pomembneje, kot se zdi na prvi pogled. Izkušnje iz preteklosti nas namreč učijo, da brez enotnosti med zdravniki ni pravih možnosti za nujne spremembe v organizaciji slovenskega zdravstva. Morda se zdi to samo po sebi logično, toda tudi naši pogledi na reševanje slovenskega zdravstva so različni in potrebno je mnogo strpnega sestankovanja in argumentiranega dialoga, da poenotimo stališča in poglede na skupnem imenovalcu. Mi to zmoremo.

Zdravniki smo nesporno največji poznavalci zdravstva, tako doma in še bolj tistega čez mejo, ki postaja vse bolj navidezna. Vse njegove slabosti in dolgoletne improvizacije občutimo v največji meri sami, kakor seveda tudi bolniki. Stanje se hitro poslabšuje in mnogo bolj kot likvidnostne težave zdravstva oz. gospodarska kriza ubija nedorečena vizija zdravstva oz. njegova neperspektivnost. Čutimo se poklicane, da v času hudih političnih in gospodarskih pretresov države s svojim znanjem in izkušnjami napnemo vse sile v ustrezne strukturne spremembe zdravstva. Pravočasno, ko se še da kaj rešiti. In tega ni malo, a hkrati ga je tudi iz leta v leto vse manj. Ne poslušajte se nas prav veliko. Če so se stvari kaj spremenile na področju upoštevanja zdravniških priporočil, bo pokazala že nova koalicijska pogodba koalicijskih strank.

Zadnje mesece že skoraj prosjamo tako predsednico vlade, poslance Odbora za zdravstvo, strankarske veljake in tudi predsednika države, da se strateškim izzivom zdravstva da potrebna prioriteta na državni ravni. Na deklarativni ravni obetajoče besede, v praksi vse bolj nasprotujoča si gledanja glede poti, na katero je treba usmeriti slovensko zdravstvo. Tudi alarmantna sporočila ministra za zdravje pri dejanju obupa so kaj hitro pozabljena in na površju hitro zopet samozadovoljevanje politike na starih, preživetih klišejih in vse bolj majavih temeljih zdravstva. Zdravstvena politika in odločevalci v zdravstvu, javnost in civilna gibanja ter ne nazadnje profesionalci v zdravstvu delujemo kot povsem razglašen orkester. Poslušalcev te muzike je vse manj, v prvih vrstah je vse več tistih, ki čakajo na zapitek sedmine. Tudi nekaj razgledanih politikov, ki so večji umetnosti

možnega, že pretežno stavi na izgradnjo sodobnega zdravstvenega koncepta Slovenije na porušeni temeljih.

V letu dni, kar sem na položaju predsednika Zdravniške zbornice Slovenije, navkljub nekaj obetajočim sestankom nismo uspeli pripraviti strateške konference za izhod slovenskega zdravstva iz kriznih razmer. Zdi se, da nas niti ne skrbi več nesporno dejstvo, da ni kandidata za vodenje s strani državljanov najpomembnejšega resorja v državi. Če se že pojavi korenjak, ki bi se spopadel z nevhvaležno zapuščino, ga politika že v samih namenih hitro postavi na realna tla. Ni čudno, da med razgledanimi in sposobnimi zdravniki ni kandidata za igranje te rulete. Še bolj nedostojno je podajanje zdravstvenega resorja med strankami in igranje »gnilega jajca«. Sila slaba popotnica in sporočilo je nesporno dejstvo, da je politike vse bolj strah razmer v zdravstvu. Bolj ko bežijo od tega resorja, bolj stavijo na preživete oblike organizacije, manj je želje po spremembah. Dogajanje presega moje razumevanje politike.

Položaj in vaše zaupanje mi ne dovoljujeta, da bi v nadaljnjih prizadevanjih po prenovi zdravstva in neki boljši prihodnosti obupal nad razmerami. Nadaljevali bomo z vztrajnim in prepričljivim trudom prepričati tiste, ki so prepričani, da je zdravstvo še mogoče spreminjati z lepotnimi popravki. In tudi tiste bolj izkušene politike, ki novo zdravstvo vidijo le na ruševinah sedanjega.

Z najlepšimi pozdravi

*Andrej Možina*



# Kazalo

## ■ UVODNIK

Nova koalicijska pogodba  
za zdravstvo bo povedala vse 3

*Andrej Možina*

## ■ K NASLOVNICI REVIJE

Omejitev kajenja – globalna zdravstveno-  
preventivna akcija, ki jo je utemeljila medicina 7

*Polona Lečnik Wallas*

## ■ ZBORNICA

Pripravištvo zdravnikov 8

*Andrej Bručan*

Predlog novega Pravilnika o zdravniških licencah 8

*Bojana Beović*

Iz dela zbornice 9

Seminarji in delavnice

Zdravniške zbornice Slovenije 11

## ■ ČLANI ZBORNICE NAM PIŠEJO

Dopis za zbornico 13

*Silvana Popov*

Odgovor prof. dr. Bojane Beović, dr. med.,  
predsednice Odbora za izobraževanje in  
usposabljanje zdravnikov 13

## ■ AKTUALNO

Shematski pravni in etični pregled 14

*Damjan Korošec*

## ■ IZ EVROPE

Zdravniki po izbiri (Wahlärzte) nam kažejo,  
za čem boleha naš sistem: v letu 2014  
so nujne nove terapije 17

25 let Oddelka za kirurgijo srca v Celovcu 19

Anketa o delni zaposlitvi zdravnic in  
zdravnikov v koroških bolnišnicah 19

Vjesnik dentalne medicine 5-6/2013 20

*Vito Vrbič*

Patentirana zobna ščetka 21

*Boris Klun*

Upokojeni zdravniki po štiri ure dnevno 21

*Boris Klun*

Zakonsko urejena odškodnina pri tožbah 21

*Boris Klun*

## ■ FORUM

Integriteta, korupcija in  
etično uporništvu v slovenskem zdravstvu 22

*Dušan Nolimal*

Elektrifikacija slovenskega zdravstva 28

*Janez Koprivec*

Zgledi in vzori 29

*Nina Mazi*

Alkohol in marihuana 30

*Tomaž Rott*

Odziv in komentar na prispevek

Evtanazija od etike do klinične realnosti 31

*Danica Avsec*

Integrativna medicina – odmev 33

*Katarina L. Glas*

Čezatlantski žehtnik 33

*Marjan Jereb*

## ■ INTERVJU

Mi pa stojimo in vztrajamo 34

*Karolina Godina*

Iatrosski je druženje zdravnikov in  
zobozdravnikov, ki ga povezuje športni duh 40

*Polona Lečnik Wallas*

## ■ IZ ZGODOVINE MEDICINE

Ekstrakcije zob v davnih časih 42

*Velimir Vulikić*

## ■ OBLETNICA

Obletnica ljubljanskega modela otroške kirurgije 43

*Vojko Gatnik*

## ■ ZANIMIVO

Radko Oketič –  
odlični karikaturist z mednarodnim odmevom 46

*Zvonka Zupanič Slavec*

Dober dan – za preživet 49

*Eldar M. Gadžijev*

## ■ MEDICINA

Ocenjevanje, določanje in merjenje bolečine 52

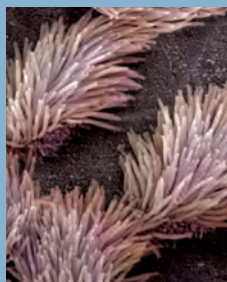
*Duška Meh, Dejan Georgiev*

Respiratorni sincicijski virus 56

*Miroslav Petrovec*

*Velika odkritja v medicini: mikrofotografija (SEM) bronhialne sluznice s ciliarnimi epiteljskimi celicami, ki jih kajenje močno poškoduje in s tem zavre spiranje sluznice s pomočjo toka sluzi.*

Stran 7



## ■ POROČILA S STROKOVNIH SREČANJ

Aktualni dogodki iz koloproktologije 2013 58

*Pavle Košorok*

VI. kongres šolske, študentske in adolescentne medicine Slovenije 59

*Miroslava Cajnkar Kac*

Celiakija prepovedko v diagnostični zavesti zdravnikov 61

*Zvonka Zupanič Slavec, Marjeta Sedmak, Jasna Volfand, Marina Mršnik, Maša Glišovič*

Sodobni pogled na obravnavo skeletnih nepravilnosti razreda II 65

*Vinka Rajkovič, Jasmina Primožič, Maja Ovsenik*

Študentski kongres dentalne medicine na Reki 66

*Rok Ovsenik, Miha Pirc*

Aktualne zamisli o zamenjavi sklepov: 2013 67

*Samo K. Fokter*

Novosti v fetalni medicini: prostocelična plodova DNK v krvi nosečnice – klinična uporaba 69

*Uršula Reš Muravec, Mili Lomšek*

Prvi letnik Šole urgence 71

*Vesna Borovnik Lesjak*

## ■ V SPOMIN

V spomin akademiku prof. dr. Jožetu Trontlju 72

*Roman Globokar*

Klara Kavalič (1971–2013),

Maks Soršak (1964–2012) 73

*Barbara Salobir*

## ■ S KNJIŽNE POLICE

Andrew Roberts: The Storm of War.

A New History of the Second World War 75

*Marjan Kordaš*

Borut Korun, dr. dent. med.:

Odisej sem, Itaka dom je moj sončni 77

*Andrej Rant*

## ■ STROKOVNA SREČANJA 78

## ■ MALI OGLASI 84

## latrosski je druženje zdravnikov in zobozdravnikov, ki ga povezuje športni duh

*Polona Lečnik Wallas*



40

## ■ ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

Božično razpoloženje in čast najzaslužnejšim 86

*Ksenija Slavec*

Priznanje zlata dediščina Slovenije

v roke prof. dr. Zvonki Zupanič Slavec 89

*Ana Marija Vrbič*

Jemen 91

*Urška Gantar Rott, Tomaž Rott*

## ■ ZAVODNIK

Zdravnik bolnik, učitelj učenec 97

*Eldar M. Gadžijev*

## Mi pa stojimo in vztrajamo

*Karolina Godina*



34

## Impressum

LETO XXIII, ŠT. 2, 1. februar 2014  
natisnjeno 9500 izvodov  
datum tiska: dan pred izidom  
UDK 61(497.12) (060.55)  
UDK 06.055:61(497.12)  
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISFV

### IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK / PUBLISHED BY

Zdravniška zbornica Slovenije  
The Medical Chamber of Slovenia  
Dunajska cesta 162, p. p. 439,  
1001 Ljubljana

W: <http://www.zdravniskazbornica.si>  
T: 01/ 30 72 100, F: 01/ 30 72 109  
E: [gp.zzs@zzs-mcs.si](mailto:gp.zzs@zzs-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.zdravniskazbornica.si>  
Isis online: ISSN 1581-1611  
T: 01/ 30 72 152, F: 01/ 30 72 109  
E: [isis@zzs-mcs.si](mailto:isis@zzs-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](mailto: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@zzs-mcs.si](mailto:marta.brecko@zzs-mcs.si)

### UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI / EDITORIAL BOARD AND JOURNALISTS

prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.  
izr. prof. dr. Vojko Flis, dr. med.  
prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.  
prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med.  
prof. dr. Boris Klun, dr. med., v. svet.  
akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.  
prof. dr. Anton Mesec, 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.  
prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med., v. svet.  
prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med.

### TAJNICI UREDNIŠTVA / SECRETARY

Marija Cimperman  
Slavka Sterle

### OBLIKOVNA ZASNOVA / DESIGN

Andrej Schulz, Primož Kalan  
VisArt studio, Ljubljana

### OBLIKOVANJE NASLOVNIC

Iz principa

### RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN PRIPRAVA ZA TISK - DTP

Stanislav Oražem,  
Sanda Logar

### TRŽENJE / MARKETING

Zdravniška zbornica Slovenije  
Dunajska cesta 162, p. p. 439,  
1001 Ljubljana  
T: 01/ 30 72 152, F: 01/ 30 72 109  
E: [isis@zzs-mcs.si](mailto:isis@zzs-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 × 1200 točk (pixels), to je okoli 2 milijona točk. Ločljivost najmanj 300 dpi.

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

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

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

## Poročila s strokovnih srečanj

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

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

## Nekrologi

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

## Izjava uredništva

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

## Letna naročnina

Letna naročnina za nečlane (naročnike) je 49,20 EUR. 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. Poština je plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

## Sodelovali

Prim. **Danica Avsec**, dr. med., Zavod RS za presaditve organov in tkiv Slovenija-transplant  
• Prof. dr. **Bojana Beović**, dr. med., Zdravniška zbornica Slovenije  
• **Vesna Borovnik Lesjak**, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor  
• Mag. **Andrej Bručan**, dr. med., Ljubljana  
• **Miroslava Cajnkar Kac**, dr. med., Mc Kac dispanzer za otroke in mladostnike, d. o. o., Slovenj Gradec  
• Izr. prof. dr. **Samo K. Fokter**, dr. med., UKC Maribor, Oddelek za ortopedijo  
• Prof. dr. **Eldar M. Gadžijev**, dr. med., v. svet., Preddvor  
• **Vojko Gatnik**, dr. med., SB dr. Franca Derganca Nova Gorica  
• Dejan Georgiev, univ. dipl. psih., Ljubljana  
• **Katarina Lucija Glas**, dr. med., ZD Litija  
• **Maša Glišovič**, absolventka medicine na MF Ljubljana  
• Doc. dr. **Roman Globokar**, univ. dipl. teol., Ljubljana Šentvid  
• Mag. **Karolina Godina**, dr. med., Celje  
• Dr. **Marjan Jereb**, dr. med., Ljubljana  
• Prof. dr. **Boris Klun**, dr. med., v. svet., Ljubljana  
• **Janez Koprivec**, dr. med., Koprivec, družinska medicina, d.o.o., Polhov Gradec  
• Akad. prof. dr. **Marjan Kordaš**, dr. med., Ljubljana  
• Dr. **Damjan Korošec**, univ. dipl. prav., Pravna fakulteta Ljubljana  
• Doc. dr. **Pavle Košorok**, dr. med., Iatros – dr. Košorok, d. o. o.  
• **Polona Lečnik Wallas**, univ. dipl. soc., Zdravniška zbornica Slovenije  
• **Mili Lomšek**, dr. med., ZD Domžale  
• Mag. **Nina Mazi**, dr. med., Ljubljana  
• Znanst. svet.

dr. **Duška Meh**, dr. med., MF Ljubljana, Katedra za fizikalno in rehabilitacijsko medicino  
• Prim. **Andrej Možina**, dr. med., Zdravniška zbornica Slovenije  
• **Marina Mršnik**, študentka 6. letnika MF Ljubljana  
• Mag. **Dušan Nolimal**, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja RS  
• Izr. prof. dr. **Maja Ovsenic**, dr. dent. med., UKC, SPS Stomatološka klinika  
• **Rok Ovsenic**, Ljubljana  
• Izr. prof. dr. **Miroslav Petrovec**, dr. med., MF Ljubljana, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo  
• **Miha Pirc**  
• **Silvana Popov**, dr. med., Zasebna splošna ambulanta Popov Silvana, dr. med., spec. spl. med., Makole  
• Doc. dr. **Jasmina Primožič**, dr. dent. med., Orthos, Ljubljana  
• **Vinka Rajković**, dr. dent. med., ZD Postojna  
• **Andrej Rant**, dr. dent. med., Ljubljana  
• Mag. **Uršula Reš Muravec**, dr. med., Zdravstven center Dravljje, Ljubljana  
• Prof. dr. **Tomaž Rott**, dr. med., Ljubljana  
• Doc. dr. **Barbara Salobir**, dr. med., UKC Ljubljana, KO za pljučne bolezni in alergije  
• Prim. **Martina Sedmak**, dr. med., svet., UKC Ljubljana, SPS Pediatrična klinika  
• **Ksenija Slavec**, dr. med., UKC Ljubljana  
• **Jasna Volfand**, dr. med., Diagnostični center, d. o. o., Bled  
• **Ana Marija Vrbič**  
• Prof. dr. **Vito Vrbič**, dr. dent. med., v. svet., Ljubljana  
• Prim. dr. **Velimir Vulikić**, dr. dent. med., Domžale  
• Prof. dr. **Zvonka Zupanič Slavec**, dr. med., MF Ljubljana, Inštitut za zgodovino medicine



# Omejitev kajenja – globalna zdravstveno-preventivna akcija, ki jo je utemeljila medicina

Polona Lečnik Wallas

Letos mineva sedem let od uveljavitve novele zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov, s čimer je bila prepovedana uporaba tobačnih izdelkov v javnih in delovnih zaprtih prostorih. S tem je omejena izpostavljenost dimu. Prepoved kajenja sledi paradigmi, da so posledice kajenja za zdravje ljudi in za ekonomijo velike. Zdrav delavec je manjši strošek za zdravstvo, njegov prispevek gospodarstvu pa zato večji. Medicina je imela pri tem odločujočo vlogo: opozorila je na škodljive posledice kajenja ter na koristi izboljšanja zdravja posameznikov, ki so prenehali kaditi. Kakšne so koristi za zdravje, smo se pogovarjali z izr. prof. dr. Marjeto Terčelj Zorman, dr. med., spec., vodjo Kliničnega oddelka za pljučne bolezni in alergije UKC Ljubljana.

## Kakšne so koristi, ki jih prinese takojšnja opustitev kajenja?

Koristi prenehanja kajenja so številne. V 30 minutah, potem ko prenehaš kaditi, že pade srčna frekvenca. Po 12 urah se izloči ogljikov monoksid iz krvi. V 2 do 12 tednih se zmanjša tveganje za srčne dogodke, izboljša se cirkulacija, ljudje lažje delajo in izboljša se pljučna funkcija. V 1 do 9 mesecih se tudi bistveno zmanjša kašelj in občutek težjega dihanja. Eno leto po prenehanju se tveganje, da bi zboleli za koronarno boleznijo, razpolovi v primerjavi s kadilcem. V 5 letih se dramatično zmanjša tveganje za raka v ustih, vratu, grlu in požiralniku, šele po 10 letih se zmanjša tveganje za nastanek pljučnega raka, pa tudi raka sečnega mehurja, ledvic, slinavke. Po 15 letih od prenehanja kajenja ima nekdanji kadilec enako tveganje za nastanek srčnih bolezni kot tisti, ki ni nikdar kadil.

## Kakšen je vpliv starosti na prenehanje kajenja?

Življenjska doba je podobna kot pri nekadilcu, če prenehaš s kajenjem pred 35. letom starosti. Če prenehaš s kajenjem pred 50. letom, je življenjska doba v naslednjih petnajstih letih za polovico manjša. Lahko rečemo, da v kolikor prenehaš s kajenjem, si ne glede na starost izboljšaš kakovost življenja. Kajenje namreč vpliva na človekov videz, koža se hitreje postara, kadilci so bolj podvrženi tveganju za razvoj katarakte,

imajo tudi bolj rumene zobe in slab zadah iz ust. Statistike tudi kažejo, da kadilke v povprečju težje zanosijo kot nekadilke in imajo v nosečnosti več težav. Tudi otroci kadilk so ob porodu v povprečju lažji. Ti otroci so veliko bolj podvrženi okužbam, razvijejo tudi alergije, astmo in druge bolezni.

## Ne gre spregledati tudi ekonomskega vidika kupovanja cigaret.

Zagotovo. Dejansko se za cigarete porabi veliko denarja, v dvajsetih letih za vrednost eno- ali dvosobnega stanovanja. To je ogromno.

## Na kakšen način je medicina prispevala k prepovedi kajenja?

Ljudi ne moreš samo prepričevati, naj ne kadijo. Zgledi so tisti, ki vlečejo. Ker je medicina ugotovila škodljivost cigaret, je morala tudi prva ukrepati in opozoriti družbo na posledice. Medicina je veliko pripomogla z analizo, spodbujala s preventivo, opozarjala in obveščala javnost. Hkrati pa tudi z zgledom, tako pri sebi, kot tudi z vplivom na to, da se ne kadi, predvsem na javnih mestih. Da bi popolnoma preprečili kajenje pri vseh ljudeh, verjetno ne bo mogoče, je pa prav, da poskušamo čim bolj znižati porabo tobaka.

## Iz preteklosti poznamo primere, ko je tobak užival status zdravila.

Res je, pravo vprašanje se skriva v tem, zakaj je sploh prišlo do tako množičnega kajenja. Sprva se ni vedlo, da je kajenje tako škodljivo. Tobak ima tudi substance, ki so jih stara ljudstva, kot so Maji, uporabljala za zdravljenje nekaterih bolezni pri človeku, vendar nikoli v obliki kajenja. Zato se na začetku tudi ni pričakovalo, da ima način uporabe s kajenjem tako škodljiv učinek. Morda je tudi zato medicina potrebovala toliko časa za odziv, saj je bil tobak dejansko zdravilo.

## Hvala lepa za pogovor.

E-naslov: [polona.wallas@zzs-mcs.si](mailto:polona.wallas@zzs-mcs.si)

### 31. januar - Dan brez cigarete

*Kajenje tobaka je med vsemi dejavniki tveganja za zdravje v Sloveniji najpomembnejši preprečljivi dejavnik za smrt ter izgubljena zdrava leta življenja zaradi prezgodnje smrti in manjzmožnosti. Kadilci v Sloveniji umirajo v povprečju kar 15 let prej kot nekadilci, številna leta pred smrtjo pa preživijo v slabem zdravju. Skoraj petino vseh smrti pri Slovencih, starih 30 let ali več, pripisujemo rabi tobaka, to je okoli 3.500 smrti vsako leto. Raziskava IVZ-ja v letih 2011 in 2012 ugotavlja, da se delež kadilcev zmanjšuje, saj kadi manj kot četrtnina prebivalcev v starostni skupini 15–64 let.*

Vir: NIJZ

# Pripravnništvo zdravnikov

Andrej Bručan

Po trenutno veljavni zakonodaji zdravnik po zaključeni medicinski fakulteti prične delo kot zdravnik pripravnik in v šestih mesecih opravi predpisani program pripravnništva. Ni bilo vedno tako, zato uvodoma nekaj besed o tem, kako je bilo področje urejeno v zadnjih dvajsetih letih.

Zdravniška zbornica je od uvedbe sekundarijata urejala področje v okviru podkomisije, ki je bila zadolžena za izvajanje pripravnništva in sekundarijata ter izvedbo strokovnega izpita. Po letu 2004 je bilo izvajanje strokovnega izpita s področja urgentne medicine, bolj zaradi tehničnih kot vsebinskih razlogov, preneseno na Ministrstvo za zdravje. Z nastopom novega mandata vodenja zbornice 2008–2012 je bila v letu 2008 najprej ukinjena podkomisija za sekundarijat in pripravnništvo, kasneje pa tudi sekundarijat. 6-mesečno pripravnništvo zdravnikov na področju urgentne medicine je nadomestilo predhodni 2-letni sekundarijat. V celotnem mandatu 2008–2012 izvajanje pripravnništva ni bilo posebej koordinirano, temveč vključeno v pristojnost Sveta za izobraževanje zdravnikov. V tem času se je pripravnništvo izvajalo utečeno, zaradi načina dela pa nekaterih organizacijskih problemov, predvsem v večjih ustanovah, ni bilo mogoče sproti in zadosti učinkovito reševati.

Novo vodstvo zbornice je leta 2013 imenovalo Delovno skupino za pripravnništvo, katere cilji so sprotno urejanje organizacije pripravnništva in prenos izvajanja strokovnega izpita nazaj na zbornico. V času delovanja se je njen pomen povečal, saj je prišlo do teženj po ukinitvi pripravnništva, čemur sta Delovna skupina za pripravnništvo in zbornica aktivno nasprotovali.

Ena od prvih nalog Delovne skupine za pripravnništvo je bila pomoč akreditacijski komisiji pri oblikovanju predloga za obnovitev pooblastil ustanovam za izvajanje programa zdravniškega pripravnništva. Pripravljen je bil vprašalnik, ki so ga ustanove izpolnile in priložile vlogi za podelitev pooblastil, sam pa sem, kot predsednik Delovne skupine za pripravnništvo, ustanove tudi obiskal. Preveril sem, kako se izvaja pripravnništvo, iz razgovorov z vodstvi in ostalimi zdravniki v ustanovah pa je bilo moč zaznati presenečenje nad idejo o ukinitvi pripravnništva. Pripravnništvo je predvsem delo na področju urgentne medicine in pomeni prenos pridobljenega znanja medicine v prakso. Dobro izvajanje pripravnništva mlademu zdravniku

omogoča praktično usposabljanje in kasnejše dobro opravljanje zdravniškega poklica. V številnih ustanovah, ki sem jih obiskal, so se zavedali izjemnega pomena pripravnništva za mlade zdravnike, poudarili so dobro organizacijo pripravnništva v okviru zbornice, kot težavo pa so izpostavili nejasno interno definirane strukture pri izvajanju pripravnništva. Na predlog zbornice je Ministrstvo za zdravje podelilo pooblastila za izvajanje programa zdravniškega pripravnništva vsem predlaganim ustanovam, v predlaganem obsegu 195 pripravniških mest.

Delovna skupina se je nato osredotočila na organizacijo okrogle mize z mladimi zdravniki in študenti zaključnih letnikov medicinskih fakultet, saj je pomembno tudi pridobivanje povratnih informacij z njihove strani. Odziv mladih zdravnikov je bil dober, razpravljalo pa se je predvsem o vlogi in prihodnosti pripravnništva. Delovna skupina je predstavila svoje poglede na organizacijo pripravnništva, po razpravi pa so povratne informacije glede ključnih vprašanj podali mladi zdravniki. Pojavila se je ideja o dodatnem 6-mesečnem usposabljanju v ambulanti družinske medicine po opravljenem strokovnem izpitu. Razprava o trenutnem razporedu pripravnništva in posegih je nakazala potrebo po posodobitvi seznama posegov in razporeda zdravniškega pripravnništva po posameznih specialnostih, podrobneje na področju pediatrije, infekcijskih boleznih, nevrologije in psihiatrije. Posodobiti in spremeniti je treba način izvajanja strokovnega izpita, določiti literaturo, posodobiti in povečati zbirko vprašanj oziroma pripraviti katalog znanj za pripravo na izpit. V ta namen sta se že oblikovali skupini, ki bosta to izvedli. Po daljši razpravi je bil podprt predlog, da se izvajanje strokovnega izpita prenese na zbornico, pri čemer so zobozdravniki še posebej zainteresirani za prenos celotnega izvajanja in organizacije pripravnništva na zbornico. Sprejemljiva čakalna doba za nastop pripravnništva je po mnenju mladih zdravnikov 2 do 3 mesece, kar je v večini ustanov realno pričakovati. Podprta je bila tudi ideja o uvedbi e-lista zdravnika pripravnika.

Delovna skupina si bo aktivno prizadevala, da bo v prihodnosti pripravnništvo organizirano tako, da bodo pripravniki pridobili čim več praktičnega znanja, trenutno pa se ukvarja z organizacijo okrogle mize v Mariboru, ki bo predvidoma v mesecu februarju.

## Predlog novega Pravilnika o zdravniških licencah

Bojana Beović

Pri zbornici smo se že dalj časa zavedali, da je obstoječi Pravilnik o zdravniških licencah (Uradni list RS, št. 109/99, 107/00, 45/02, 44/04, 136/06 in 25/10), ki je v veljavi že od leta 2000, potreben celovite prenove, saj kljub siceršnjim sprotnim posodobitvam in prilagajanjem spreminjajoči se zakonodaji ne sledi več duhu sodobnega časa. Tega obsežnega dela se je pod vodstvom prof. dr. Bojane Beović, dr. med., lotila delovna skupina, sestavljena iz predstavnikov zbornice, Slovenskega zdravniškega društva in Sindikata Fides. Člani delovne skupine so bili: izr. prof. dr. Bojana Beović, dr. med., prim. Matija Cevc,

dr. med., prof. dr. Borut Geršak, dr. med., prof. dr. Radovan Hojs, dr. med., prof. dr. Radko Komadina, dr. med., dr. Rok Kosem, dr. dent. med., Damjan Polh, dr. med., Bojan Popovič, dr. med., in prof. dr. David Božidar Vodusek, dr. med.

Rezultat večmesečnega intenzivnega dela delovne skupine je predlog novega, posodobljenega Pravilnika o zdravniških licencah, ki prinaša pomembne spremembe in novosti na področju strukture kreditnih (licenčnih) točk, uvaja natančna pravila sodelovanja s farmacevtsko in drugo sorodno industrijo, natančneje in obsežneje ureja vsebine, ki so trenutno



pomanjkljivo urejene, kar v praksi povzroča nemalo težav (posedovanje dveh ali več licenc, potek preizkusa strokovne usposobljenosti, potek dodatnega strokovnega usposabljanja), je pa tudi bistveno krajši od trenutno veljavnega pravilnika, saj v njem ne prihaja več do ponavljanja ali nepotrebne prepisovanja zakonskih določil.

V uvodnem delu novi pravilnik natančno našteva in konkretizira primere, v katerih je možno podeliti licenco tako po uradni dolžnosti kot na podlagi vloge. Pri tem poudarjamo, da gre seveda za primere, ki jih določajo zakoni; pravilnik torej ne uvaja nobenih primerov podelitve licence, ki ne bi imeli zakonske podlage.

Novi pravilnik natančno in jasno specificira strokovne vsebine – izobraževanja za pridobivanje kreditnih točk, število pripadajočih točk za posamezne strokovne vsebine ter način pridobivanja točk, tako s strani organizatorja kot posameznika. Novi pravilnik daje večji poudarek tudi strukturiranosti točk, ki jih je treba pridobiti za podaljšanje licence (število potrebnih točk ostaja enako kot doslej, in sicer 75) – zdravnik bo moral (podobno kot doslej) vsaj 50 potrebnih točk pridobiti na strokovnem področju, za katero mu je bila podeljena licenca, posebna novost pa je izrecna zahteva po pridobivanju točk s področij varnosti, etike in komunikacije. Gre za vsebine, ki niso neposredno povezane s strokovnim znanjem, a jih zdravnik pri vsakodnevnem delu zelo potrebuje. Z dodajanjem omenjenih vsebin bomo tudi v Sloveniji prešli z neprekinjenega podiplomskega izobraževanja na neprekinjen strokovni razvoj slovenskih zdravnikov.

Novi pravilnik zelo natančno ureja in definira preglednost financiranja strokovnih vsebin in konflikt interesov ter s tem vzpostavlja doslej manjkajoča pravila sodelovanja s

farmacevtsko in sorodno industrijo ali industrijo medicinske opreme. S tem je poudarjena in izpostavljena predvsem preglednost financiranja izobraževanj, kar bo zdravniku omogočilo kritično oceno predstavljenih informacij. Z namenom preprečitve neželenega vplivanja na stroko je zato tudi eksplicitno predvideno, da za udeležbo na strokovnih vsebinah, ki jih organizira farmacevtsko ali sorodno podjetje ali podjetje z medicinsko opremo, ne bo možno pridobiti kreditnih točk. Delovna skupina je pri pripravi tega dela novega pravilnika upoštevala nedavno objavljene pogoje za akreditacijo izobraževalnih dogodkov, ki jih je objavil UEMS.

Pomembna novost v postopku podaljšanja licence, ki bo bistveno razbremenila zdravnike, je v tem, da bo zbornica postopek podaljšanja licence sprožila po uradni dolžnosti in v primeru, če bodo izpolnjeni vsi pogoji, zdravniku licenco podaljšala, brez da bi za to z njegove strani zahtevala še dodatne aktivnosti v smislu vložitve vloge, kot to poteka sedaj.

Preizkus znanja v primeru nedoseganja pogojev za podaljšanje licence ostaja, vendar bo praviloma potekal kot razgovor z zdravnikom in pregled zdravnikovega dela (pregled medicinske dokumentacije) v njegovem okolju. Tak način preverjanja strokovne usposobljenosti zdravnika je do zdravnika spoštljiv, obenem pa omogoča vpogled v konkretno zdravnikovo delo.

Novi pravilnik je bil na podlagi odločitve skupščine zbornice v obdobju od 5. 12. do 18. 12. 2013 predan v javno razpravo; prejetih je bilo trinajst pripomb in predlogov, ki jih bo delovna skupina poskusila v čim večji meri vključiti v besedilo novega pravilnika.

E-naslov: [bojana.beovic@klj.si](mailto:bojana.beovic@klj.si)

## Iz dela zbornice

### Zdravniška zbornica Slovenije se je sredi decembra srečala z zastopniki pacientovih pravic ter s predstavniki društev bolnikov

Zaradi vedno večjega neskladja med razpoložljivimi sredstvi za zdravstvo in vedno večjimi pričakovanji bolnikov se je ZZS odločila vzpostaviti dialog z bolniki. V ta namen smo organizirali skupno druženje, na katerem so se predstavili številni problemi tako zdravstva kot tudi izvajalcev zdravstvenih storitev. Sestanka se je udeležilo kar 8 zastopnikov pacientovih pravic ter 9 društev bolnikov. Problemov je veliko in nekateri presegajo pristojnosti ZZS, skupna pa nam je skrb za kakovostno medicino in varnost bolnika. Udeleženci sestanka so se dogovorili, da je dialog med zdravniki, združenji bolnikov in zastopniki bolnikovih pravic potreben, zato bomo s srečanji nadaljevali. Zbornica je poudarila stališče, da so združenja bolnikov najbolj reprezentativni predstavniki laične javnosti z vidika poznavanja zdravstva, tako njegovih dobrih kakor tudi slabih lastnosti. Zastopniki pacientovih pravic so ZZS seznanili s pritožbami in tudi pohvalami s strani uporabnikov zdravstva. Naslednji sestanek je predviden že spomladi.

*Polona Lečnik Wallas*

### Odločbe o višini članarine

V mesecu februarju bo zbornica izdala odločbe o višini članarine za leto 2014. Letno višino članarine za posamezno kategorijo določa Sklep o določitvi članarine Zdravniške zbornice Slovenija. Višina članarine je določena za naslednje kategorije: pripravnik, zdravnik sekundarij in mladi raziskovalec, specializant, doktor dentalne medicine, zdravnik splošne medicine ter specialist.

Članarina polno upokojenih članov zbornice, ki ne opravljajo zdravniške službe, je 40,00 evrov letno. Članarina polno upokojenih članov zbornice, ki opravljajo zdravniško službo na podlagi pogodb civilnega prava, in članarina članov zbornice, ki so visokošolski učitelji ali znanstveni delavci in ne opravljajo zdravniške službe, je 108,00 evrov letno. Članarina članov zbornice, ki imajo pravico do delne starostne ali invalidske pokojnine, znaša 75 odstotkov zneska članarine, ki bi jim bila odmerjena v skladu s prvim odstavkom prejšnje točke. Status polno upokojenega člana ter status člana, ki ima pravico do delne starostne ali invalidske pokojnine, član zbornice dokazuje s potrdilom pristojnega organa, o neopravljanju zdravniške službe pa se član izreče s pisno izjavo.

Plačila članarine so oproščeni člani zbornice:

- ki so brezposelne osebe skladno s predpisi s področja zaposlovanja in zavarovanja za primer brezposelnosti;

- ki so v hujši finančni stiski v skladu s pravilnikom zbornice o skrbstvenem skladu;
- ki uveljavljajo pravico do plačila prispevkov zaradi zapustitve trga dela v skladu z Zakonom o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (Uradni list RS, št. 110/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG in 10/08).

Plačila članarine so člani zbornice oproščeni le za obdobje, ko imajo status, status pa član zbornice dokazuje s potrdilom pristojnega organa.

Članarina članov na starševskem dopustu in članov, ki uveljavljajo pravico do dela s krajšim delovnim časom zaradi starševstva, če njihovo nadomestilo oziroma plača ne presega 1.699,71 evrov, znaša 25,00 evrov letno.

Zdravniška zbornica Slovenije je po uradni dolžnosti dolžna vsakemu članu izdati odločbo o višini letne članarine, da vas s tem seznanimo o višini članarine, ki naj bi jo za posamezno leto plačali. Stanje se ugotovi na dan 1. 1. vsakega posameznega leta. Odločba se izda zato, da se vam tudi ponudi možnost pritožbe na nepravilno ugotovljen status in s tem povezano višino članarine.

Za vse dodatne informacije v zvezi s članarino je na voljo ga. Ivica Lebar, tel. 01 30 72 132 oz. na e-naslovu: [ivica.lebar@zzs-mcs.si](mailto:ivica.lebar@zzs-mcs.si).

*Nevenka Novak Zalar*

## Odbor za zobozdravstvo in stališče do prostega pretoka bolnikov

Širšo javnost zanima stališče Odbora za zobozdravstvo do uvedbe Direktive 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu na področju zobozdravstva. Naše stališče je jasno, slovenski zobozdravniki ne pričakujemo večjega odliva slovenskih bolnikov. Tudi zaradi tega ne, ker direktiva zaenkrat naj ne bi veljala za osnovno zobozdravstvo, kar praktično pomeni, da bi lahko v tujino odšli samo pacienti z napotnico za specialista. Prav tako pričakujemo, da bodo ZZZS in dopolnilne zdravstvene zavarovalnice zelo natančne in bodo dosledno upoštevale Pravila OZZ pri morebitnem povračilu stroškov.

Od političnih odločevalcev in ZZZS pa pričakujemo, da bomo slovenski izvajalci v enakovrednem položaju v primerjavi s tujimi, kar pomeni, da bi lahko pacienti tudi za plačane storitve pri slovenskem izvajalcu dobili povrnjena sredstva v skladu z veljavnimi Pravili OZZ.

*Sabina Markoli*

## Zobozdravstvo – Navodilo za evidentiranje in obračunavanje zdravstvenih storitev

Na intranetni strani Zdravniške zbornice Slovenije <https://intra.zdravnikazbornica.si/intra/default.asp>, ki je namenjena zobozdravnikom, je objavljen del Navodila št. 30 za evidentiranje in obračunavanje zdravstvenih storitev, ki se nanaša na zobozdravstvo.

## Informacija na področju razpisa specializacij

V mesecu januarju potekajo izbirni postopki za odobritev specializacij kandidatom, prijavljenim na javni razpis. Do 17. januarja je bilo izdanih že 33 odločb o odobritvi specializacije kandidatom, kjer ni bilo izbirnih postopkov, in 7 odločb v upravnih zadevah, kjer so bili izbirni postopki že opravljeni. Izdani so bili celo že prvi sklepi o pričetku opravljanja specializacije.

*Tina Šapec*

## Predstavitve knjige Andrologija

V Domus Medica je potekala predstavitve knjige Andrologija, doc. dr. Branka Zorna, dr. med., s sodelavci. Gre za prvo takšno knjigo v Sloveniji.

Na Slovenskem ima andrologija dolgo tradicijo. Že nekaj desetletij so slovenski neplodni moški deležni enako skrbne medicinske obravnave kot ženske, v ustanovah, ki se ukvarjajo z zdravljenjem neplodnosti. Zato je dozorela zamisel o slovenski knjigi o andrologiji. Uresničeno delo je sad dolgoletnih izkušenj in izobraževanja avtorjev doma in na tujem. Izdajatelj Andrologije je katedra za ginekologijo in porodništvo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, založnik pa Medicinska fakulteta v Ljubljani. Monografija je delo sedemintridesetih strokovnjakov s področij anatomije, biologije, embriologije, endokrinologije, fiziologije, genetike, ginekologije, histologije, patologije, pediatrije in urologije. Delo vsebuje bazično in klinično interdisciplinarno znanje iz andrologije in sorodnih področij.

Andrologija je namenjena specialistom in specializantom andrologije, urologije, ginekologije, pediatrije, specialistom in specializantom splošne medicine in družinske medicine ter študentom medicine, biologom, psihologom, laboratorijskim tehnikom in vsem drugim zdravstvenim delavcem, katerih delo je povezano z andrologijo.

Na predstavitvi je kot recenzentka sodelovala prof. dr. Helena Meden Vrtovec.

*Polona Lečnik Wallas*

## Člani zbornice na ogledu stalne zbirke Narodne galerije

V četrtek, 16. januarja, si je 15 članov Zdravniške zbornice Slovenije pod vodstvom kustosa dr. Ferdinanda Šerbelja v Narodni galeriji ogledalo zbirko Umetnost na Slovenskem. Stalna zbirka, ki je v času prenove palače Narodnega doma na ogled v novem krilu Narodne galerije, predstavlja umetnine, nastale na slovenskem ozemlju od 12. do 20. stoletja. Zanimiva kronološka predstavitev umetniških del od najzgodnejše nabožne umetnosti do slovenskega impresionizma je udeležencem ogleda osvežila že pridobljeno znanje, hkrati pa z osvetlitvijo nekaterih slogovnih značilnosti razstavljenih del odstrla nove poglede na likovno ustvarjalnost na Slovenskem. Organizirani obiski v Narodni galeriji so za člane ZZZS brezplačni, v prihodnosti pa načrtujemo še en voden ogled.

*Marta Brečko Vrhovnik*

## Seminarji in delavnice Zdravniške zbornice Slovenije

NASLOV STROKOVNEGA SREČANJA	DATUM	SPI TOČKE	KOTIZACIJA
<b>Učinkovito reševanje konfliktov s pacienti</b> (seminar)	<b>februar:</b> 4. 2. 2014 <b>maj:</b> 8. 5. 2014	5,5	120 EUR (DDV je vključen), upokojenci imajo 25 % popusta
<b>Odnos s pacienti – Kako reči »ne« brez občutka krivde</b> (seminar)	<b>februar:</b> 12. 2. 2014 <b>maj:</b> 13. 5. 2014	5,5	120 EUR (DDV je vključen), upokojenci imajo 25 % popusta
<b>Spori na delovnem mestu in zakaj je uporaba mediacije in mediacijskih veščin koristna</b> (seminar)	<b>februar:</b> 14. 2. 2014	6	40 EUR (DDV je vključen)
<b>Mediacijske veščine in mediator v zdravstvu</b> (100-urni tečaj)	<b>marec:</b> 13.–23. 3. 2014	20	841,80 EUR (DDV je vključen)
<b>Nujna medicinska pomoč, delavnice za ekipe v zobozdravstvu</b>	<b>marec:</b> 8. 3. 2014 <b>april:</b> 19. 4. 2014	8	147 EUR (DDV je vključen)
<b>Čustveno inteligentni starši</b> (seminar)	<b>marec:</b> 27. 3. 2014	v postopku	40 EUR (DDV je vključen)
<b>Da ne bi po nepotrebnem strašili in jezili drugih</b> (seminar)	<b>april:</b> 17. 4. 2014	v postopku	40 EUR (DDV je vključen)
<b>Obvladovanje stresa na delovnem mestu – mednarodni simpozij</b>	<b>maj</b>	v postopku	Kotizacije ni.
<b>Laž in resnica v medosebnih odnosih</b> (seminar)	<b>maj:</b> 22. 5. 2014	v postopku	40 EUR (DDV je vključen)

Podroben program in prijavnico najdete na spletni strani zbornice:

<http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>. Prijavite se lahko tudi na e-naslov: [mic@zss-mcs.si](mailto:mic@zss-mcs.si).

## Seminarji za osebno rast

**Izvajalca:** Polona Selič, univ. dipl. psih., in  
Andrej Juratovec, soc. del.

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.

### Laž in resnica v medosebnih odnosih

(predavanje) – maj

V predavanju bomo predstavili odkrivanje zavajanja. 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.

### Čustveno inteligentni starši

(predavanje) – marec

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

### Da ne bi po nepotrebnem strašili in jezili drugih

(predavanje) – april

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. Ob koncu delavnice pričakujemo, da bodo udeleženci zmogli upoštevati medosebno različnost ter delovanje lastnih in čustev drugih.

**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.

## Spori na delovnem mestu in zakaj je uporaba mediacije in mediacijskih veščin koristna?

seminar – februar

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 100-urnega osnovnega usposabljanja iz mediacijskih veščin in mediacije v zdravstvu za zdravnike in zobozdravnike na Zdravniški zbornici Slovenije.**

## Mediacijske veščine in mediator v zdravstvu – 100-urno usposabljanje

delavnica – marec,

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

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

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

**Cilji usposabljanja:**

- udeležence seznaniti s pojmom mediacija in temeljnimi mediacijskimi veščinami,
- udeležence usposobiti za reševanje konfliktov s pomočjo mediacijskih veščin v vsakovrstnih sporih med različnimi udeleženci,
- udeležence naučiti voditi proces mediacije v zdravstvu.

**Usposabljanje je namenjeno:**

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

## Nujna medicinska pomoč za ekipe v zobozdravstvu

delavnica – marec, april

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

**Tečaj 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.

## Učinkovito reševanje konfliktov s pacienti

seminar – februar, maj

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.

## Odnos s pacienti – Kako rečem »NE« brez občutka krivde

seminar – februar, maj

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 hrbtenica in da ne more delati. Diagnoza tega ne pokaže. Vse kaže na to, da hoče izsiliti bolniški dopust. Pacient pritiska.
- **Kako rečem »ne«, da ohranim svojo strokovno avtoriteto in človeško dostojanstvo?**
- Zakaj se občasno, ko sem odločen ali se postavim zase – počutim krivega?

**Seminar vodi** ga. Metka Komar.

## Dopis za zbornico

V tedenskem biltenu ZZS (29. 11.–5. 12. 2013) ste objavili, da predlagate nov Pravilnik o zdravniških licencah. V 9. členu predlagate, da mora zdravnik oz. zobozdravnik za podaljšanje licence pridobiti vsaj pet točk s področij varnosti, etike in komunikacije.

Ni etično, da ZZS določa, katera predavanja mora poslušati njen član.

V današnjem času so knjigarne in knjižnice polne knjig o osebni rasti, čustveni inteligenci in podobno. Strokovnjaki in strokovnjaki pod narekovanjem nas učijo, kako biti dober, srečen, uspešen. Cilj je zaslužek. Ali ste kdaj slišali, da nekdo od njih dela prostovoljno oz. da se je nekdo odpovedal honorarju?

Če boste v Pravilniku napisali, da je predavanje iz etike obvezno, je etično, da ga organizirate brezplačno. Predavatelje plačajte z denarjem od naše članarine.

Če boste v pravilniku napisali, da je predavanje iz etike obvezno, s plačilom kotizacije, verjamem, da ima nov pravilnik samo en cilj. Cilj, da megalomanska investicija, za katero smo zdravniki in zobozdravniki plačali preveč in še plačujemo (kljub temu da je imela zbornica od 2000 do 2012 3.447.663 evrov dobička) in kateri je ime Domus Medica, ne ostane prazna.

Etično?

*Silvana Popov, dr. med., spec. spl. med.*

E-naslov: [silvana.popov@gmail.com](mailto:silvana.popov@gmail.com)

## Odgovor prof. dr. Bojane Beović, dr. med., predsednice Odbora za izobraževanje in usposabljanje zdravnikov

Zdravniško delo je zahtevno. Za dobro opravljanje zdravniškega dela je potrebno poznavanje stroke in hkrati osvojitve veččin dela z ljudmi in za ljudi. Po vsem svetu ugotovljajo, da do večine sporov med bolniki in zdravniki prihaja zaradi težav s komunikacijo. Zdravniki se pri svojem delu srečujemo tudi z mnogimi etičnimi dilemami, ki jim sami ob konkretnem primeru nismo vedno kos. Potem je tu še sistematična skrb za varnost bolnikov, nadzor nad kakovostjo lastnega dela in še bi se našle teme, ki so neizogibni del zdravniškega poklica.

Delovna skupina, ki je pripravljala spremembo pravilnika, je menila, da je izobraževanje in usposabljanje slovenskih zdravnikov na teh področjih smiselno spodbuditi. Nismo se še odločili, ali bo šlo za posebne točke, ki bi jih zdravniki pridobili na prav tem temam namenjenih tečajih, delavnicah in podobno, ali pa bi se višje točkovala tista izobraževanja, ki poleg strogo strokovnih vključujejo tudi te teme. O tem naj bi v prihodnje odločila Skupščina ZZS.

Vsekakor pa s tem niso bila mišljena izobraževanja, ki jih o komunikaciji že nekaj let prireja ZZS, kot edina oziroma kot ekskluzivna. Nasprotno. Do licenčnih točk iz omenjenih področij bi zdravnik lahko prišel kjerkoli, ampak res kjerkoli na svetu, ne le v Sloveniji, če bi le mogel z referencami organizatorja in programom izobraževanja prikazati, za kaj gre. Sem seveda,

tako kot velja za strokovne teme, spadajo tudi različna izobraževanja na daljavo, preko spleta.

Na zbornici smo se že pogovarjali, da bi si zdravniki del sredstev, ki jih zberemo s članarino, namenili nazaj v obliki brezplačnih ali cenejših izobraževanj. Seveda pa ne bi bilo prav, da bi zbornica (ali katerakoli zdravniška organizacija) določala, za katera izobraževanja naj bi bil ta denar namenjen; še manj, katerim izvajalcem izobraževanj, saj bi to ustvarjalo očiten monopol in vse, kar temu sledi. O načinu, kako bi se del članarine lahko porabljal za izobraževanja, se bomo morali še temeljito pogovoriti.

Glede izobraževanj, ki potekajo na zbornici, je Izvršilni odbor na pobudo Sveta za izobraževanje sprejel odločitev, da bomo izvajalce izobraževanj izbrali na razpisu, prav zato, da bi onemogočili pristranskost, na katero opozarja kolegica Popov.

Seveda pa je treba vedeti, da predavanja, njihova priprava in izvedba, terjajo kar nekaj ur dela, zato se mi zdi v vsakem primeru prav, da so predavatelji za svoje delo plačani. Ni treba, da so ta plačila visoka, saj so razmere v Sloveniji in v zdravstvu take, kot so. Tudi intelektualno delo je delo; na tem moramo, mislim, zdravniki v svoje dobro vztrajati.

*Prof. dr. Bojana Beović, dr. med.*

E-naslov: [bojana.beovic@klj.si](mailto:bojana.beovic@klj.si)

Ko pacient od zdravnika zahteva, da mu izroči amputirano nogo

# Shematski pravni in etični pregled

Damjan Korošec

Zaposleni v zdravstvu, po naravi stvari v prvi vrsti zdravniki, se lahko soočijo z zahtevo pacienta, njegovega pooblaščenca ali koga drugega po izročitvi dela telesa, ki je bil pacientu odvzet z medicinskim posegom ali se je izločil iz njegovega telesa, lahko pa tudi po izročitvi stvari, ki se je tako ali drugače nahajala v njegovem telesu (pa sicer ni bila del njegovega telesa v biološkem smislu<sup>1</sup>). Pri tem gre za relativno pestro in vsaj v določenih delih pravno in ne nazadnje tudi etično kompleksno problematiko, s katero se je v zadnjem času večkrat spopadala tudi Komisija za medicinsko etiko Republike Slovenije. Zato naj ne bo odveč kratek shematski prikaz za lažjo pravno in etično orientacijo zdravstvenih delavcev ob taki zahtevi.

## 1. Predmet zahtevka

Zahteva po izročitvi dela telesa ali stvari, ki je bila v telesu, se lahko nanaša na:

- tkiva, organe in podobne dele človeškega organizma (v zadnjem času srečujemo npr. zahteve po izročitvi posteljnice (*placente*) materi po porodu, znani pa so tudi primeri zahtev po izročitvi izdrtih zob in celo amputiranih udov);
- proizvode človeškega telesa v najširšem smislu, kot npr. na žolčne, ledvične in podobne kamne, pa tudi telesne izločke, ki bi se utegnili nabrati pri kakšnem medicinsko usmerjenem ukrepu;
- stvari, ki so se tako ali drugače nahajale v telesu človeka oz. se v njem znašle in so bile od tam odstranjene z medicinskim posegom: krogle strelnega orožja, različni drugi predmeti, ki kot projektili obtičijo v telesu, hladno orožje in podobni predmeti, zabodeni v telo, v različne telesne odprtine vtaknjeni predmeti, kot jih srečujemo značilno pri otroku ali kot posledico kakšnega spolnega ravnanja, pogoltnjeni in vdahnjeni predmeti, pa tudi deli elektronskih ali drugih naprav in pripomočkov, ki so se nahajali v telesu s kakšno medicinsko funkcijo ali v okviru kakšnih medicinskih posegov (elektrode, vsajeni spodbujevalniki, proteze, plošče, vijaki, žice in podoben fiksacijski material, zlate in podobne zobne prevleke, tudi po operativnih medicinskih posegih v telesu pozabljeni instrumenti ipd.).

Ta shematski prispevek ne obravnava ravnanja s človeškimi trupli (tudi ne mrtvorojenimi otroki in zarodki) ali njihovimi deli. Ne obravnava zbirke osebnih podatkov, ki bi temeljile na biološkem materialu (človeka), kot so biobanke in anatomske ali histološke zbirke, in se ne ukvarja s tkivi in organi, namenjenimi za transplantacijo.

## 2. Pravni in etični okviri za odločanje o zahtevku

### 2.1.

Relativno najbolj enostavno skupino zahtevkov po izročitvi predstavljajo **stvari, kjer** (v praksi značilno pri nujni oskrbi poškodbe, urgentni travmatološki intervenciji) že na prvi **pogled (notorično) obstaja sum, da je konkretna poškodba posledica kaznivega ravnanja**. Tak sum lahko preprosto prepozna tudi

pravni laik brez posebnih izkušenj pri prepoznavi kaznivih ravnanj in pri tem morebitne izjave pacienta ali drugih o protipravnosti ali neprotipravnosti nastanka poškodbe niso odločilne. Gre npr. za različne projekte strelnega orožja v pacientovem telesu in hladno orožje, zabodeno v pacientovo telo (oboje še posebej s pacientu načeloma težko dostopnimi vstopnimi točkami), dele eksplozivnih ubojnih sredstev v pacientovem telesu, t.i. tihotapske zavojčke s prepovedano drogo v prebavilih ali izločenih iz njih. Nasploh sem sodijo vse poškodbe s stvarmi, ki kažejo na zelo verjeten izvor v kaznivem ravnanju, pa tudi v delovni, prometni ali podobni nesreči, ki je značilno načeloma predmet presojanj znotraj kaznovanih pravnih postopkov, še posebej tistih, ki se vodijo po uradni dolžnosti.

Od zdravstvenega delavca v takih primerih notorično indicirana suma na kaznivo ravnanje pravo pričakuje, da bo pomislil na bodoče pravne postopke, vsaj tiste, ki se vodijo po uradni dolžnosti, v prvi vrsti na kazenski postopek (v zvezi s hujšimi kaznivimi dejanji) in v katerih bo stvar, ki je predmet zahtevka, pomemben potencialni dokaz. Ker ta dokaz ni nujno v korist pacientu (ali drugemu, ki stvar zahteva), bo ta lahko imel interes po njegovi protipravni manipulaciji in predvsem uničenju in z izročitvijo prav njemu bi dokaz izgubil svoj smisel.

Dokaznopravna pričakovanja v takih zadevah pomembno konkretizirajo javni interes nemotenega delovanja pravosodja in s tem posredno enega najpomembnejših javnih interesov sodobnih držav: splošne varnosti.

Pričakovanje, da bo zdravstveni delavec zavaroval dokaze, konkurira z nekaterimi drugimi pravno upravičenimi pričakovanji in interesi: na prvem mestu z medicinsko etično zelo pomembno zaupnostjo razmerja pacienta z zdravnikom (pričakovanjem pacienta, da mu bo zdravnik pomagal v zdravstvenih težavah, ne pa prijavljaj policiji), pa tudi npr. lastnika stvari, da bo do stvari prišel nazaj s čim manj dejanskimi in pravnimi zapletmi ipd.

Značilna pravna podlaga, ki v Sloveniji omejuje izročitev takih stvari, predvsem pa tudi njihovo spreminjanje in še posebej uničenje (npr. po postopkih, predvidenih za kužne odpadke), je ureditev na eni strani varnostnega ukrepa odvzema predmetov v kazenski zakonodaji (glej določbe členov 69/I(5) in 73 **Kazenskega zakonika**<sup>2</sup>), na drugi pa obsežna pravna ureditev ravnanja s potencialnimi dokazi v postopkovni kazenski zakonodaji (**Zakon o kazenskem postopku** na številnih mestih<sup>3</sup>). Ta ureditev je tradicionalna in v Sloveniji ne odstopa omembe vredno od ureditev v tujini.

Postopek za ravnanje s takimi potencialnimi dokazi posebej v zdravstveni dejavnosti, vključno s prostovoljnimi ali obveznim obveščanjem organov kaznovanega pregona (policije, državnega tožilstva), je tudi v Sloveniji precej natančno razdelan na

<sup>1</sup> *Stvarnopravni zakonik (SPZ, Ur.l. RS, št.: 87/02) v členu 15 stvar definira kot »samostojen telesni predmet, ki ga človek lahko obvladuje«. V naši shematski predstavitvi je pojem uporabljan v tem pomenu z dodatno pojmovno omejitvijo, da ne gre za del pacientovega organizma v biološkem smislu.*

<sup>2</sup> *KZ-1, Ur.l. RS, št.: 55/08, 66/08, 39/09, 91/11.*

<sup>3</sup> *ZKP, Ur.l. RS, št.: 63/94 s številnimi kasnejšimi spremembami.*

različnih pravnih ravneh. Zdravstvenim delavcem bi moral biti vsaj v glavnih črtah znan. Če praksa pokaže, da je to preveč optimistična predpostavka, so na mestu dodatni naporji zdravstvenih oblasti in vodstev zdravstvenih ustanov za izobraževanje in obveščanje zaposlenih, zlasti zdravnikov. Po potrebi je treba sprejeti tudi kakšen dodatni pravni akt, ki dovolj poljudno in nazorno pojasni zahteve po prepoznavi pravne narave takšnih stvari, postopke v primeru dvoma o pravni naravi takšnih stvari, hrambi, prepovedi izročanja takih stvari neupravičenim proslcem, tudi če se izkažejo kot lastniki, in zlasti tudi tehnične nadrobnosti o splošno varnostno (tudi z vidika javnega zdravja) in hkrati kriminalistično-dokaznopravno ustrezni hrambi in izročitvi tovrstnih predmetov pristojnim policijskim upravam na pobudo izvajalca zdravstvene storitve ali na zahtevo organov pregona. Zlasti ni mogoče dovolj poudariti, da opisani javni interes dokazovanja (kot konkretizacija javnega interesa splošne varnosti) tukaj pravno regulirano stoji na poti morebitnemu spreminjanju in še posebej uničevanju tovrstnih stvari v okvirih standardnih postopkov za obvladovanje odpadkov – kužnin (kazenska zakonodaja je specialna glede na zakonodajo s področja ravnanja z odpadki in splošno zdravstveno zakonodajo).

Komisija za medicinsko etiko Republike Slovenije v takšnih primerih prepoznava legitimnost javnega interesa po dokazovanju kot konkretizacije pomembnih javnih interesov, predvsem splošne varnosti, vsaj v pravnih postopkih, ki se vodijo po uradnih dolžnostih (najbolj očitno pri sumu na težja kazniva dejanja). Komisija poudarja etično sprejemljivost primerno zadržanega pravnega omejevanja zaupnosti razmerja med zdravnikom in pacientom in lastninskopravnih upravičenj, ki so s tem povezani. Posebnih etičnih težav na tem področju v praksi ni zaznala.

## 2.2.

**Stvari, ki so pogoltnjene, vdahnjene, vtaknjene ali so na podoben način prišle oziroma so se znašle v človeškem telesu (značilno pri otroku oziroma osebi s težavami z duševnim zdravjem), vključno z orodjem in orožjem, ki se je v človeškem telesu znašlo kot posledica namernih samopoškodb, pa ne gre že na prvi pogled (notorično) za sum, da se je konkretna stvar tam pojavila kot posledica kaznivega ravnanja,** za prepoznavo morebitnega suma (uradno pregonljivega) kaznivega ravnanja niso več pravno tako preproste, kot zgornja kategorija bolj ali manj splošno očitnih indicev za kaznivo ravnanje. Za prepoznavo indicev za protipravno naravo vzrokov za tovrstna stanja oziroma poškodbe značilno potrebujemo obsežno pravno znanje (npr. o opustitvenih odgovornostih skrbnikov ali morebitnih drugih t.i. varovalnih garantov poškodovanca, o kaznovalnopravni naravi samoogrožanja in samopoškodbe, o storitvenih in opustitvenih odgovornostih proizvajalca in prodajalca otroških igrač ipd.) in praviloma celo nekaj kriminalističnih izkušenj. Takega znanja in izkušenj od zdravstvenih delavcev ni smiselno pričakovati. V naravi njihove dejavnosti kot družbene funkcije je, da iskanje in potrjevanje tovrstnih sumov niso v njihovem izobrazbenem in delovnem področju, njihovih izkušnjah in zanimanju. To ni poklicna vloga zdravstvenih delavcev, ni družbena funkcija zdravstva. Od zdravstvenega delavca v takih primerih pravo ne pričakuje ali vsaj ne bi smelo kar tako pričakovati, da bo pomislil na bodoče pravne postopke (ki se vodijo po uradni dolžnosti) za ugotavljanje protipravnega ravnanja zoper pacienta, v prvi vrsti na kazenski postopek, in v katerih bo stvar – predmet zahtevka potencialni dokaz. V večini takšnih primerov izkustveno ne

pričakujemo in ne prepoznamo posrednih kaznivih ravnanj niti strokovnjaki za kazniva ravnanja.

Za razliko od notoričnih indicev za kaznivo ravnanje tukaj druga pravno upravičena pričakovanja in interesi prevladajo nad dokaznopravnimi. V konkretnih zadevah večjo vlogo pri odločanju igra tudi tržna ali precijska<sup>4</sup> vrednost stvari. Tudi brez nadrobnega poznavanja pravne ureditve zdravstvenemu delavcu ne bi smela biti pretirano tuja naslednja logika. Če si npr. otrok vtakne v nos dragocen kos nakita, bo interes lastnika po vrnitvi pravno relativno večje teže, kot bi bil npr. pri kuhinjskem nožu, ki je obtičal v žrtvi po poskusu umora. Etična in pravna slika sta tukaj očitno ključno drugačni kot pri notoričnih indicijah za kazniva ravnanja.

Zato se zdi tako pravno kot etično še najbolj pravilna pot v takšnih »nenotoričnih zadevah«, da se stvar brez posebnih pravnih raziskovanj vrne osebi, ki se lahko izkaže kot njen lastnik (to pa ni nujno vselej pacient, v katerega telesu je stvar bila). Temeljni pogoj pri tem ostaja seveda, da je to sploh možno na javnozdravstveno varen način (izvedljivo ustrezno očiščenje in razkuženje stvari). Togo avtomatično ravnanje s takšnimi stvarmi kot kužninami, ki vodi v njihovo rutinsko uničenje (npr. sežig), bi predstavljalo potencialno prehud poseg v lastnino in je v svoji pavšalnosti pravno in po mnenju Komisije za medicinsko etiko Republike Slovenije tudi etično nesprejemljivo. Če pa se pred izročitvijo stvari tako ali drugače pojavijo ali utrdijo sumi, da je šlo za kakšno t.i. posredno kaznivo dejanje (skrbnikov, proizvajalca ali prodajalca stvari ipd.) zoper pacienta in še prav posebej za morebitno kaznivo dejanje izvajalca zdravstvene storitve zoper pacienta, pa je treba v interesu dokazovanja v pravnih postopkih (ki se vodijo po uradni dolžnosti) kot konkretizacije javnega interesa splošne varnosti ravnati kot zgoraj.

Kadar zahtevke za izročitev take stvari ni postavljen in ne gre za sum kaznivega ravnanja, kjer bi konkretna stvar predstavljala potencialen dokaz v pravnem postopku (ki se vodi po uradni dolžnosti), je treba ravnati po splošnih pravilih za neškodljivo uničenje odpadka – kužnine. Seveda je ob domnevi večje vrednosti stvari primerno proaktivno raziskati voljo pacienta ali njegovih pooblaščenec, zakonca, sorodnikov ipd. oziroma celo ukrepati po pravilih za ravnanje z najdenimi stvarmi (posebnega kulturnega pomena ipd.)<sup>5</sup>. Vse to kajpak v tehničnih okvirih, ki jih dovoljujejo pravila varovanja javnega zdravja.

Če se pojavi več hkratnih zahtevkov za izročitev stvari različnim osebam oziroma iz zahtevka ni jasno razviden pravi lastnik oziroma upravičenec do posesti, je treba konkurentne napotiti na ustrezne pravne postopke za razjasnitev pravice do posesti stvari. Sporno stvar je treba v takem primeru v okviru javnozdravstveno in tehnično možnega in razumnega shraniti do pričakovane zahteve pristojnega sodišča za izročitev stvari. Podredno prihaja tudi tukaj v poštev ukrepanje po pravilih za ravnanje z najdenimi stvarmi (posebnega kulturnega pomena ipd.) v tehničnih okvirih, ki jih dovoljujejo pravila varovanja javnega zdravja.

Če stvar ni v lasti pacienta in še zlasti, če je v lasti izvajalca zdravstvene storitve (npr. v telesu pozabljen instrument), zgolj zaradi dejstva, da je stvar bila v telesu pacienta oziroma je bila odvzeta iz

<sup>4</sup> O precijski vrednosti govorimo, kadar se zunaj tržnih ekonomskih zakonitosti stvar zdi dragocena lastniku zaradi emocionalne ali podobne vezanosti na stvar (npr. predstavlja mu drag spomin na določeno osebo in je zato zanj dragocena).

<sup>5</sup> Glej zlasti Pravilnik o postopku z najdenimi stvarmi (Ur. l. RS, št.: 75/03 in 83/03).

njega ali bila iz njega izločena, ta na njej ne pridobi nobenih lastninskih ali posestnih upravičenj. V poštev prihajajo vsa splošna tehtanja interesov in dobrin v takih zadevah, kot so že opisana.

### 2.3.

In končno k etično in pravno najbolj kompleksni skupini primerov, s katero se tudi Komisija za medicinsko etiko Republike Slovenije pri svojem delu tradicionalno pogosteje srečuje. **Glede delov človeškega telesa** se pri zahtevi za izročitev srečujemo predvsem s pomisleki javnozdravstvene narave (vprašanja higieničnosti, potencialna kužnost), nekaterimi drugimi zanimivimi pravno-vrednostnimi tehtanji, pa tudi kulturnimi in etičnimi standardi (varovanja dostojanstva človeka v njegovi biološki telesnosti).

Načeloma je treba vse dele človeškega telesa, pa tudi proizvode človeškega telesa v širšem smislu (vključno s telesnimi izločki), po naravi stvari pa tudi stvari, ki so se izločile oziroma so bile vzete iz človeškega telesa, izhodiščno obravnavati kot kužnine. Zato so tukaj obravnavani deli človeškega telesa, ki po definiciji niso namenjeni za znanstvene raziskave ali klasično medicinsko obravnavo, načeloma v prvi vrsti podvrženi pravilom o ravnanju z odpadki, posebej tistimi, ki nastajajo pri zdravstveni dejavnosti, in posebej s kužninami.<sup>6</sup>

V Sloveniji sta na danem vsebinskem področju posebej pomembni dve upravno-pravni uredbi:

**Uredba o ravnanju z odpadki, ki nastajajo pri opravljanju zdravstvene in veterinarske dejavnosti ter z njima povezanih raziskavah** (Ur. l. RS, št.: 89/08) in **Uredba o odpadkih** (Ur. l. RS, št.: 103/11). Gre za dva pravna akta, ki urejata različno specialna področja in kjer je že iz naslova, še jasneje pa iz vsebine očitno, da je drugi (ki pa je novejši) vsebinsko splošnejši od prvega. Vse kaže, da odpadki iz porodništva, diagnostike, zdravljenja in preventive v humanem zdravstvu (pravna kategorija odpadkov 18.01 iz splošne klasifikacije), sistemsko nujno, to je formalno logično kompulzivno predstavljajo podkategorijo odpadkov, ki nastajajo pri opravljanju zdravstvene in veterinarske dejavnosti ter z njima povezanih raziskavah, torej bi naravno nujno sodili v domeno prve, starejše in specialnejše uredbe. Na tem mestu ni prostora za nadrobnejšo upravno-pravno analizo obeh uredb in razmerij med njima. Zadošča naj ugotovitev, da sta omenjeni uredbi v nejasnem razmerju glede vsebinskega področja: splošnejša ureja nekatere v praksi zelo pomembne značilne medicinske odpadke, ki bi nujno sodili v izrecno urejanje specialnejše uredbe o odpadkih iz zdravstvene dejavnosti. To dela pravno ureditev nasploh in še posebej za zdravstvene delavce po nepotrebnem nepregledno. Kakorkoli pa že: javnozdravstveni in okoljski interesi, ki so pomembne konkretizacije javnopravnega interesa splošne varnosti, institucionalizirani v postopkih v slovenskem upravnem pravu zahtevajo, da se tukaj obravnavani deli človeškega telesa javnozdravstveno in okoljsko varno uničijo. To zlasti pomeni, da jih izvajalci zdravstvenih storitev ne smejo izročiti pacientom ali njihovim pooblaščencom.

Sodobne tehnične možnosti vodenja (sodnomoedicinske, histopatološke ipd.) medicinske dokumentacije, vključno s fotografiranjem, načeloma izključujejo praktično potrebo po fizičnem hranjenju delov telesa za potrebe dokazovanja v pravnih postopkih (ki se vodijo po uradnih dolžnostih). Ob predpostavki strokovnega in neodvisnega delovanja zdravstva

pri ustvarjanju in vodenju medicinske dokumentacije o tukaj obravnavanih delih telesa, interes nemotenega delovanja pravosodja kot splošna omejitev pri izročanju delov telesa pacientom ali njihovim pooblaščencom praktično ne pravno ne etično ni videti posebej relevanten.

Kaj pa morebitni enakovredni ali višji pravni interesi od javnozdravstvene in okoljske varnosti ravnanja z deli človeškega telesa? Morda zasebna lastnina ali kakšno posebno upravičenje do pokopa dela lastnega telesa (vsaj v upepeljenem stanju)? Svoboda umetniškega ustvarjanja (z deli človeškega telesa kot gradniki umetniških del ipd.)? Verska svoboda? Kakšni drugi interesi, ki bi v Sloveniji pravno in etično upravičevali izročanje delov človeškega telesa pacientom ali njihovim pooblaščencom?

Ker deli človeškega telesa po splošnih pravnih načelih niso v pravnem prometu (*res extra commercium*), so lastniška vprašanja, vključno z vprašanji denarne vrednosti, tu na načelni ravni izključena.

Komisija za medicinsko etiko Republike Slovenije doslej ni prepoznala relevantnih višjih pravnih interesov, vključno z morebitnimi interesi umetniškega ustvarjanja in verske svobode, ki bi tudi etično upravičevali izročanje delov človeškega telesa pacientom ali njihovim pooblaščencom. Pravna dolžnost (javnnozdravstveno in okoljsko) varnega uničenja tukaj obravnavanih delov človeškega telesa se kot načelo kaže kot v Sloveniji kulturno sprejemljiva in z vidika sodobnih večinskih etičnih konceptov pravilna rešitev. Neškodljivo uničenje (značilno s sežigom) načeloma najustrezneje odraža ključno etično potrebo po ohranjanju dostojanstva človeka kot telesnega bitja. To je tradicionalno in aktualno stališče Komisije za medicinsko etiko Republike Slovenije.

Dokler ni ustrezne pravne ureditve, ki bi priznavala in zlasti postopkovno konkretizirala osebnostno pravico do pokopa dela telesa še živega človeka (ki se sicer zdi v Sloveniji predvsem kulturno neobičajna), tudi izročitve (upepeljenega) dela človeškega telesa izključno za namene pokopa Komisija za medicinsko etiko Republike Slovenije ne prepoznava kot upravičene.

## 3. Sklep

Po načelih varstva javnega zdravja in okolja, v posebnih primerih pa tudi dokazovanja v pravnih postopkih (ki se vodijo po uradni dolžnosti), je pravica izročiti pacientom dele njihovega telesa ali stvari iz njihovega telesa v Sloveniji zelo omejena. Podvržena je natančnim pravnim omejitvam in je precej strogo etično zamejena.

Pri **delih telesa** je kot pravno in tudi etično pravilo treba prepoznati neškodljivo uničenje (značilno s sežigom). Za to so na razpolago ustrezno nadrobni in v glavnem jasno urejeni pravni postopki, ki jih je treba poznati in jih spoštovati. Ker v Sloveniji ni ustrezne pravne ureditve pokopa dela človeškega telesa živega človeka (in se ta vsaj z vidika etike ne kaže nujno kot zaželena), tudi ta motiv ne upravičuje izročitve niti upepeljenega dela človeškega telesa pacientu in drugim.

Posamezne **stvari iz telesa** izročimo njihovemu lastniku (ki ni nujno pacient), če je to javnozdravstveno varno in ne gre za notorične ali druge resne indice, da so stvari povezane s kaznivim ravnanjem (ki se preganja po uradni dolžnosti). V slednjih primerih je potrebna hramba za namene dokazovanja v pravnih postopkih in izročitev organom pregona. Po potrebi (zlasti pri stvarih večje vrednosti) je treba proaktivno preverjati voljo pacienta v zvezi s konkretno stvarjo. Koristno je poznati pravila za ravnanje z najdenimi predmeti.

<sup>6</sup> Ker prispevek ne obravnava ravnanja s trupli, pietetnostnih vprašanj pokopa tukaj ne obravnavamo.



# Zdravniki po izbiri (*Wahlärzte*<sup>1</sup>) nam kažejo, za čem boleha naš sistem: v letu 2014 so nujne nove terapije

V tej številki smo za težišče izbrali tematiko *zdravnikov po izbiri*. S tem povezujem dve izkušnji:

Večina te vrste zdravnikov je z vrsto medicine, s katero se ukvarja, bolj zadovoljna kot njihovi kolegi, ki imajo pogodbo z zavarovalnico. To pozitivno stanje moti večja stopnja ekonomske negotovosti. Ta eksistenčna zaskrbljenost je odvisna tudi od tega, ali imajo zdravniki po izbiri še kako drugo poklicno oporo.

Ti dve spoznanji sta za Zdravniško zbornico že kar naloga. Narediti moramo vse, da bodo zdravniki po izbiri gospodarsko bolj(e) zavarovani ter da se v pogodbah z zavarovalnicami več pozornosti nameni dejavniku, ki se imenuje »čas«. V celoti v skladu z motom: **Samo zadovoljen zdravnik ima lahko zadovoljnega pacienta** (poudaril M. K.).

Bojimo pa se, da zdravstvena reforma še naprej pospešuje pogubno usmeritev prekipevajoče birokracije in togega predpisovanja. Če reformatorji zdravnike degradirajo v izvajalce smernic »evidence-based medicine« ter programov za menedžment bolezni, bodo zavarovalniški zdravniki (*Kassenärzte*) še bolj frustrirani; tako bo vse več pacientov, ki bodo iskali alternative.

Iz anket vemo, da se že nekaj let nazaj povečuje pripravljenost pacientov, da se obračajo na zdravnika po izbiri. Vzrok za to ni nezadovoljstvo z zavarovalniškimi zdravniki, temveč nezadovoljstvo s sistemom, ki premalo ceni pogovor z zdravnikom.

**Opomba:** Skoraj vsa decembrska številka te revije je posvečena temi *Wahlarzt*. Predsednikov uvodnik se na str. 4 nadaljuje s člankom, ki je naslovljen *Die Wahlärzteschaft als tragende Säule unseres Gesundheitssystems* (Zdravniki po izbiri kot nosilni steber našega zdravstvenega sistema). Nepodpisani avtor meni, da že dolgo ne velja teza zdravstvenih zavarovalnic (*Krankenkassen*), da se lahko osnovno zdravstvo pokriva samo z zavarovalniškimi zdravniki. Res pa je, da je to spoznala tudi *Gebietskrankenkasse* (Območna zdravstvena zavarovalnica) in izrazila pripravljenost, da bo tudi zdravnike po izbiri začela ustrezno financirati (*...sich endlich bereit erklärt, auch den Wahlärzten den Ordinationsbedarf abzugelten*).

Anketa je pokazala, da si zdravniki po izbiri lahko privoščijo, da medicino izvajajo tako, kot se jim zdi smiselno z njihovega stališča. Brez hromeče birokracije in z mnogo manj časovne stiske.

Decembrska številka *Kärntner Ärztezeitung* je zanimiva informacija. Po eni strani je opis, kako na to gleda stanovska organizacija, po drugi strani pa je zapis zanimivih podatkov, kako se zdravniki po izbiri (samo)organizirajo, v centrih z več zdravniki ali posamič. Zaradi primerjave z dogajanjem – tudi nevoščljivimi – v Sloveniji se mi zdi smiselno bolj nadrobno predstaviti nekaj značilnih primerov:

Ärztelhaus Krumpendorf (Zdravniška hiša Kriva Vrba), ki jo je ustanovil splošni zdravnik in specialist za anestezijo (v *Klinikum Klagenfurt*) dr. G. Heyn skupaj s specialistko za kirurgijo dr. C. Dreschl, s specialistko za oftalmologijo dr. S. Schrott ter optikom inž. H. Traglom. Bolj nadrobno je predstavljena kirurginja dr. Dreschl, ki izpostavlja težave pri plačevanju zdravniških storitev. »V bolnišnici smo naravnani tako, da z denarjem nimamo nobenega opravka,« meni zdravnica, ki pa hkrati ve, da je to bistveno. »Zato obračunam takoj. Dve tretjini pacientov plačata 'tukaj in zdaj' (*an Ort und Stelle*), drugi pa prek nakazila.«

*Gesundheitszentrum Spittal/Drau* (Zdravstveni center Spittal ob Dravi). Nekako v oči pade, da je v prvem nadstropju *Krankenhaus Spittal/Drau – Tagesklinik Onkologie* (Bolnišnica Spittal ob Dravi - Dnevna klinika za onkologijo), v istem nadstropju pa je *Urologiepraxis Dr. Marko Polajnar* (Urološka praksa; ime zdravnika je zapisano slovensko!). Sicer pa po ostalih nadstropjih delajo še ena zobozdravnica in štirje zdravniki. Od slednjih je nadrobno predstavljena le dr. Angelika Ertl, oftalmologinja. Sicer je dolgo delala v Klinikumu Celovec. Sprva je kot zdravnica po izbiri delala le napol; ko se je praksa ustalila, v oktobru 2012, se je v celoti posvetila delu kot zdravnica po izbiri. Njeni pacienti prihajajo tudi od daleč zato, ker je pri njej čakalna doba kratka in ima za stik s pacientom dovolj časa. K temu seveda prispeva tudi izvrstno urejena in opremljena ordinacija. S svojimi kolegi v bolnišnici ima reden stik, pogreša pa boljše stike s splošnimi zdravniki. Četudi je dela obilo, se je kakovost njenega življenja – v primerjavi z delom v bolnišnici – bistveno izboljšala. Pri delu ji pomagata dve asistentki. Honorar za delo je zajet v katalogu njenih tarif, ki so ponekod nižje od priporočenih. Plačilo se izvede z gotovino ali s kartico. Pri tem nima nobenih podobnih problemov, o katerih tožijo mnogi zdravniki po izbiri.

*Otroški zdravnik dr. E. Pichler* ima že deset mesecev svojo ordinacijo v kraju Ebenthal (Žrelec) pri Celovcu – sprva kot drugo zaposlitev. Sicer pa je bil t. i. *Oberarzt* na Otroškem internem oddelku Klinikuma Celovec. Vendar je v zadnjem času težišče njegovega

<sup>1</sup> *Zdravniki po izbiri (Wahlärzte) so v Avstriji tisti zdravniki, ki delajo v svojih ordinacijah in nimajo pogodbe z zdravstvenimi zavarovalnicami. Obravnavani pacient za storitev takoj plača zdravniku, vendar po predložitvi računa svoji zavarovalnici mu slednja vrne 80 % – 100 % vplačanega zneska.*



dela kot zdravnik po izbiri. Tako se je odločil predvsem zaradi družine. Ima več časa za svoje štiri otroke. Kot uslužbenec v bolnišnici bi imel seveda visoko socialno varnost. Ko pa se je odločil za samostojno ordinacijo (*Niederlassung*), tega ni več. Vsak zdravnik te vrste si mora sam razložiti, ali bo zmogetel to negotovost in koliko denarja potrebuje za življenje. Skok v zasebnost zahteva odločitve, ki jih v bolnišnici ni. Npr. tveganje za zgrešene investicije. Vendar je dr. Pichler vesel, da je zdravnik po izbiri, saj le tako lahko uravnoteži svoje poklicno in družinsko življenje. Dela 40 ur na teden; edino, kar kot zdravnik po izbiri pogrša v primerjavi z delom v Klinikumu Celovec, je redna zasebna in strokovna komunikacija s kolegi. Ne ve pa še, ali bo v prihodnosti z zavarovalnico sklenil pogodbo.

S plačilom za njegovo delo je komaj kaj problemov. »Starši, ki se obračajo name, so za svoje otroke pripravljene plačevati, če vedo, da pri tem naletijo na ustrezen odgovor zdravnika.« Kot uslugo staršem ponudi, da iz svoje ordinacije račun pošlje neposredno zdravstveni zavarovalnici, kjer starši dobijo stroške povrnjene. Pri svojih storitvah pa seveda ne podpira vedno vseh stališč staršev: »... če je mati dosledno proti cepljenju otroka, ji jaz kot zdravnik jasno povem, kaj je za otroka nujno in neogibno.«

*ImpulsPraxis* je ustanova, ki jo *Kärntner Ärztezeitung* predstavi najbolj natančno, v intervjuju z naslovom *Mit vielen guten Ideen und einer großen Portion Mut* (S številnimi dobrimi idejami in velikim deležem

poguma). Morda zato, ker je ustanovitelj tega centra, dr. Manuel Treven, splošni zdravnik, od vseh predstavljenih zdravnikov najmlajši. V centru, ki je bil ustanovljen v marcu 2012, poleg dr. Trevena deluje tudi en zavarovalniški zdravnik (*Kassenarzt*) ter psihologi in terapevti. Vredno si je ogledati domačo stran ([www.impulspraxis.at](http://www.impulspraxis.at)), na kateri ponujajo poleg splošne medicine še kup drugih reči (alternativno in celostno medicino, psihologijo, psihoterapijo, seksualno medicino, andrologijo, psihoterapijo, manualno medicino in osteopatijo), vse »...unter einem Dach« (pod eno streho).

Dr. Treven je sicer splošni zdravnik, vendar ima celo vrsto diplom in certifikatov avstrijske zdravniške zbornice (ÖÄK-Diplom, ÖÄK-Zertifikat): za specialno bolečinsko terapijo, nevralno terapijo, akupunkturo, ortomolekularno medicino, urgentno medicino, zdravniško zdravljenje ran). Ima diplomu iz gorniške medicine, je diplomirani terapevt za klinično psiho-nevro-imunologijo in je certificirani uporabnik za estetsko terapijo z botulinusnim toksinom. Vredno je prebrati intervju, ki pokaže mnoge značilnosti te vrste zdravniške dejavnosti. Dr. Treven ima samo eno asistentko, težišče dela pa je na interdisciplinarnosti. S plačilno moralo pacientov (*Zahlungsmoral der Patienten*) nima težav; če pacient s plačilom zamuja, večinoma zadostuje le en telefonski klic. V *ImpulsPraxis* pacienti prihajajo zato, ker iščejo alternative pri zdravljenju, v katerem si zdravnik za pacienta vzame dovolj časa in odgovarja na pacientova vprašanja.

**Komentar:** Pred leti je neka avstrijska zdravstvena ministrica v okviru reforme zdravstva poskusila reformirati tudi osnovno zdravstvo. Zvezna in deželne zdravniške zbornice so se takoj uprle proti *Gesundheitskolhosen* (zdravstvenim kolhozom). Tako so namreč zdravniki slabšalno poimenovali tisto, kar – če prav razumem – v Sloveniji obstoji kot zdravstveni domovi. Tako je osnovno zdravstvo v Avstriji v celoti v domeni zasebnih zdravnikov. Kako (dobro) sistem deluje, sem opisal pred kakim letom dni, ob odprtju zasebne ordinacije v Heiligenblutu. **Vendar:** Očitno pa tako zbornica kot (v zadnjem času) zavarovalnice prav nič ne nasprotujejo ustanavljanju večjih zdravstvenih enot, ki jih po svoji pobudi ustanavljajo zdravniki. Pravzaprav imam vtis, da imajo tovrstne zdravniške pobude vso strokovno podporo. In za finančne zadeve so na voljo svetovalci za svobodne poklice (*Koordinator bzw. Kundenbetreuer freie Berufe*).

Vir: Uvodnik predsednika dr. J. Huberja; *Kärntner Ärztezeitung*, št. 12, december 2013

Prevod, priredba in komentar: Marjan Kordaš

E-naslov: [marjan.kordas@mf.uni-lj.si](mailto:marjan.kordas@mf.uni-lj.si)

## 25 let Oddelka za kirurgijo srca v Celovcu

10.000 posegov na srcu do julija 2013

»V prihodnjih letih bomo na srcu izvajali vse več posegov. In to pri vse starejših pacientih,« računa na povečanje obsega operacij na svojem oddelku prim. dr. W. Wandschneider, predstojnik Kirurgije srca, prsnega koša in ožilja na Klinikumu Celovec (Klagenfurt). Vzroki za to so povečana pričakovana življenjska doba prebivalstva in vse bolj varne metode kirurgije srca. »Trenutno smo v položaju, da lahko varno in uspešno obravnavamo paciente, starejše od 90 let,« pripoveduje Wandschneider o svoji praksi. Največji izziv pri starih pacientih: »Ta skupina pacientov ima zaradi povečane pogostnosti spremljajočih bolezni izrazito večje tveganje in daljšo hospitalizacijo v bolnišnici. Vendar se sproti razvijajo novi postopki, da bi tem pacientom lahko ponudili ustrezno terapijo. Kakovost življenja naj bi se ohranila.«

### High-Tech pri operacijah na zaklopkah

Obetavna tehnična novost so srčne zaklopke, ki jih ni več treba prišiti, temveč so vgrajene v stent, ki zagotovi, da je zaklopka na pravem mestu. Kirurg le odstrani največkrat že zelo kalcificirano aortno zaklopko ter nato vstavi novo. Poseg traja le nekaj minut in bistveno skrajša čas operacije. Zaradi tega je manj obremenjen tudi pacient. Skrajša se intenzivno zdravljenje, pacient si hitro opomore in hitro postane premičen.

Ob operacijah na srčnih zaklopkah štejejo obvoji (*bypass*) kot največji delež srčnih operacij. Tim na



oddelku HTGC (*Herz-Thorax-Gefäß-Chirurgie*) izvede približno 150 do 200 teh operacij na leto.

Na HTGC pa ne izvajajo le posegov na srcu. Obravnavajo tudi tumorje na pljučih. Tudi tu so danes na voljo metode, primerne za starejše ljudi.

Leta 2005 se je ta oddelek razširil na kirurgijo ožilja. Postavili so tudi angiološko ambulanto, ki obravnava motnje prekrvnljenja. V tej specialistični ambulanti sodelujejo angiologi, interventni radiologi in diabetologi, ki omogočijo, da se za vsakega pacienta postavi individualen koncept zdravljenja.

Vir: Kärntner Ärztezeitung, št. 11, november 2013

Prevod in priredba: Marjan Kordas

E-naslov: [marjan.kordas@mf.uni-lj.si](mailto:marjan.kordas@mf.uni-lj.si)

## Anketa o delni zaposlitvi zdravnic in zdravnikov v koroških bolnišnicah

Na Koroško zdravniško zbornico (*Ärztelkammer für Kärnten*) je v zadnjem času naslovljenih vse več vprašanj o zaposlitvi za skrajšan delovni čas (*Teilzeitbeschäftigung*). Zato je referat za spol in družinske zadeve (*Referat für Gender und Familienangelegenheiten*) izvedel anketo med tistimi, ki so v posameznih bolnišničnih ustanovah pristojni za to vprašanje. Zdaj so na voljo rezultati:

Vse koroške bolnišnične ustanove ponujajo zdravnicam in zdravnikom možnost zaposlitve za skrajšan delovni čas. Neodvisno od tega je na voljo skrajšan delovni čas za starše (*Elternteilzeit*), ki se pod določenimi pogoji lahko izrabi do otrokovega sedmega leta. V povprečju je na koroškem približno 9 odstotkov bolnišničnih zdravnikov, ki so zaposleni za skrajšan delovni čas. Od tega je približno dve tretjini

žensk. Ena tretjina vseh je skupina, ki sodi v skrajšan delovni čas za starše.

54 odstotkov zaposlenih za skrajšan delovni čas dela od 20 do 25 ur na teden. 21 odstotkov pa jih dela od 26 do 30 ur na teden. Od naštetih v povprečju opravijo 2,9 nadur na teden.

Vir: Kärntner Ärztezeitung, št. 11, november 2013

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

E-naslov: [marjan.kordas@mf.uni-lj.si](mailto:marjan.kordas@mf.uni-lj.si)

# Vjesnik dentalne medicine 5-6/2013

Izdaja ga Hrvatska komora dentalne medicine (HKDM).

Iz vsebine

## Intervju

M. Sikora se je pogovarjal s prof. dr. Dolores Biočina Lukenda, ki najprej omenja svoje delovanje na Stomatološki fakulteti v Zagrebu in nato prestop na Študij dentalne medicine na Medicinski fakulteti v Splitu. Intervjuvanka primerja delovanje obeh ustanov, omenja zanemarjeno preventivo, v prihodnosti pa vidi izziv v izobraževanju, prenosu znanja in preventivi bolezni v smislu preventivnih programov.

## Nekateri strokovni članki

**Digitalna fotografija v dentalni medicini**

**Zobne luske**

## Poročila

Poročila o najbolj uspešnih strokovnih sestankih minulega leta:

- Jesen v Slavoniji (Slavonski Brod)
- Kongres protetikov in 17. dnevi dentalne tehnike (Rovinj)
- Bolečina v dentalni medicini (Šibenik)
- Urgentne situacije (Dubrovnik)
- Endodontska obravnava zob (Sv. Martin na Muri)
- Zmožnost doseganja primerne dentalne estetike (vsakoletnega strokovnega izpopolnjevanja s tem naslovom se je na Dunaju novembra 2013 udeležilo 1700 stomatologov in zobnih tehnikov iz evropskih držav, med njimi tudi strokovnjaki iz Hrvaške)
- Leta 2013 so proslavljali 60-letnico delovanja Stomatološke poliklinike Zagreb

Poročilo o delu področne HKDM za Zagreb: omenjajo razgovore oz. sodelovanje z zavarovalnico ter srečanja s predsednikom republike in nadškofom.

## Dogodki

Predsednik sveta evropskih stomatologov dr. Wolfgang Doneus je po sprejemu Hrvaške v EU obiskal Zagreb oktobra 2013. Skupaj z vodstvom HKDM so ga sprejeli člani Odbora za zdravstvo Hrvaškega sabora.

## Načrtno strokovno izpopolnjevanje HKDM

HKDM že pred koncem vsakega leta objavi celotni program strokovnega izobraževanja za prihodnje leto po strokah in po geografskih področjih HKDM.

Za leto 2014 so jih objavili 28 za zobozdravnike in 15 za zobne tehnike. Nadalje so objavili 22 izpopolnjevanj v organizaciji Stomatološke fakultete iz Zagreba in 6 v organizaciji Študija dentalne medicine na Reki, 7 strokovnih društev HLZ pa je napovedalo 7 tečajev oz. kongresov. Tej zadnji številki v letu 2013 so, kot po navadi, dodali obsežen rokovnik (stomatološki planer) z naslovi omenjenih izpopolnjevanj v letu 2014, natisnjenimi ob ustreznih datumih v rokovniku. Res skrbna priprava.

Prevedel in priredil Vito Vrbič



## Patentirana zobna ščetka



Strokovno združenje hrvaških stomatologov je leta 2013 praznovalo stoletnico.

Ob tej priložnosti je bila objavljena slika takrat patentirane zobne ščetke (izumitelj dr. E. Rado). Po videzu je večnamenska krtačka, neke vrste multipraktik, ki na severnem polu spominja na današnje podobne naprave, uporaba južnega pola pa pušča prosto pot fantaziji.

Ni znano, kakšno usodo je doživela in koliko so jih prodali.

Vir: Liječničke novine, december 2013

Prevedel in priredil Boris Klun

E-naslov: [boris.klun@gmail.com](mailto:boris.klun@gmail.com)

## Upokojeni zdravniki po štiri ure dnevno

Pomanjkanje zdravnikov, ki pesti tudi hrvaško zdravstvo, je še poslabšal predvideni odhod zdravnikov v tujino po vstopu v EU. V času od julija do decembra lani je zaprosilo za potrebne dokumente 197 zdravnikov. Na Ministrstvu za zdravje računajo s 40 odhodi mesečno.

To je bil razlog za zakonsko ureditev statusa tistih upokojenih zdravnikov, ki so želeli delati še naprej ali pa se ponovno aktivirati. Ti lahko sedaj v okviru (izjemoma tudi izven) dosedanje delovne organizacije sklenejo pogodbo za vsakodnevno 4-urno delo.

Predlagane pogodbe naj bi zadovoljevale tudi zakonodajo EU, predvsem pa odpravile neurejenosti, med drugim tudi (menda zelo razširjeni in z zelo zapletenim imenom) »kumulativni delovni odnos«, ki omogoča za 16-urni! delovnik kar dve plači.

Vir: Liječničke novine, december 2013

Prevedel in priredil Boris Klun

E-naslov: [boris.klun@gmail.com](mailto:boris.klun@gmail.com)

## Zakonsko urejena odškodnina pri tožbah

Obvezno zavarovanje zdravnikov oziroma zdravstvenih delavcev omogoča nadomestilo za škodo, nastalo v teku zdravstvenega postopka, zagotavlja v lepi birokratščini nov hrvaški zakon.

Istočasno pa zakon ne vsebuje nobenih sankcij za neizpolnjevanje sprejete uredbe. Očitno gre to na roko bolnišnicam, za katere je zavarovalnina dodatno in izdatno finančno breme. Povprečna bolnišnica s 360 posteljami in 12 kirurgi bi za zavarovalnino, ki pokriva odškodnino do milijon kun, plačala 1600 kun za posameznega kirurga.

Višine premij se razlikujejo po specialnostih. Najvišje so v plastični kirurgiji, kjer znašajo od 3500 do 4000 kun (trenutno približno 390 do 520 evrov) za pokritje dveh milijonov kun. Zanimivo, da se porodništvo uvršča med visoko tvegane discipline.

Specialist za tožbe pri zdravniških napakah, dr. Josip Mađarič, med drugim navaja:

Bolnišnica izplača odškodnino, v kolikor je zavarovana, lahko pa od zdravnika zahteva povračilo plačane

vsote, če je šlo za namerno ali skrajno malomarno dejanje.

V primeru smrti imajo starši, zakonski partner ali otroci, če živijo skupaj s pokojnikom, pravico do 220.000 kun odškodnine, bratje in sestre (pod istim pogojem) pa do 75.000 kun.

Pri stoodstotni invalidnosti (tetra- in paraplegije) se dodaja še mesečna renta za pomoč in nego, tako da lahko doseže skupna odškodnina s kapitalizirano rento od 3 do 3,5 milijona kun.

Uredništvo je dodalo članku še tabelo sumljive vredosti (citira namreč »Medicinski inštitut, študija New York«), po katerem naj bi zaradi zdravniških napak v ZDA umrlo 98.000 bolnikov, »študija Colorado and Utah« pa navaja polovico manj, 44.000. Živeti je očitno nevarno.

Vir: Liječničke novine, december 2013

Prevedel in priredil Boris Klun

E-naslov: [boris.klun@gmail.com](mailto:boris.klun@gmail.com)

# Integriteta, korupcija in etično uporništvu v slovenskem zdravstvu

*Dušan Nolimal*

V tranzicijskih državah, posebej v Sloveniji, so se s prehodom iz socialističnega v kapitalistični lastninski sistem ustvarile razmere, ki so naklonjene antisocialnem vedenju, korupciji in neetičnim ravnanjem. Zaskrbljujoče, da se je prav naša država glede na mednarodne raziskave v letu 2013 uvrstila na prvo mesto po korupciji v poslovnem svetu. Slovenija tudi ne sodi v države z visoko stopnjo integritete, ki imajo dobro vzpostavljen sistem za zaznavanje takšnih kršitev in jih tudi sankcionirajo. Komisija za preprečevanje korupcije (KPK) v odstopu opozarja, »da ga ni mednarodnega kazalca, ki bi glede Slovenije v zadnjih letih na področju kakovosti vladanja, integritete in boja zoper korupcijo kazal pozitiven trend«. Med drugim KPK opozarja tudi na pojav sistemske korupcij v zdravstvu, ki kaže, da se je korupcija globoko ukoreninila v vodstvene, upravljalne in organizacijske značilnosti sistema. Korupcija in neetična ravnanja v zdravstvu so izredno kompleksen pojav, ki ima znaten vpliv na delovanje zdravstva in celotne družbe. Zdravništvo tako glede družbene angažiranosti kot etike odraža stanje duha v družbi. Namen pričujočega prispevka je osvetliti problematiko korupcije v zdravstvu v luči odgovornosti zdravnika glede razkrivanja pomanjklivosti in nepravilnosti v zdravstvu.

## Integriteta

Integriteta sodi med najpomembnejše človekove vrline in pomeni poštenost, skladnost, pristnost, verodostojnost, celovitost. Pojem integritete največkrat povezujemo s področjem morale, etike in odgovornosti. Gre za dobro in etično delovanje posameznikov, organizacij ali celotne družbe oz. države (in njenih teles), s katerim si prizadevamo za preprečevanje in zmanjševanje tveganj, da ne bi bili moč, oblast, funkcije, pooblastila in/ali druge pristojnosti za odločanje uporabljeni v nasprotju z etičnimi kodeksi in zakonodajo ter v škodo posamezniku, organizaciji ali celotni družbi. Seveda ob predpostavki, da so bili zakonodaja in kodeksi spisani v dobro največjega možnega števila ljudi. Človek z integriteto je oseba, ki govori to, kar misli, ter dela to, kar govori, skladno z moralnimi normami in osebnimi vrednotami. Skupina, organizacija, skupnost, družba oz. država z integriteto je družba, ki jo sestavljajo osebe z integriteto in ima vzpostavljen in delujoč sistem za zaznavanje tveganj in kršitev.

## Korupcija in neetična ravnanja

O korupciji lahko govorimo v ožjem in širšem smislu. S korupcijo v ožjem smislu razumemo dejanja, ki jih opredeljuje zakon. Običajno gre za različne oblike neposrednega podkupovanja oz. nedovoljenega

sprejemanja denarnih in materialnih daril, neupoštevanje nasprotja interesov, omejitev poslovanja, nedovoljeno lobiranje, koruptivna dejanja v zvezi z javnimi naročili. V širšem smislu pa gre za različne oblike moralno vprašljivega in nedopustnega ravnanja, vključno s slabim vodenjem, neučinkovitim upravljanjem, vzdrževanjem slabe organizacijske klime, pomankljivo komunikacijo, konflikti interesov in drugimi neetičnimi ravnanji za lastne interese in koristi ter v škodo drugih. Pomanjkanje integritete lahko vodi v korupcijo. Osebe z nizko stopnjo integritete ne ravnaajo, tako kot govorijo, in v sebi dejansko niso takšne, kot se kažejo navzven. Pravimo, da se sprenevdajo in so pogosto nemoralne in koruptivne. O korupciji na mikro ravni govorimo takrat, ko gre za dajanje manjših zneskov denarja ali daril v zameno za uslugo. Pogost je pojav »jaz nekaj zrihtam tebi, ti pa nekaj meni«. V korupcijo na srednji ravni se vpletajo mali in srednji poslovneži, predstavniki javnih zavodov ali nevladnih organizacij nasproti srednjemu nivoju državnih uradnikov (in drugih vladnih uslužbencev), županom, lokalnim avtoritetam in drugim funkcionarjem. Vsote podkupnin ali uslug v zameno za prednostno izbiro določenega projekta na razpisu, različne poslovne namige, izdajo različnih dovoljenj, »pranje« oz. kanaliziranje denarja in uslug do interesnih skupin, ki so jih podprle na volitvah ipd., so že znatno večje.

Korupcija, do katere prihaja na makro ravni (strukturna korupcija), pa je povezana s sprejemanjem strateških odločitev in zakonov ter je npr. vezana na vladna naročila, na sklepanje večjih pogodb, kot je na primer gradnja infrastrukture, ter ostale večje investicije. Najpogosteje gre za zlorabo javnega interesa v zasebno korist. Prisotna je v »najvišjih krogih«, kjer se vpletajo lastniki kapitala, direktorji, menedžerji, nasproti politikom, državnim uradnikom, nadzornim telesom in drugim. Prihaja do zlorabe funkcij in položajev ali zlorabe politične moči v zameno za večje vsote denarja, delnice, delovna mesta, partnerstva in pomoč pri vplivanju na »vladne« stroke. To spodkopava integriteto, poštenost, pravice, upravljanje. Ta vrsta korupcije ostane najpogosteje neodkrita. Če pa se slučajno razkrije, ostajajo glavni akterji na makro ravni neodkriti ali za zastaranje pregona poskrbijo spretni in dobro plačani odvetniki. Povprečen državljan oz. javnost je večinoma toliko oddaljena od strukturne korupcije, da se ne zaveda velikosti problema in dolgoročnih posledic za vse. Slovenska pravna zakonodaja ne pozna ene same definicije korupcije, ki bi zajemala vsa korupcijska (kazniva) dejanja. Slovenska Komisija za preprečevanje korupcije jih obravnava kot kršitev dolžnostnega ravnanja, ki zajema tako neskladja z zakonodajo kot s širšimi etičnimi in

moralnimi pravili. V zvezi s to definicijo kaže posebej opozoriti na opustitev dolžnega ravnanja tistih, ki bi glede na svoj poklic, položaj ali funkcijo morali ukrepati, pa ne. Različne žrtve telesnega in psihičnega nasilja, ki so zelo ranljive in ogrožene, namreč za rehabilitacijo potrebujejo zaščito in podporo tistih, ki so vpleteni v njihovo obravnavo ali odgovorni za upravljanje. Opustitev dolžnega ravnanja pa je namerno ali nenamerno »darilo« drugim kršiteljem, ki želijo prekriti svoja ravnanja.

## Korupcija v zdravstvu

Informacije o razširjenosti korupcije v zdravstvu se bistveno razlikujejo glede na to, ali pojav obravnavamo v ožjem ali širšem smislu. Podkupovalci na mikro ravni naj bi bili predvsem bolniki, ki zdravniku pred zdravljenjem prinesejo bonboniero, viski ali denar in v zameno pričakujejo prednostno obravnavo. V javnosti zasledimo prepričanje, da bolniki, ki ne podkupujejo, težje in prepočasno pridejo do pomoči ali pa je ta manj kakovostna. Tudi zdravnikom sorodne in poznane osebe ali bolj vplivni, uglednejši in bogatejši posamezniki naj bi prej prišli na vrsto za obravnavo in se jim zdravniki bolj posvetimo. Pojav preskakovanja vrst čakajočih naj bi bil pereč zlasti, ko gre za zahtevnejše preglede, operacije in presaditve organov.

Tudi farmacevti naj bi pogosto podkupovali zdravnike. Probleme korupcije naj bi prinašale različne donacije in sponzoriranja v zdravstvu. Farmaceutska industrija in drugi dobavitelji zdravstvu vsako leto namenijo precej denarja, med drugim tudi za izobraževanje zdravnikov. Zneski za to gredo v milijone evrov, ki bi se jim organizacije v izgubah težko odpovedale, čeprav gre za korupcijska tveganja. Analiza medijsko bolj odmevnih primerov korupcije v zdravstvu v zadnjih letih razkriva posamične pojave korupcije na mikro in srednji ravni v splošnem zdravstvu, zobozdravstvu, pri bolnišničnem zdravljenju, v lekarniški dejavnosti, pri delu invalidskih komisij in drugod. V najnovejših primerih medijskega poročanja o korupciji v zdravstvu je zdravnike, ki naj bi sprejemali nagrade, prijavil kar dobavitelj opreme, ki se je naveličal plačevanja podkupnin.

V kriznih časih se je pričelo opozarjati tudi na probleme slabega vodenja in organiziranja v zdravstvu, kar naj bi pogosto vključevalo neposredno ali posredno vpletenost v korupcijo in neetična ravnanja na srednji in makro ravni. Na teh nivojih imamo vodstvene kadre, ki svoje delo opravljajo vestno, strokovno in v skladu s kodeksom etike, ter tiste, ki svoje delo opravljajo površno in pri tem lahko kršijo tudi etične norme in dolžna ravnanja. Slednji se s kršitvijo lahko tudi neposredno okoristijo, zlasti tisti, ki odločajo o razporejanju velikih vsot denarja za zdravstvo, denimo vodje in direktorji, srednji in visoki uradniki ministrstev, vplivni ljudje, povezani z zavarovalnicami. Opozarja se na pojave klientelizma, nepotizma, netransparentnosti in konfliktov interesov, ki postajajo velik problem tudi v zdravstvu. Tovrstni pojavi so del sistemske korupcije, ki jo spodbuja tudi zamegljevanje odgovornosti med upravnimi in nadzornimi strukturami v zdravstvenem sistemu.

V zadnjih letih so bila zelo odmevna tudi poročila Komisije za preprečevanje korupcije, ki so opozarjala predvsem na tisti del problema korupcije v zdravstvu, ki ima sistemske korenine v prepletanju javnega in zasebnega. Komisija se je osredotočila predvsem na problematiko nabave zdravil in medicinskih pripomočkov oz. postopkov javnega naročanja za potrebe javnega zdravstva. Opozorila je, da potrebujemo večjo centralizacijo in informatizacijo javnega naročanja v javnem zdravstvu, kar naj bi pripomoglo k večji transparentnosti na tem področju. Ti ukrepi so del petnajstih ukrepov, ki bi pripomogli k reševanju problemov korupcije v Sloveniji. KPK jih je v realizacijo predlagala slovenski politiki, ki je po njenem mnenju prva odgovorna za anomalije, v katerih se razrašča korupcija.

Tudi Iniciativa zdravnikov, ki velja za največjega kritika razmer v slovenskem zdravstvu, je opozorila na škandalozno odtekanje denarja iz zdravstvene blagajne. Nekdanji minister za zdravje Tomaž Gantar je ob tem priznal, da je korupcija v zdravstvu velik problem. Iniciativa že ves čas spodbuja zdravnike, ostale zdravstvene delavce, druge strokovnjake in širšo javnost k aktivnemu reševanju in racionalizaciji javnega zdravstvenega sistema. Odgovornim predlaga trinajst ključnih ukrepov, s katerimi bi lahko zmanjšali korupcijo v zdravstvu. Obenem opozarja na tveganja, povezana z razkrivanjem korupcije, ter na problem ogrožanja oz. diskreditacije tistih, ki so si na tak ali drugačen način drznili zoperstaviti se sistemu korupciji v zdravstvu. Javnost mora te poskuse prepoznati in jih razkriti. Tudi »uradne« zdravniške organizacije so se zaradi aktualnih razmer v zdravstvu zavzele za dosledno spoštovanje Kodeksa medicinske deontologije Slovenije in podprle prizadevanja organov pregona v zvezi z odkrivanjem korupcije in slabe poslovne prakse v slovenskem zdravstvu. Kljub opozorilom o razbohotenju korupcije ter drugih kaznivih in neetičnih ravnanj, je problem še vedno zaskrbljujoče potisnjen na rob zdravstvenega raziskovanja in preventive ter prepuščen predvsem integriteti posameznih zdravnikov ter njihovi Iniciativi. Pri etičnem uporništvu gre zelo pogosto za opozarjanje na zlorabo položaja in dejanja, ki imajo za posledico razne nevarnosti za zdravje in varnost posameznikov in širše skupnosti. **S tem v zvezi so prav zdravniške organizacije ob podpori najvišjih strokovnih organov v državi odgovorne za oblikovanje ustreznega kodeksa za področje razkrivanja neetičnih ravnanj v zdravstvu in širše.**

## Etično uporništvo in žvižgaštvo

Etično uporništvo je še ne dovolj definiran termin, ki označuje široko paleto raznovrstnih aktivnosti na delovnem mestu z namenom opozarjanja na nemoralna, nezakonita oz. nepravilna ravnanja in dejanja, ki imajo lahko za posledico razne nevarnosti in škodo za zaposlene ali širšo družbeno skupnost. Zajema interno razkrivanje pomankljivosti in nepravilnosti v sami organizaciji in/ali eksterno razkrivanje informacij javnosti, pogosto preko medijev. Ključen je moralni

(etični) nagib oz. motiv za tovrstno uporništvo. Termin »whistleblowing«, ki ga prevajamo kot žvižgaštvo, je ožji pojem in se nanaša predvsem na eksterno razkrivanje nepravilnosti medijem. Etično uporništvo je tudi eden od možnih načinov nestrinjanja, oporekanja ter etičnega opozarjanja na neustrezno organizacijo in/ali odločitve nadrejenih s strani podrejenih delavcev, katerega namen je varovanje koristi delovne organizacije (in širše) pred zlorabo. Je vedenje zaposlenega, ki zaradi etičnih razlogov oz. moralnih nagibov razkrije nepravilna dejanja, ki bi lahko škodila drugim. Etični uporniki in žvižgači so posamezniki z visoko stopnjo integritete, ki presodijo, da je javni interes pri opozarjanju na nepravilnosti pomembnejši od vprašljivega interesa vodstva organizacije, lastnika kapitala ali politične stranke. Zaradi strahu pred diskreditacijo, tudi izgubo službe, si malokdo upa povedati resnico o amoralnih in koruptivnih posameznikih in vplivnih skupinah, ki lahko obvladujejo neko organizacijo. Večina si raje zatiska oči, kot da bi kritizirala brezobzirne, brezvestne, brezčutne, samovoljne in goljufive posameznike ali skupine (pogosto klike) na vodstvenih mestih.

Sociolog in raziskovalec korupcije v družbi Urban Vehovar celo pravi: »Resnice o slovenski družbi ljudje ne morejo videti tudi zato, ker je prehuda, da bi se lahko z njo sploh soočili.« In prav etični uporniki in žvižgači na glas povedo tisto, kar opazijo in se jim zdi nepravilno in škodljivo, medtem ko je večina menda nemočna in ni odgovorna, da bi na to opozorila. V Sloveniji imamo tudi veliko anonimnih razkritij nepravilnosti, vendar tovrstnih dejanj raziskovalci ne označujejo kot etično uporništvo. S pokončno držo in etičnimi ravnanji tlakujejo etični uporniki pot tistim, ki nimajo poguma, da bi se zavzeli za boljše življenje vseh. Zato vsaka družba potrebuje etične upornike in ustrezno število žvižgačev, posameznikov ali združenih v skupine, da v javno dobro razkrivajo nepravilnosti.

## Strah in etične dileme

Za slovensko družbo je značilno oviranje javne razprave ter zatiranje oporekanja in soočanja različnih mnenj. Še dobro, da si nekateri posamezniki upajo povedati stvari, ki se jih večina ne upa. Nemočno in molčečo večino imamo zaradi občutkov nemoči, brezvoljnosti, celo otopelosti in strahovladja v družbi. Posledica je razmišljanje, da bo imel tisti, ki bo opozoril na problem, zato težave v službi in drugod. K takšnim razmerah je največ pripomoglo slabo vodenje in organizacija ter pokvarjeni posamezniki na vplivnih položajih v politiki, gospodarstvu in javnem sektorju. Zdravstveni sistem, kot del javnega sektorja, je hierarhično organiziran. Vodstva od zaposlenih pričakujejo konformnost, lojalnost, skratka strinjanje z odločitvami vodstva. Zato se večina zaposlenih o (korporativni) družbeni odgovornosti svojega dela ne sprašuje, čeprav morda dvomijo o integriteti nekaterih vodstvenih odločitev. Pogosto je strah pred posledicami povračilnih ukrepov, ki lahko doletijo podrejene, ko (upravičeno) kritizirajo nadrejene ali razkrivajo nepravilnosti, lahko močnejši kot čut za pravičnost oz. močnejši kot moralna zaveza. Nekateri zaposleni pa v

brezpogojno zvestobo, zastraševanje in ubogljivost ne privolijo. Odločijo se, da bodo oporekali slabemu vodenju in upravljanju, ter opozarjajo na odločitve in prakse, ki lahko negativno vplivajo na organizacijo, zdravstvo in zdravje ljudi. S tem tvegajo svoje zdravje, varnost in celo varnost svojih družin. Skupno zaposlenim, ki si zastavljajo ta vprašanja, je, da nimajo moči in avtoritete, da bi povzročili spremembe, zato se obračajo na nekoga z večjo močjo in avtoriteto, pogosto tudi na medije.

## Kdaj sta etični upor in žvižgaštvo upravičena

Kaj motivira nekatere zdravnike in druge zdravstvene delavce, da se kljub tveganju diskvalifikacije, uničenja kariere, izgube službe, izključitve iz zdravniških organizacij in drugim povračilnim ukrepom odločijo javnosti oz. medijem razkriti korupcijo ter pomanjkljivosti in nepravilnosti v lastni organizaciji in širšem sistemu? Etični uporniki morajo delati v javno dobro in ne smejo biti narcistično obsedeni z lastno veljavo. Žvižgaštvo kot razkrivanje neetičnih ravnanj v javnosti se samo po sebi zdi inherentno moralno upravičeno dejanje, vendar vedno ni tako. Zato razkritju informacij o neki nepravilnosti navado sledijo razprave o njegovi upravičenosti. Raziskave omenjajo »idealne okoliščine«, v katerih naj bi bilo etično uporništvo in žvižgaštvo upravičeno, npr. prepričanost, da bo razkritje korupcije in drugih neetičnih ravnanj preprečilo nepotrebno in veliko škodo drugim; predhodna izčrpanost vseh notranjih postopkov, ki so na voljo pred javnim (zunanjim) razkritjem nepravilnosti (razen v izjemnih okoliščinah, ko bi žvižgač lahko ogrozil sebe); verodostojnost in prepričljivost dokazov; odgovornost (v izogib neupravičenega kritiziranja oz. obtoževanja); velika možnost uspeha (ki naj bo večja kot tveganje, kateremu se žvižgač izpostavi).

Pri dilemi, ali gre pri žvižgaštvu za lojalnost ali izdajo, nam pomaga poznavanje osebnostnih lastnosti žvižgačev. Analize njihovih osebnostnih lastnosti so pokazale, da se za etično uporništvo prej odločajo zaposleni, ki čutijo pripadnost organizaciji in zavezanost poklicu. Osebe z nizko stopnjo pripadnosti se za etično uporništvo ne odločajo oz. izberejo strategijo molka. »Pravi« etični uporniki oz. žvižgači so relativno konservativni ljude, predani svojemu delu in organizaciji, z močnim čutom za strokovno odgovornost. Večina jih je bila nadpovprečno uspešnih, dokler se od njih ni zahtevalo kršenje lastnih ali poklicnih etičnih standardov. Brez izjeme so vsi verjeli, da z upiranjem koruptivnim in drugim neetičnim praksam ščitijo pravo poslanstvo svoje organizacije ali stroke oz. poklica. Tudi takrat, ko kdo ni držal besede, so to jasno povedali. Etični uporniki in žvižgači imajo pogosto tudi močne zaveznike v medijih. **Vendar so v slovenskih razmerah etični uporniki, prijavitelji korupcije in drugi žvižgači kljub tem ugotovitvam in zakonodaji (Zakon o integriteti in preprečevanju korupcije) ogroženi.**

## Iskanje gnilih jabolk

Koliko smo zdravniki sploh pripravljeni razkrivati pomanjkljivosti in nepravilnosti v lastnih vrstah,



medsebojnih odnosih, svojih organizacijah, zdravstvu in družbi oz. državi nasploh? Ali je razkrivanje stanja na področju zdravniške etike v skladu s Kodeksom medicinske deontologije? Ali žvižgaštvo predstavlja lojalnost zdravstveni organizaciji, ali pa gre preprosto za izdajo organizacije, ki nam daje plačilo? Odgovor na to dilemo nam delno ponuja prav Kodeks, ki med drugim govori o zdravnikovi dolžnosti, da »odkriva kolegice in kolege, ki delujejo nestrokovno, nepošteno in se poslužujejo prevar in pridobitništva«. Seveda pa je potrebno zdravniško dolžnost razkrivanja pomanjkljivosti, nepravilnosti in napak razumeti dosti širše. Nedopustno je, da je zdravništvo toliko let dopuščalo tako velik razkorak med zapisano besedo in preprečevanjem pojavov izkoriščanja, korupcije, klientelizma, nepotizma, konfliktov interesov in drugih neetičnih vedenj. Za poklic zdravnika se nas večina odloča zaradi empatije in človečnosti in nam je delo zdravnika predstavlja poslanstvo. Vendar pri posameznikih, ki so se za poklic zdravnika oz. za delo v zdravstvu odločili predvsem zaradi nekaterih problematičnih osebnostnih lastnosti (npr. pretirane potrebe po uveljavitvi, ugledu in izražanju samovolje ali hlepenju po moči in denarju), obstaja velika verjetnost, da bodo zlorabljali pooblastila in vpliv. **Kodeks medicinske deontologije Slovenije že sedaj nalaga zdravnikom, da odkrivajo takšne kolegice in kolege, ki delujejo zavajajoče, manipulativno, goljufivo, nestrokovno, pridobitniško.**

## Primeri etičnega uporništva v zdravstvu

Problematiko etičnega uporništva oz. žvižgaštva je treba razumeti predvsem v njegovem organizacijskem kontekstu. V zdravstvu so žvižgači najpogosteje zdravniki in drugi visokoizobraženi strokovnjaki, ki javnosti posredujejo zaupne informacije o slabostih svoje lastne organizacije, sistema ali grožnjah za zdravje. Na javnost se obrnejo, ko spoznajo, da njihovi nadrejeni ne nameravajo ukrepati. Nadrejeni razkrivajo informacij javnosti razumejo kot problem lojalnosti, zaupanja in discipline. Po njihovem žvižgači ne preprečujejo groženj in škode v zdravstvu. Predvsem državni uradniki v zdravstvu dvomijo o upravičenosti žvižgaštva v njihovem sektorju. Tiste, ki širijo slabe informacije, pozivajo, naj te podkrepijo z dokazi in konkretnimi imeni. Na področju sistemske korupcije, ki prevladuje v zdravstvu, pa je težko imenovati konkretne posameznike. Vlado in nekatere državne uradnike opozarjanje na takšno korupcijo zelo moti, ker kaže na njihovo nesposobnost, da bi se ji pravočasno zoperstavili s sistemskimi ukrepi.

Vsak posameznik v Sloveniji ima pravico pristojnemu nadzornemu organu podati prijavo glede korupcije. Vendar se za žvižgaštvo v zdravstvu odločijo le redki. Med njimi kirurg Erik Breclj z Onkološkega inštituta že več let opozarja na nepravilnosti in korupcijo v zdravstvenem sistemu. Etični upor se pogosto začne kot upravičeno nasprotovanje organizacijskim načinom, metodam in praksam, kar se navzven kaže tudi kot kritiziranje vodstva. Nad Brecljem se, tako kot nad drugimi, ki v Sloveniji opozarjajo na korupcijo ali druge nepravilnosti, ves čas izvaja

psihično nasilje. V službi je bil degradiran ter finančno in drugače oškodovan. Da bi kršitelji prikrili nepravilnosti, pač morajo diskreditirati in onemogočiti žvižgače do te mere, da se podvomi v njihovo kredibilnost. Z intrigami, šikaniranjem ter ponavljajočimi in stopnjevanimi pritiski se poskuša doseči njihovo socialno izključitev, utišanje in psihični zlom. Revmatolog in predstojnik Kliničnega oddelka za revmatologijo UKC Ljubljana Matija Tomšič je pred leti, po neuspešnih poskusih opozarjanja pri svojih nadrejenih, v javnosti kritiziral slabo organizacijo slovenske revmatologije. Zaradi svojih nastopov pred novinarji je prejel pisno opozorilo direktorja UKC Simona Vrhunca, da lahko zaradi takšnih nastopov izgubi službo.

Zdravnikom (in drugim zaposlenim) se tudi danes prepoveduje javno kritiziranje organizacijskih pomanjkljivosti ali nepravilnosti v zdravstvu. Zdravnik izjave za javnost lahko daje, vendar le, če so v skladu s pravilnikom o dajanju informacij v javnost, drugimi pravilniki, zakonom o delovnih razmerjih in pogodbo o zaposlitvi. Takšna ureditev je lahko v neskladju s strokovno neodvisnostjo, samostojnostjo in odgovornostjo zdravnika pri opravljanju poklica oz. temeljno pravico do svobode govora na delovnem mestu. Dejstvo je, da so mnogi zdravniki dolga leta zaman opozarjali svoje nadrejene ali državne uradnike na pomanjkljivosti in nepravilnosti v zdravstvu. Ko so storili v javnosti, so bili z namenom utišanja deležni ostrih povračilnih ukrepov. Zato jih je danes, tudi v času krize, večina raje previdno tiho in ne oporeka odločitvam vodstva in politike, tudi če se z njimi ne strinja. **S tem v zvezi je, zaradi neurejenih in kritičnih razmer v slovenskem zdravstvu, v letu 2013 nastala Iniciativa zdravnikov (<http://iniciativa-zdravnikov.si/>), v katero se je povezala skupina zdravnikov, njihovih sodelavcev in podpornikov, da bi lahko bolj učinkovito opozarjali na pomanjkljivosti in nepravilnosti ter drugače prispevali k boljšemu vodenju in upravljanju zdravstva. Iniciativo bi lahko glede aktivnosti preprečevanja, odkrivanja in sporočanja nepravilnosti v zdravstvu opredelili tudi kot institucionalizirano etično uporništvo v zdravstvu. Takšna iniciativa lahko ob iskreni podpori političnih odločevalcev preraste v eno od koristnih orodij upravljanja v zdravstvu.**

Vendar je iniciativa zdravnikov, ki si je pred letom dni zadala cilj opozoriti na razmere v slovenskem zdravstvu in podati konkretne predloge za vzpostavitev pravičnega, delujočega in finančno vzdržnega zdravstvenega sistema za vse prebivalce Slovenije, menila, da je cilj izpolnila. Zato so se njeni člani odločili, da Iniciativa po letu dni aktivnega dela preneha delovati.

## Žvižgaški inštitut

Naj omenim še en eksemplarični primer etičnega uporništva in žvižgaštva v zdravstvu, ki se v medijih pojavlja kot »selitev IVZ v Dunajske kristale«. V njem »nastopajo« med drugimi skrivnostni lastniki zasebne-ga podjetja Mabra inženiring iz Liechtensteina, nekdanji minister za zdravje v Pahorjevi vladi Borut

Miklavčič, direktorica Inštituta za varovanje zdravja (IVZ) Marija Seljak ter njuni zaposleni. Gre za poskus prodaje oz. zamenjave stavbe IVZ na Prešernovem trgu. Stavbo IVZ je država pridobila s podržavljanjem zdravstvenega premoženja, ustvarjenega tudi z lastnim vlaganjem zaposlenih v njeno obnovo. Mnogim se zdi predlog, da bi se ta stavba prodajala ali menjala, v okviru javno-zasebnega in netransparentnega partnerstva, sporna. Kdorkoli je že sprožil predlog selitve IVZ z elitne lokacije v centru mesta v Dunajske kristale na obrobje mesta, se je po mnenju stroke in večine zaposlenih slabo odločil. Štirje zdravniki, predstavniki večine zaposlenih, so v njihovem imenu vlado, nadzorne organe, javnost in medije pravočasno opozorili na možno škodo (netransparentno upravljanje z državnim premoženjem; poskuse prelivanja javnega, davkoplačevalskega denarja v zasebne žep; probleme varovanja zdravstvenih virov; marginalizacijo preventivne; sindrom bolne stavbe) ter finančne posledice, ki bi jih imela takšna selitev z državo. Selitev bi državo stala vsaj dodaten milijon evrov. Z lokacijo na obrobju mesta ter delovno površino v Dunajskih kristalih ne bi zadostili niti osnovnim organizacijskim potrebam IVZ. Dostopna dokumentacija je pokazala tudi zelo tvegano vpletenost Nove kreditne banke Maribor (NKBM) v ta posel, kar je danes razvidno tudi iz bančne luknje, ki so jo domnevno povzročili prav tajkunski goljufivi krediti. Pred razkrivanjem suma korupcijskega tveganja so torej zaposleni pridobili dovolj dokumentiranih dokazov, da so lahko prepričevali nepristranske opazovalce, da je njihov pogled na selitev pravilen ter da gre za resno ogrožanje davkoplačevalskega denarja. O tem so obvestili svoje nadrejene, ki pa niso ukrenili ničesar. Zato so predstavniki zaposlenih, potem ko so izkoristili interne postopke in možnosti, o tem obvestili vlado, nadzorne organe in medije. Po mnenju žvižgaških zdravnikov je bila vlada v tem poslu zavedena tudi z neustreznim prikazovanjem kvadratur in vrednotenjem nepremičnin v postopku menjave.

## Vnašanje nezaupanja med javnostjo in zdravništvom

Velja omeniti, da morajo biti bolj ali manj vse zdravstvene organizacije tudi žvižgaške institucije, če ni dovolj dialoga med medicino in politiko, saj morajo prepoznati in razkrivati vsa tveganja ali že nastalo škodo političnega odločanja in drugega ravnanja, ki ima lahko negativen vpliv na zdravje in počutje ljudi. Velik del zdravstvenih problemov je tesno povezan z družbenimi pogoji, v katerih ljudje živijo in delajo. V globaliziranem svetu in kriznem času je prav zmanjševanje neenakosti v zdravju, ki je pogosto posledica korupcije in nepravilne distribucije moči, denarja in sredstev, nov izziv za zdravstvene organizacije. Socialna nepravilnost ubija ljudi. Brez razumevanja vpliva socialnih determinant na zdravje ni mogoče reševati problematike zdravstva in zdravja ljudi. Socialna preventiva bolezni temelji na predpostavki, da je zniževanje stopnje obolenja možno predvsem z reševanjem socialnih problemov, kot so družbena neenakost, slabe zaposlitvene možnosti, nizka ozaveščenost in izobraženost, revščina in socialna izključenost.

Zdravnik se je kot bolnikov advokat in širše kot zagovornik zdravstvenih interesov ranljivih posameznikov in skupin dolžan zoperstaviti političnim merilom, če bi od njega zahtevali odločitve, ki bi bile v nasprotju z njegovim strokovnim prepričanjem in vestjo. Ni naključje, da si politika neredko prizadeva prekiniti partnerstvo med javnostjo in zdravništvom, s tem da poskuša vnašati nerazumevanje in nezaupanje med njimi. Če politikom in njihovim opodam ne uspe, to pripišejo zaroti proti njim ali nesposobnosti drugih. Bistvena razlika med takšnimi politikami in tistimi, ki dejansko rešujejo javni interes, pa je, da prvi poskušajo uspeti na račun drugih, se sprenevedajo in pri tem manipulirajo z okolico. Ob tem ne ravnajo tako, kot govorijo, in skušajo diskreditirati tiste, ki jih kritizirajo. **Korupcija in neetična ravnanja v zdravstvu se bohotijo tudi zaradi tistih, ki so tiho in nič ne naredijo. Delno je vzrok v odprtih vprašanjih glede težavne zakonske zaščite razkrivalcev korupcije in neetičnih ravnanj (etičnih upornikov oz. žvižgačev).**

## Odgovornost ministrov za zdravje

Za zmanjševanje korupcije, neetičnih ravnanj in varovanje zdravja prebivalcev Slovenije so bolj ali manj odgovorna vsa ministrstva in vsi njihovi raziskovalni inštituti, ne le ministrstvo za zdravje in IVZ, ki se bo v letu 2014, kljub nasprotovanju večjega dela stroke, združil z regionalnimi zavodi in preimenoval v Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). Seveda pa so v skladu s sprejeto vladno politiko za izvajanje zdravstvene politike posebej odgovorni ministri za zdravje skupaj z državnimi sekretarji. Upravno in strokovno delo znotraj ministrstva pa pokrivajo generalni direktorji z državnimi uradniki. **Nekateri menijo, da so za slabe razmere v slovenskem zdravstvu najbolj krivi prav ministri za zdravje, ki se niso znali in zmogli zoperstaviti ideološkim pritiskom in so v slovensko zdravstvo uvedli miselnost neoliberalnega trga, potrošništva, konkurenčnosti in nesolidarnosti. Politično imenovani ministri naj bi bili predvsem krinka za vstop politike in kapitalskih omrežij iz ozadja v zdravstvo. Vsem dosedanjim ministrskim sestavam je skupno, da jim ni uspelo vzpostaviti razmer, da bi bili problemi v zdravstvu lažje rešljivi.** Ministri za zdravje zato svoje položaje zapuščajo vse bolj sklonjenih glav. Njihove uradniške sestave, ki so v marsičem pripomogle k neuspehu, pa bolj ali manj ostajajo nespremenjene in čakajo na novega ministra. Novi ministri te uradnike podedujejo, skupaj z njihovo organizacijsko kulturo.

Skupno dosedanjim zdravstvenim ministrom je tudi podcenjevanje medicinske stroke, zanemarjanje vloge raziskovalcev ter ignoriranje strokovnjakov, ki so opozarjali na pomanjkljivosti in nepravilnosti v zdravstvenem sistemu. Nobeden od ministrov tudi ni naredil nujnih premikov za zaježitev korupcije. Na ministrstvu ni bilo pravih ambicij, da bi ustavili pohlepno dobičkarstvo, korupcijo in odtekanje denarja. Ko bo aktualnemu ministru za zdravje uspelo ustvariti razmere, v katerih bodo zaposleni v zdravstvu

lahko brez strahu oporekali slabemu vodenju in organizaciji ter upravičeno kritizirali svoje nadrejene, potem bo tudi korupcije in potreb po žvižgaštvu manj. S tem v zvezi so se slovenski zdravstveni delavci tudi začeli združevati v Inicijativo zdravnikov, ki je prostovoljno in neodvisno združenje vseh, ki hočejo aktivno sodelovati v prenovi in pri reševanju zdravstvenega sistema v Sloveniji.

## Politično kadrovanje in negativna selekcija

Večina ljudi, ki so bili politično kadrovani, ni delovala v korist ljudi in najširših javnih interesov. Večinoma gre za hlapčevske ljudi z nizko stopnjo integritete in brez hrbtenice. Zanje je ključna skrb, kako bodo ščitili svoje »botre« in jim s protiuslugo vrnili uslugo, ker so jih zaposlili na vodstvenih položajih. Torej bodo ščitili politiko in z njo povezane interesne skupine, katerim je tudi skrb za zdravstvo in zdravje ljudi drugotnega pomena. Zato živimo v času in državi, v kateri se naše zdravje, počutje in zdravstvo ne spreminjajo na bolje. Ljudje vse težje vplivamo na razmere, ki nam jih pogojujejo politiki in ki se krepijo v korist peščice posameznikov. S tem v zvezi bo imela politika tudi odločilen vpliv pri izbiri novega vodstva Komisije za preprečevanje korupcije, čeprav je staro vodstvo odstopilo ravno zaradi politike. Politika tudi daje prednost kapitalu pred zdravjem ter hkrati zmanjšuje vlogo zdravnikov in državljanov pri organizaciji zdravstva.

Sodeč po opozorilih zdravnikov in njihovih organizacij o odnosih med politiko in zdravništvom, je kriza poglobila tudi težave v dialogu med predstavniki zdravništva in ministrstvom za zdravje. Pri snovanju zdravstvenih reform nam manjka učinkovit dialog, kar vodi v vse bolj konfliktno odnose med politiko in zdravništvom. Mnogi znaki kažejo na povezanost korupcije s slovenskim političnim kadrovanjem in negativno selekcijo ter posledično slabim vodenjem, organizacijo in nesposobnostjo dialoga politično kadrovanih elit s stroko in državljani. Tudi marsikje v zdravstvu so na površino prišle antisocialne težnje, na vodstvene položaje pa so se povzpeli ljudje, ki postavljajo lastne interese pred interesi bolnikov, zdravstva in skupnosti. Ob tem se stopnjujejo občutja ranljivosti, ogroženosti, negotovosti in nezaupanja poštenih ljudi do lastne države in njenih sistemov. Širša javnost tudi vse težje prepoznava, kdo v resnici deluje za ljudi in rešuje razpadanje zdravstva ter kdo le prikrito manipulira in prikriva svoje interese in morda celo vpletenost v nesprejemljive posle.

## Sodelovanje pri krepitvi javne etike

**Varovanje in krepitev etike v družbi je, še bolj kot pri ostalih, dolžnost t. i. poklicanih strokovnjakov, kamor poleg učiteljev, pravnikov in duhovnikov sodimo tudi zdravniki.** Stanje na tem področju je zaskrbljujoče. V zdravniški etiki poznamo dve temeljni maksimi: »ne škoduj«, ki je zapoved, ter »delaj dobro«, ki je dobronamerna obveznost. Vendar si je včasih težko predstavljati, kaj vse pomeni delati dobro,

da ne bi hkrati škodovali drugim. Zato je uveljavljeno »novo« etično in strokovno vodilo **»preprečuj škodo«**, ki se uvršča med »ne škodovati« in »delati dobro«.

Etična obveza vsakega zdravnika je preprečevanje dejanj, ravnanj in razmer, ki imajo neposreden ali posreden negativni vpliv na bolnike, na ranljive in ogrožene ljudi ter na zdravje ljudi nasploh. Seveda se ta obveznost zmanjšuje, ko pretirano zraste cena preprečitve takšnih dejanj. Zato mora zdravnik, ki dela v skladu s Kodeksom medicinske deontologije Slovenije in želi biti aktiven zagovornik bolnikov, ranljivih skupin, varovanja in krepitve zdravja ter uveljavljanja etičnih načel, sodelovati v procesih oblikovanja javnih politik. Pri njihovem oblikovanju pa je udeleženo veliko javnopolitičnih igralcev z različno stopnjo integritete ter osebne zavezanosti poštenosti, pravičnosti in zdravju. Vloga strokovnega znanja in etičnih načel v procesih političnega odločanja je različna. Na področju preventive in varovanja zdravja žal prevladujejo dokumenti, politika in strategije na deklarativni ravni. Načeloma naj bi znanje in etika sicer služila za definiranje prednostnih nalog in iskanje političnih rešitev. Pogosteje pa se uporabi le za »posthoc« racionalizacijo in upravičevanje že predhodno izbranih rešitev.

Tisti z veliko močjo lahko uveljavijo svoje interese, ki niso vedno v prid bolnikov, zdravstva in sociale ter varovanja zdravja, navkljub nasprotovanju ostalih deležnikov. **Zato bi moral zdravnik svojo etično držo, znanje in izkušnje uporabljati tudi za razkrivanje politične prakse, od katere imajo ljudje v resnici bore malo ali je celo zdravju škodljiva. Imamo znanje ter avtoriteto, da lahko opozarjamo tudi na širše pojave, ki lahko škodljivo vplivajo na zdravje ljudi in okolja. Zdravništvo bi moralo biti glede varovanja etičnih načel in vrednot v družbi vzor. Večinoma pa nam manjka političnih večšin.**

## Zaključek

Zdravništvo je tudi del zdravstvenega sistema, zato se zdravnik ne more omejiti zgolj na zdravljenje bolnika, ampak mora delovati kot javni delavec za dobrobit in napredek skupnosti. Zanimanje za javnozdravstveno etiko narašča, kar ni le posledica družbene krize, ampak tudi strahu, da bi lahko brezvestni in amoralni posamezniki zaradi svojih psiho-sociopatoloških teženj škodovali bolnikom, drugim ranljivim posameznikom in skupinam ter državi. **Ministrstvo za zdravje, zdravniške organizacije in njihovi sodelavci bi morali pripraviti protikorupcijsko strategijo v zdravstvu ter okrepiti prizadevanja na področju integritete, družbene odgovornosti in etike v javnem zdravju oz. za dvig moralnih in etičnih standardov v družbi/državi. Pri tem lahko veliko prispeva znanost in stroka javnega zdravja (socialne medicine).** Doseganje potrebnih sprememb ne bo lahko. Odvisno bo tudi od mobilizacije kritičnega števila politično aktivnih državljanov, posebej tudi od integritete zdravnikov in njihovih organizacij ter politične volje.

E-naslov: [dusan.nolimal@ivz-rs.si](mailto:dusan.nolimal@ivz-rs.si)

# Elektrifikacija slovenskega zdravstva

V prvi letošnji številki revije Isis berem besede urednika, kjer razlaga, kako bo revija z novim letom dobila svojo e-obliko, da bo postala bolj racionalna, ekološka, hkrati pa jo bo možno brati tudi na osebnih računalnikih, tablicah, pametnih telefonih ... Skratka postala bo pametna. In ta moderna oblika bo mogoče dopuščala celo objavljane smernic, priporočil, navodil in le-ta naj bi bila vsakomur dostopna in v toku s časom. Odlično, leta 2014 se začneja elektrifikacija slovenskega medicinskega znanja, ko bodo slovenskemu zdravniku na doseg prvga zaslona dostopna navodila, priporočila, usmeritve oz. smernice za obravnavo posameznih bolezenskih stanj (v nadaljevanju zaradi enostavnosti uporabljam za vse omenjeno le izraz priporočila).

Zdravniška zbornica je kot cehovska organizacija, ki naj bi skrbela tudi za kakovost in s tem ugled slovenskega zdravništva, gotovo najboljšo mesto, kjer bi se zbiralo tovrstno znanje in s tem omogočilo ustrezno in primerljivo obravnavo bolnika ne glede na zdravnika, s katerim prihaja bolnik v stik, in njegovo geografsko področje. Hkrati je zbornica tudi nosilec t. i. strokovnega nadzora s svetovanjem, ki je lahko pošten in prispeva h kakovosti, le če imamo nadzorovani dostop do meril, po katerih se naše delo ocenjuje. In priporočila so gotovo ena od teh meril.

Nekakšen poskus tega že životari na straneh zdravniške zbornice v rubriki Klinični standardi, usmeritve, smernice in navodila. Zadeva je že nekaj časa res bolj na ravni poskusa, ker je mnogo tam priporočenega nedostopno v elektronski obliki ali je doživelo starost desetih let in več in mnoga področja medicine so bolj ali manj prazna, s svetlo izjemo onkologije.

Mogoče je moje pisanje za nekatere super specialiste povsem odveč. Ker so prav ti strokovnjaki hkrati skoraj celotno slovensko znanje na svojem področju in imajo priporočila za svojo ozko specializiranost v mezincu, z drugimi bolnikovimi težavami pa se večinoma ne soočajo. Ampak vsi nimamo tega ozkega super znanja, možnosti, niti želje, da bi se ukvarjali (karikiram) le z vrednostjo LDL in razglabljali, ali je to danes pod 1,8 ali morda še manj za zelo ogroženega bolnika. Pa da ne bo pomote, za naš prostor so bile pred letom prirejene in v Slovenski kardiologiji objavljene smernice za obravnavo dislipidemij. Veliko dela, ki pa ga z nekaj kliki, prav tako kot večino drugih tovrstnih slovenskih del, ne najdete na spletu. Spet so jih nekam zakopali.

Sem eden od tistih zdravnikov, ki ve nekaj o boleznih otrok, malo o otrokovem razvoju, skoraj nič o porodništvu in me je strah, da bom to svoje neznanje nekoč soočil ob rojevajoči materi, poznam za občutek različna področja interne medicine, nič ginekologije, drobec onkologije, za dober vtis psihiatrije, malo male kirurgije, ki jo oskrbim z enim ali dvema šivalnima setoma, nisem preveč suveren v urgenci in me je ob

tem redno strah, vem nekaj o starostniku, nekaj od družinskih problemih, alkoholizmu, poznam posamezne upravne postopke, precej omejitve ZZZS, imam znanje za soliden občutek o antikoagulantni terapiji, manj o urologiji – pričakujem, da se tega znanja navzamem z leti, že precej manj znanja infektologije in revmatologije in tako naprej. Vse znanje dokaj redno prenavljam in zelo redno pozabljam. Skratka, nekdo, ki o vsem, s čimer se ukvarja medicina, ve za en okus ali dva in se zato imenuje družinski zdravnik. In zato pogosto brskam za raznimi priporočili, ker si želim, da je pacient pošteno obravnavan, pa čeprav nima sreče, da bi imel zdravnika v enem od centrov Slovenije.

Pa odtipkam v spletni iskalnik priporočila za to in ono reč in glej ga zlodeja, takoj najdem angleška, lep nabor ameriških, novozelandska, avstralska in nekaj za okus tudi slovenskih priporočil, ki so raztresena na vseh mogočih naslovih. Nekatera celo na straneh farmacevtskih podjetij, za druga piše, da so bila objavljena v zborniku tega ali onega srečanja, kjer me pač ni bilo. Žalostno, ampak resnično.

Slovenski dohtarji smo pa res eni kalibri. Bojda se gremo kakovostno medicino, na dokazih temelječo, primerljivo z najboljšimi, na nekaterih področjih celo v vrhu svetovnega znanja, in se skušamo, kdo bo hitreje pridobil čim več različnih kakovostnih evropskih certifikatov. Ampak tista presneta priporočila pa skrijemo v te in one marginalne zbornike, na razne spletne strani, ki so namenjene le posameznikom, da jih ja kdo od neposvečenih ne bi prehitro opazil in bi mu s tem vzel primat nad njegovim vrtičkom medicinskega znanja. Blagor večjim od nas, ker bi se tam takoj našel nekdo drug, ki bi svoje znanje z veseljem delil tudi drugim, in tisti prvi bi padel v nemilost pozabljivosti.

Pred leti sem elektronsko komuniciral s slovenskim zdravnikom, ki se precej ukvarja s kakovostjo v zdravstvu, in mu omenil, da ne razumem sistema, ki od mene zahteva kakovostno, moderno delo, hkrati pa mi ne da osnovnih usmeritev, po katerih naj delam. In mi je gospod odgovoril, da je bilo na tem področju že nekaj neuspešnih poskusov, kaj več pa ni bilo možno, ker se pogosto niti strokovnjaki na posamezni kliniki ne uspejo dogovoriti med seboj. Razumem. Ampak potem je najbolje, da posvojimo angleška priporočila, ker je gotovo lažje poenotiti mnenja 60 milijonov Angležev kot 2 milijonov Slovencev. In tako se iz najinega pogovora ni izcimilo nič. Spoštovani gospod pa še vedno piše knjige o kakovosti v zdravstvu.

Moja in verjetno ne samo moja težava, kako slediti znanju, se super specialistu, ki bedi dan in noč nad vrednostjo priporočenega LDL-holesterola, zdi marginalna. Se strinjam, vendar ta spoštovani zdravnik dokaj z lahkoto sledi trendom v znanosti, ker v ustrezne spletne strani vtipka le tri črke in vse, kar je

novo na tem področju, je pred njim. Ampak ali si ta super specialist zna predstavljati, da se nekdo, ki ni tako super, pravkar ukvarja z okužbo pri otroku, ki mu povzroča dihalno stisko, da bo naslednji pacient tesnoben, mogoče celo samomorilen, da bo imel tretji težavo zaradi bolniškega dopusta, četrti neopredeljive bolečine v trebuhu, peti, ker prav tolikokrat lula čez noč, šesti, ker ima težave z enimi od največjih užitek človeštva – in tako še vsaj šestkrat toliko različnih na dan. In ob tem je debata LDL pod 1,8 ali celo manj marginalna, ker tiste tri njegove črke v spletnem iskalniku ne rešijo niti ene konkretne bolnikove težave. Mi taki navadni nespecialci potrebujemo priporočila na enem mestu in prav ta pričakujem od onih super specialistov, ker je njihovo znanje za področje vredno spoštovanja, če so ga pripravljeni deliti, sicer pa niti počenega groša.

In ker z novim letom prihajamo v e-obdobje Zdravniške zbornice Slovenije, priporočam, da se najde majhna, mlada, zagnana skupina zdravnikov specializantov, sobnih zdravnikov ali diplomantov, čakajočih

na zavodu za zaposlovanje, ki bodo sestavili seznam, ponavljam, seznam priporočil, ki naj se zgradi na spletnih straneh Zdravniške zbornice Slovenija. In v ta seznam bodo naše različne katedre, ki dobivajo sredstva tudi za to, profesorji, asistenti in drugi vrhunski strokovnjaki različnih strok, počasi naložili priporočila iz tega ali onega zbornika oz. spletnih strani ali pa bodo zapovedali, da se v Sloveniji držimo angleških, novozelandskih ali celo kitajskih priporočil, ki so objavljena na tem in tem spletnem naslovu. Oni, ki slednjega ne bodo zmožni, se bodo zaradi tega znašli na virtualni rdeči (prazni) listi in če ne drugega, jih bo nekoliko pekla vest lastne nesposobnosti in upam, da počasi tudi njihov katedralni mošnjček.

Sicer pa hvala uredništvu za preboj iz papirja, vsem tistim, ki ogromno znate in to tudi z veseljem delite. Srečno.

*Janez Koprivec, družinski zdravnik*

E-naslov: [janez.koprivec@guest.arnes.si](mailto:janez.koprivec@guest.arnes.si)

## Zgledi in vzori

*Nina Mazi*

Ko razmišljamo o posodobitvi, prenovi in preoblikovanju zdravstvenega sistema oz. sektorja, se v mislih in besedah (redkeje v dejanjih) pogosto poigramo s stanjem, možnostmi, priložnostmi, ambicijami, načrti in dosežki držav, ki imajo področje zdravstva (zelo) dobro ali celo odlično urejeno. Še več: v katerih stvari gladko tečejo, se odvijajo brez nepotrebnih pretresov, niso zaznamovane s tveganjem in ne predstavljajo nenehne grožnje, da se bodo vsak čas sesule, hkrati pa so pisane na kožo tako uporabnikom kot tudi izvajalcem oz. ponudnikom in financerjem zdravstvenih proizvodov in storitev. Pri tem si predstavljamo, kako bi bilo, če bi se sami lahko ponašali z njihovimi dosežki, in si želimo, da bi jih znali/zmogli, hoteli/uspeli čim bolj spretno posnemati. Včasih tudi za vsako ceno. Hkrati pa pozabljamo, da preprosto posnemanje samo po sebi ne rojeva nove kakovosti in da dobrih praks, obetavnih navad in spodbudnih običajev ni mogoče preprosto presajati (kot rastlin – še te se pri prehodu iz enega lončka v drugega ali iz ene gredice na drugo posušijo, zgnijejo in propadejo) iz enega okolja v drugo. Za uspeh je namreč potrebno veliko več kot le zgled in ideal, na vrsto dejavnikov, ki odločilno vplivajo na izid ali vsaj igrajo pomembno vlogo, pa vsaj kratkoročno ni mogoče vplivati na ukaz. Pomembno se je zavedati, da idealnih zdravstvenih sistemov v praksi ni in da se najboljši lahko le bolj ali manj (v določeni meri) približajo idealu.

Med državami, ki si jih Slovenija pogosto jemlje za vzor in jih ima za svetel zgled organiziranega, učinkovitega in uspešnega, pa tudi obvladljivega in sprejemljivega/uresničljivega zdravstva, prednjačijo Švica (legendarna modrost pravi, da bi Slovenija lahko postala druga Švica – vprašanje pa je, ali si tega dejansko tudi želimo), Danska, Švedska, Norveška,

Kanada ... Pri tem pa pogosto pozabljamo, da nismo (in ne moremo oz. tudi sploh ne želimo postati) Švicarji, Danci, Norvežani, Kanadčani ..., marveč ostajamo Slovenci. Zato potrebujemo zdravstveni sistem, ki bo pisan na kožo našim ljudem (izvajalcem, uporabnikom in financerjem), našim pogojem, razmeram in okoliščinam ter konkretnim sposobnostim in danostim naše ekonomije in ostalih dejavnosti. Pri oblikovanju sodobnega zdravstvenega sistema v domovini pa se seveda lahko oz. moramo zgledovati po obetavnih sistemih, dobrih prijemih in odličnih praksah držav, ki jih spoštujemo in občudujemo. Vse naštetu seveda ne pomeni slepega posnemanja in (cenenega) ponarejanja, marveč izbirno, inovativno in domiselno upoštevanje (po potrebi tudi prevzemanje) vsega, kar nas pritegne, prepriča in navdušuje pri drugih. Da ne bi pod pokroviteljstvom tujcev za »velike denarje« ponovno odkrivali Amerike, izumljali tople vode in raziskovali zadev, ki so že dolgo znane, razumljive in pojasnjene. Za vse to pa človek/stroka/narod/država potrebuje predvsem veliko modrosti, razsodnosti in človečnosti. Jih imamo dovolj? So vsajene v glave in srca pravih ljudi, ki so jih javnosti tudi pripravljeni dati na razpolago? So jih ostali, ki z omenjenimi lastnostmi niso obdarjeni v tolikšni meri (dovolj), pripravljeni sprejeti, priznati, upoštevati in spoštovati?

S pričujočimi in podobnimi vprašanji bi se morali ukvarjati, preden začnemo tarnati, da za zdravstvo nimamo dovolj denarja, da bo treba zadeve za vsako ceno racionalizirati, brezkompromisno krčiti in omejevati oz. uvajati nove dajatve.

E-naslov: [isisnima@yahoo.com](mailto:isisnima@yahoo.com)

Ob razpravah o zdravem načinu življenja in razvadah

## Alkohol in marihuana

*Tomaz Rott*

Med številnimi strokovnimi, manj strokovnimi, laičnimi in rumeno tiskanimi obvestili, navodili, priporočili in nasveti za zdravo življenje je poleg nekaterih utemeljenih in resnih množica naivnih, zavajajočih in celo škodljivih.

Moje osnovno načelo, ki sem se ga trudil držati, je v tem, da nikdar ne pretiravaš pri prav nobeni stvari, da pri hranjenju upoštevaš pravilno razporeditev obrokov in ustrezno sestavo hrane, pri pijači si zmeren, ne nasedaš nepreverljivim poročilom o učinkih zdravljenj, nekaterih diet (ki so po začetnem uspehu večinoma neuspešne), da sicer včasih smiselnega posta ne uporabljaš kot metode za zdravljenje raka (čeprav so o tem prepričani nekateri veljaki nestrokovnjaki) in, kot sem nekoč med predavanjem bolj za šalo dodal, da si zmeren tudi pri seksu (pa mi je takoj v besedo skočila brhka mladenka: »Oh, to pa ne!«). Sem pa načelno proti kajenju in drogam. Med slednje nisem uvrstil alkohola, ki ima ob čezmerni porabi nedvomno škodljive učinke. Mednje predvsem v javnih razpravah prištevajo jetrno okvaro, spremembe na centralnem in predvsem perifernem živčevju (ki kažejo skoraj enako simptomatiko kot diabetična ali citostatska periferna nevropatija), manj se omenja škoda na trebušni slinavki, še redkeje pa okvara srca. Vendar pa ima kultivirano zmerno občasno pitje kakovostnih vin pri odraslem lahko tudi pozitivne učinke. Profesor Hribar je sicer opozarjal, da Slovenec pač ne smemo razlagati, da imajo kronični alkoholiki manj izrazito aterosklerozo. Kulturnega pitja si v naših mladostnih, predvsem študentskih letih skorajda nismo mogli privoščiti, saj so nam bila kakovostna oz. vrhunska vina praktično nedostopna, nekaj škode pa so lahko naredile v glavnem manj kakovostne in tudi sicer nepriporočljive »žgane« pijače.

Zato me motijo na eni strani dejavnosti, ki se skorajda janičarsko borijo proti pitju alkohola. Prepričan sem, da ne moremo primerjati cigarete kot žeblja v krsto s kozarcem dobre kapljice kot uničevalca milijonov možganskih celic, saj med odraslimi vseeno ni toliko topoumnih. Tudi zgodovinsko gledano sta se pivo in kasneje še vino cenila (pivo in kruh sta bila osnovna prehrana Egipčanov pri gradnji piramid) še pred antiko in doslej nisem zasledil podatka, da bi zaradi vina propadla kakšna civilizacija. V borbi proti alkoholu sem naletel tudi na vprašljive navedbe: ali so ženske res bolj dovzetne za alkohol, ker imajo več maščevja? Kako pa si potem razložiti, da lahko zajeten moški z dobro maščobno »izolacijo« prenese mnogo več alkohola kot normalno prehranjen ali celo shujšan, kar sem preizkusil tudi na lastni koži. Če sem malce zloben, potem bi moral tudi verjeti, da gre ženskam alkohol prej »v glavo«, ker gre predvsem tja, kjer je prostor. Kompleksni lipidi pa so v možganih obeh

spolov, pri moških jih je glede na težo celo nekaj več, torej bi morali biti celo prej opiti kot ženske.

Ob obsegu alkoholizma pri nas bi morali ukrepati proti prelahki dostopnosti do alkoholnih pijač in poudarjati, da je alkohol predvsem v mladih letih bolj škodljiv. Na vse mogoče, tudi zelo stroge načine bi morali preprečevati pitje mladostnikov. V alkoholno konkurenčni državi, Irski, sem videl po cestah opozorila, da se pitje na ulici takoj kaznuje z globo 500 funtov (!). Prav tam sem tudi doživel, da je policist brez besed izlil vse pivo starejšim najstnikom, ki so popivali v parku. Kako dosledni so pri točenju alkoholnih pijač v točilnicah, sicer ne vem, verjetno pa prepovedi resneje upoštevajo.

Pa pri nas? Doživel sem, da so na vrhu Triglava prodajali »pivo na najvišji ravni«. Za mladega prvopristopnika je prva pločevinka za odžezanje, druga za proslavitev uspeha ..., pa še malo »šnopčka« za premraženost itd. Še dobro, da ni več nesreč. V nekaterih sodnih primerih je opitost celo »olajševalna« okoliščina, ker opit obtoženec ni mogel trezno presojudati. Ne vem, koliko uspeha imajo akcije za ničelno stopnjo alkohola pri voznikih. Upam pa vsaj to, da ni več takih arogantnih voznikov, ki bi se zagovarjali, da so imeli pač toliko alkohola v krvi kot povprečen slovenski voznik, kljub temu, da so sami opiti povzročili že več prometnih nesreč s poškodbami soudeležencev v prometu.

Pri lahko dostopnih alkoholnih pijačah pri nas, ki jih je tudi v izobilju, tudi akcije v smislu »čim več ga popijmo, da ga bo za druge zmanjkalo«, ne bi imele učinka.

Namesto propagiranja popolne stalne abstinence bi morali storiti več za spoznavanje vrednot kulturnega pitja: kaj, koliko, kdaj itd.

Zakaj sem se spotaknil ob relativno neuspešne in včasih nedosledne in nesmiselne dejavnosti proti pitju alkohola?

Zato, ker na drugi strani opazujem že več let in v zadnjem času še intenzivnejšo težnjo za legalizacijo marihuane, tudi z besedami, če že imamo škodljivi alkohol, zakaj pa ne bi sprejeli relativno nenevarne marihuane. Pa je res tako nedolžna, kot prevladuje splošno mnenje?

Marihuana ima poleg ugodja za uporabnika (meni osebno preveč osladno smrdi, tako da si najbrž nikoli ne bom prižgal ročno zvitega svitka) res tudi nekaj zdravilnih učinkov pri določenih boleznih. Pa bi jo zato kar počez legalizirali? Tudi aspirin je bil zame ob glavobolih, prehladih in nejasnih virozah zdravilo izbora, pa sem ga moral zaradi stranskih učinkov povsem črtati iz uporabe.

In sploh, mnoga zdravila, vključno z opijati, imajo zdravilne učinke, pa jih moramo jemati pod

nadzorom, v pravih odmerkih, čeprav pri večini zdravil ni pričakovati odvisnosti uporabnika.

Mar bi ob morebitni legalizaciji in prosti prodaji droge pripisali le dodatek: v primeru zapletov ... se posvetujte z zdravnikom ali farmacevtom ... itd., ki sta o zadevi lahko premalo, nepopolno ali celo napačno poučena.

Glede marihuane me moti tudi nekaj objektivnih podatkov o možnih zapletih pri njeni uporabi. V študijah, ki sem jim sledil pred leti (predvidevam, da se navedeni podatki od takrat niso bistveno spremenili), so raziskovalci poudarjali težave pri opazovanju učinkov marihuane. Večina kadičev marihuane je namreč uporabljala tudi tobačne izdelke ali pa hkrati jemala druge bolj ali manj škodljive droge. Zato so le v redkih študijah lahko preučevali čiste uporabnike marihuane. Rezultati pri slednjih pa niso bili vzpodbudni. Po dolgotrajnem uživanju zgolj marihuane, kar se (je) sicer dogaja(lo) redkeje, so lahko opazovali v dihalih podobne spremembe kot po učinkovanju tobačnega dima: dražeč kašelj, kronični bronhitis, morfološko dokazane metaplastične in displastične spremembe bronhialnega epitelija, vključno z možnim razvojem raka. Relativno pogoste so prebavne motnje s hiperemezo, leta 2012 je bil npr. opisan akutni pankreatitis, povezan s kajenjem droge, itd. Poleg zastupitve 10-mesečnega otroka je bil leta 2012 opisan tudi otrok z motnjami zavesti zaradi pasivnega kajenja droge.

Nekaj primerov nenadne smrti pri naših mladih uživalcih te droge pa nas je pripeljalo še do druge pomembne študije: med uživalci droge se lahko pojavi nenadna, verjetno refleksno pogojena srčna smrt, brez kakršnih koli dokazljivih organskih sprememb. Primeri so sicer redki, vendar nedvomno so.

Morda so eden najbolj tehtnih pomislov o (ne)nadzorovani legalizaciji marihuane podatki, da nezanemarljiv odstotek uživalcev marihuane preide na škodljivejše droge. Zanimivo je, da prav marihuana lahko pripelje tudi do pitja alkohola, da z njim okrepijo njen učinek, in kot že rečeno, uživalci marihuane so tudi sicer pogosto kadilci tobaka in zasvojenji z drugimi drogami.

Neprijetnih, da ne rečem tudi usodno škodljivih posledic je kar veliko. Kdor ne verjame, naj pogleda samo PubMed za nekaj zadnjih let!

Ne izključujem možnosti, da so nekatere zgornje navedbe morda že zavržene, prepričan pa v to nisem in to tudi potrjuje le bežen pogled v najnovejšo literaturo. Odločujoči bi morali vse to upoštevati in ponovno preveriti pred kakršno koli odločitvijo o usodi marihuane oz. njenih uporabnikov. Upam, da omenjeno za zdravstvene delavce, za večino ljudi, predvsem pa za zakonodajalce in včasih popolnoma nekritične in nepoznavalske parlamentarce ni le minimalna postranska škoda med uporabniki.

Zgornje navedbe gotovo niso posledica »lukenj« v mojih možganih zaradi v življenju popitega alkohola.

In ob vsem tem se ne morem znebiti občutka, da se na vse kriplje borimo proti levu, za hrbtom pa nam na njegov prostor vdira še mladi tigrček.

Če bo to dobronamerno pisanje slučajno koga vznemirilo, upam na pomirjujoč, prepričljiv in utemeljen odziv. Sem pač optimist.

E-naslov: [tomaz1945@yahoo.com](mailto:tomaz1945@yahoo.com)

## Odziv in komentar na prispevek Evtanazija od etike do klinične realnosti

Marjan Fortuna, *Isis* 12(1): 34–35

*Danica Avsec*

Marjan Fortuna je v prispevku *Evtanazija od etike do klinične realnosti* v reviji *Isis* (januar 2013) razmišljal o odnosu med evtanazijo in zdravniško prakso. Med drugim je na strani 34 tudi navedel: »Za ponazoritev, kako nedosledni smo pri svojih ravnanjih, bi omenil dva primera. Prvi je odvzem organov in tkiv možgansko mrtvih oseb, ki so ali pa tudi ne pred smrtjo izrazile pripravljenost, da se lahko njihove organe odvzame in presadi bolnikom, ki jim to lahko pomeni dobesedno novo življenje. Zaenkrat velja, da je možganska smrt dokončna smrt. Pa smo prepričani, da je res tako in bo vedno tako? Ali odvzem organov, brez katerih se ne da živeti, ni neke vrste legalizacija evtanazije?«

Navedeni del sestavka je na več mestih zavajajoč in nedosleden, ker namiguje, da pri odvzemu organov in tkiv zdravniki izvajajo evtanazijo. Tovrstna trditve zahteva dodatna strokovna pojasnila glede odvzema organov in tkiv pri darovalcih po potrjeni možganski smrti za namen zdravljenja ter medicinskega kriterija možganska smrt, saj zavaja tako medicinsko kot tudi splošno javnost glede omenjenih postopkov.

Avtorjevo povezovanje prakse odvzema organov in tkiv po potrjeni možganski smrti z evtanazijo je z vidika medicinskih dejstev in etičnih načel popolnoma neustrezno, zgrešeno ter poenostavljeno. Avtor z umeščanjem evtanazije ter odvzema organov in tkiv v skupni kontekst izraža nepoznavanje patofiziologije

možganske smrti ter postopkov za ugotavljanje in potrjevanje možganske smrti.

Strinjam se z avtorjem, da je evtanazija za sodobno medicinsko prakso izjemno pomembna in premalo obravnavana tema; najpogosteje je tudi arbitrarna etična dilema (glej 1). V članku pa je najbolj sporno, da avtor Fortuna o tematiki razpravlja brez ustreznega znanja in prakse iz omenjenega področja. Ugotavljanje možganske smrti je medicinsko jasno definiran postopek, opremljen z zakonodajnimi dokumenti. Odprto je le filozofsko vprašanje definicije smrti, ki pa se nanaša na drugačne kontekste kritičnega razmišljanja, ki potencialno lahko v prihodnje prispevajo k novim smernicam za ugotavljanje smrti oz. uvedbo tehnoloških postopkov, ki jih bomo uporabljali po smrti, in na noben način ne more spremeniti izvajanja postopkov, ki se lahko ali morajo izvesti v obstoječi praksi.

Strokovno in laično javnost je treba jasno seznaniti s povezavami med uveljavljeno prakso o odvzemu delov človeškega telesa po smrti za namen zdravljenja ter veljavnimi pravili, ki preprečujejo kakršnekoli zlorabe umirajočih za potrebe transplantacijske medicine. Slovenija ima na področju darovanja, odvzemov in presaditve organov in tkiv strokovno, organizacijsko in izobraževalno področje zelo dobro razvito z jasno organizacijsko shemo na nacionalni ravni, pooblastili vseh izvajalcev in funkcionalno krovno organizacijo Slovenija-transplant. Dejavnost je definirana z nacionalnimi zakonodajnimi okviri, iz katerih je jasno razviden močan etičen imperativ za zaščito pred zlorabami, tako darovalcev kot prejemnikov organov in tkiv.

Protokoli o ugotavljanju možganske smrti in odvzemu organov in tkiv po možganski smrti so pri nas strokovno jasno definirani (o natančnih opisih protokolov glej 2). V primerjavi z mednarodnimi različicami je pri nas v veljavi konzervativen, neinvaziven in najbolj zanesljiv protokol, po katerem morajo nepovratno prenehati delovati vse integrirane možganske funkcije. 12. člen *Pravilnika o medicinskih merilih, načinu in postopku ugotavljanja možganske smrti ter sestavi komisije za ugotavljanje možganske smrti* pravi: »Do ugotovitve možganske smrti bolnika ni mogoče obravnavati kot možnega dajalca delov telesa za presaditev. Dopusten ni noben medicinski ukrep ali poseg, usmerjen v pripravo bolnika za odvzem delov človeškega telesa, ki bi bil v nasprotju z interesi zdravljenja« (3). Možganska smrt po zgoraj navedem pravilniku pomeni dokončno in nepovratno prenehanje delovanja celotnih možganov (možganskega debla in možganskih hemisfer) pri osebi, ki se ji ob umetnem dihanju vzdržuje delovanje srca in krvnih obtočil. Glede varovanja pred zlorabami smrtno bolnih in umrlih je Trontelj zapisal: »Pri nas vse do zanesljive ugotovitve smrti ni dovoljen noben medicinski ukrep ali poseg, usmerjen v pripravo bolnika za odvzem delov telesa. Prav tako ni dopustno 'programirati' umiranje tako, da bo ugodneje za posmrtni odvzem organov.« (4).

Darovanje in odvzem organov in tkiv po potrjeni možganski smrti je etično najbolj sprejemljiv (obstaja

še odvzem po potrjeni cirkulatorni smrti in odvzem za časa življenja, glej tudi 5) ter pri nas tudi prevladujoč in najuspešnejši program. A ker konteksti izvajanja transplantacijske medicine od nastanka neprestano izpostavljajo kritičnim premislekom in ker smo s sodelovanjem v mednarodni organizaciji izmenjav organov in tkiv Eurotransplant posredno ali neposredno izpostavljeni praksam, ki se že izvajajo v državah članicah, smo na Slovenija-transplantu v letu 2013 izvedli kvalitativno antropološko raziskavo *Dileme v donorskih programih in razvoju transplantacijske medicine: stališča slovenske strokovne javnosti*.

V raziskavi smo se med drugim tudi lotili vprašanj, ki se strokovno in etično utemeljeno dotikajo evtanazije in transplantacijske medicine, in sicer: ali bi v Sloveniji sprejemali ponujen organ iz območja Eurotransplanta od prostovoljno evtanaziranega darovalca ter kakšna so stališča strokovne javnosti do odvzema organov po prostovoljni aktivni evtanaziji (do sedaj tovrstno prakso izvajajo le v Belgiji). Rezultati so potrdili do sedaj že uveljavljeno stališče, da je evtanazija za domačo strokovno javnost iz več deontoloških in strokovnih dilem in nejasnosti nesprejemljiva praksa, kot tudi odvzem organov po prostovoljni evtanaziji. Natančnejši rezultati so predstavljeni tudi v članku (6).

Na osnovi dejstev in uveljavljene klinične prakse je vsakršno posploševanje ali namigovanje na zlorabe ter da gre pri odvzemu organov in tkiv po možganski smrti za namen zdravljenja za morebitno evtanazijo, zavajajoče in nestrokovno. Poudarjam pa, da se z odpiranjem filozofskih vprašanj v strokovno neustreznem okviru ter z neutemeljenimi razpravljanji žal odpira nov vidik zanemarjanja etičnih načel, ki jih moramo dosledno upoštevati vsi, ki izvajamo vsakdanjo zdravniško prakso.

#### Literatura:

1. Klampfer, F. (2010). Cena življenja: Razprave iz bioetike. Ljubljana: Študentska založba (zbirka Krt).
2. Avsec Letonja, D., Vončina, J. (ur) (2003). Transplantacijska dejavnost: donorski program 1, Organi. Ljubljana: Zavod RS za presaditev organov in tkiv Slovenija-transplant.
3. Pravilnik o medicinskih merilih, načinu in postopku ugotavljanja možganske smrti ter sestavi komisije za ugotavljanje možganske smrti, Ur. list RS, 70/2001. Dostopno na:
4. <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200170&stevilka=3791>, pregledano 29. 1. 2013.
5. Trontelj, J. (2003). Nekatera etična vprašanja ob presajanju organov. V A. Kandus, J. Buturovič Ponikvar, A. Bren (ur), Transplantacija 2003 (pp. 60-65). Ljubljana: Klinični center, Klinični oddelek za nefrologijo, SPS Interna klinika.
6. Šimenc, J., Avsec, D. (2013). Etični izzivi v transplantacijski medicini. Delo, 55(129): 14.
7. Šimenc, J., Avsec D. (2014). Organ Donation after Euthanasia: Views of Professional Community in Slovenia. W. Weimar, M. Bos, J. van Busschbach (eds). ELPAT Proceedings Book of the conference 'Ethical, Legal and Psychological Aspects of Transplantation. Global Issues, Local Solutions', Rotterdam, 20-23 April 2013(v pripravi).



# Integrativna medicina – odmev

*Katarina L. Glas*

Spoštovani avtor članka, gospod Rastko Golouh, drage kolegice in kolegi,

ob prebiranju članka me je kar nekaj misli nagovorilo k razmišljanju, kako razumeti mnenje nekoga, ki ni enako mojemu. Dovolite, da delim z vami svoje **asociacije**.

Čudovito melodične harmonije, ki jih lahko izražajo tipke na klavirju. Bele in črne. Bela in črna sta barvi, to imata skupnega.

In barve kože črncev in belcev v Južni Afriki, kjer sem živel. Prav tako diametralnih si v barvni paleti. In trud za tvorno sodelovanje mojih dragih staršev s temnopoltimi, kljub apartheidu.

In asociacije ob pogrebu nedavno preminulega temnopoltega gospoda Nelsona Mandele, ob katerem so si segale druga v drugo roke nasprotujočih si eminenc, kar je bilo za marsikoga nepredstavljivo. Kot je lahko nepredstavljivo rokovanje zdravnika klasične šolske, ortodoksne, uveljavljene medicine ali kakorkoli že hočete in zdravnika, ki se ukvarja s homeopatsko dejavnostjo, v strokovnem smislu seveda.

In misli ene od mojih štirih hčera, ki je ob pogledu na konja, ki sta se pasla ob poti, kjer sva se sprehajali, dejala, kako je en svetlo in drugi temno črn. Zame je

črna črna, v njenih očeh pa je pravzaprav paleta barv še kako široka ...

Se bo kdaj zgodila sprememba? Revolucija, v smislu kopernikanskega preobrata, ko je bila ugotovljena pomota glede dejstev o zvezdi, nujni za življenje, ki ji rečemo Sonce, ni potrebna. Tudi male revolucije, ki nastajajo, ko najbolj nespametnemu kmetu uspe najdebelejši krompir, tu niso pomembne. Spremembe pa potrebne v smislu sprejemanja drugačnosti med nami, v širšem smislu. Seganja roke v roko, tudi za to so. Revolucij si ne želim. Te terjajo žrtve.

Verjamem, da se vsak od vas bralcev po svojih najboljših močeh trudi za to, kar verjame, da je dobro. Vsak od nas verjame medicini, na podlagi vrstečih se dokazov, pridobljenih v raziskavah, tako v uveljavljeni medicini kot vse bolj tudi v homeopatiji. A na žalost še niti prva niti druga nista rešili sveta pred trpljenjem. Torej, da zaključim z mislijo v mojem, skorajda maternem jeziku: *Untill then, keep your feet on the ground and keep reaching for the stars!* Kar v prevodu pomeni: obdržite tla pod nogami, vendar neutrudno segajte k zvezdam. Svetijo za vse.

E-naslov: [katarina.glas@gmail.com](mailto:katarina.glas@gmail.com)

## Čezatlantski žehnik

*Marjan Jereb*

Pod tem naslovom je v »Delu« 23. decembra g. Boris Čibej med drugim napisal: »dosežek 44. ameriškega predsednika ... : zdravstveno reformo, obetajočo demokratično spremembo **nehumanega sistema** ...«.

Predvsem je s tem pokazal svojo pristranskost, katere bi se seveda, kot resen novinar, v informativnem članku moral izogniti.

Glede »nehumanega sistema« pa morda Vašim bralcem ne bo odveč nekaj pojasnil.

Glavne razlike med zdravstvenim sistemom v ZDA in tistim v večini Evrope in tudi v Sloveniji so:

Zdravstveni sistem je v ZDA vsaj približno tak, kot ga je želela imeti vsaj polovica volilcev ob zadnjih volitvah. Če zdaj želijo spremembe, jih lahko uzakonijo preko Senata in Kongresa.

Zdravstveno zavarovanje je v ZDA prostovoljno, v EU pa prisilno.

Zaposleni v zdravstvu so v ZDA mnogo bolj plačani kot v EU (in še zlasti v Sloveniji) in v ZDA je zdravstvo mnogo dražje.

O milijonskih in včasih milijardnih nabavah sofisticiranih aparatov in dragih zdravil odločajo v ZDA visoko kvalificirani in dobro plačani vrhunski strokovnjaki (ki bodo večinoma te naprave tudi uporabljali), v EU in še zlasti v Sloveniji pa slabo plačani, nemotivirani in večinoma neustrezno izobraženi uradniki, kar je lahko ugoden teren za razvoj »tveganja korupcije«, prosto po KPK.

Je vse to nehumano ali je še kaj drugega, kar v Vašem članku ni pojasnjeno?

# Mi pa stojimo in vztrajamo

Prim. asist. Franc Božiček, dr. med., specialist splošne medicine na oddaljenem podeželju

## Karolina Godina

Franc Božiček se je rodil leta 1952 v Sv. Petru pod Svetimi gorami, v poznejši Bistrici ob Sotli, kjer je končal osnovno šolo. Leta 1971 je maturiral na Pedagoški gimnaziji v Celju in 1977 diplomiral na Oddelku za splošno medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. Po enoletnem obveznem stažu v Splošni bolnišnici in Zdravstvenem domu (ZD) Brežice je leta 1979 opravil strokovni izpit v Ljubljani in se zaposlil v Splošni ambulanti Zdravstvene postaje (ZP) Bistrica ob Sotli v okviru ZD Šmarje pri Jelšah v istoimenski občini.

Že od začetka zaposlitve je bil vključen v zdravstvenovzgojno delo tudi v povezavi z Rdečim križem (RK) Slovenije, leta 1988 pa je končal specializacijo iz splošne medicine v Ljubljani in postal specialist splošne medicine z opravljenim obveznim podiplomskim študijem iz javnega zdravstva. V letih 1989, 1993 in 1994 se je doma, na Hrvaškem in na Kitajskem izobraževal v kitajski tradicionalni medicini, s poudarkom na akupunkturi, ter opravil preizkuse znanja. Leta 1993 se je Osnovna šola Bistrica ob Sotli na njegovo pobudo na razpisu za Evropsko mrežo zdravih šol uvrstila med 12 »zdravih šol« v Sloveniji.

V letih od 1989 do 1995 je sodeloval v vzorčnih Balintovih skupinah in kasneje v skupini Monte Verita na Onkološkem inštitutu v Ljubljani.

Vse od ustanovitve Katedre za družinsko medicino v okviru Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani leta 1995 pa do danes ji navdušeno izkazuje svojo pripadnost kot zdravnik z oddaljenega podeželja na srečanjih v pisani in govorjeni besedi. Leta 1999 mu je bil podeljen naziv primarij. V letu 2002 je pridobil licenco za preglede športnih pilotov, istega leta mu je Občina Bistrica ob Sotli podelila koncesijo za opravljanje zasebne prakse v »Ambulanti družinske medicine Franc Božiček« v Bistrici ob Sotli. Redno sodeluje z javnim zdravstvenim zavodom ZD Šmarje pri Jelšah pri nadomeščanju zdravnikov, v dežurni službi in pri nujenju nujne medicinske pomoči (NMP) v tej ustanovi. Je mentor študentom medicine in specializantom družinske medicine, leta 2007 pa mu je bil podeljen naziv asistent. Študente medicine, domače in tiste, ki prihajajo v Slovenijo po mednarodni izmenjavi študentov, uvaja v medicinsko stroko, za osvetlitev celovite podobe zdravnika družinske medicine na oddaljenem podeželju pa tudi v svoj dom z bivanjem pri njegovi družini v času izobraževanja v tem kraju. Družina je namreč tisto ljubeče mesto, kjer si že desetletja polni duševni rezervoar za delo z bolniki daleč od mestnih središč z medicinskimi in kulturnimi centri. Le ob razumevanju in podpori družine, predvsem pa s svojim timom, medicinskimi sestrami – sodelavkami že od leta 1978, lahko stoji in vztraja na tem oddaljenem podeželju ter pogumno ostaja v pomoč njegovim ljudem.

Leta 2009 je prejel odličje častni član Zdravniške zbornice Slovenije za uveljavljanje slovenskega zdravništva doma in v tujini.



Prim. asist. Franc Božiček v Ambulanti družinske medicine Franc Božiček v Bistrici ob Sotli leta 2013.

**Spoštovani gospod primarij, v zloženki, ki predstavlja Občino Bistrica ob Sotli, je med drugim zapisano: »... Bistrica ob Sotli je slikovito naselje v skritem kotičku Južne Štajerske, je na vzhodnem obrobju Slovenije, kjer se svet ob majhni reki Sotli odpira Hrvaškemu Zagorju... Ime kraja daje reka Bistrica, ki se skozi eno najlepših sotesk v Sloveniji tukaj poslavlja od nekdanjih žitnih mlinov in se pridruži vijugasti in počasnejši Sotli...« Tej občini pripada 10 vasi. Od kod izhaja Vaš rod? Kakšne spomine imate na mladost, šolanje in družinsko življenje?**

Starša sta bila domačina, oče Franc, krojač, mama Frida, kmečka hči. Rodil sem se kot edinec že v njunih zrelih letih. Od nekdaj je bil moj problem moja pisava. Stari ata je slutil moje sposobnosti in je večkrat modroval: »Lahko boš dohtar, kajti znaš grdo pisati.« Otroštvo sem preživel v okolju podeželske skromnosti na igrišču, kmetiji, v očetovi delavnici in še marsikje. V šoli sem bil odličnjak in vselej, vse do danes, prepozno ugotavljal, da je bolje slediti povprečju. Z »obdelavo«

mojega priimka sem že v najranjivejših letih spoznal, da so ljudje lahko zlobni.

Pot me je namesto v očetovo krojaško delavnico po spletu okoliščin pripeljala preko Pedagoške gimnazije v Celju do zdravniškega poklica. Ko sem hodil po njej, sem vselej znova ugotavljal, da je mladim z oddaljenega podeželja v vsem težje kot vrstnikom iz mest. Pogrešal sem izkušnjo mature, ki je zaradi odličnega šolskega uspeha nisem opravljal. Odločitev za študij medicine je padla mimogrede ali pa ji je morda pripomogla kakšna sugestija. Morda pa sem se res nagibal k temu poklicu, saj mi je razrednik, ko še nisem vedel, kam, ob zaključku Pedagoške gimnazije podaril knjigo francoskega pisatelja Andréa Soubirana Dnevnik žene v belem. Med študijem medicine sem stanoval v študentskem domu v Ilirski ulici v Ljubljani, kjer sem doživljal osebne vzpone in padce ter spoznaval ljudi v dobri in slabi luči. Harmonika in kitara sta bili moji stalni spremljevalki na »ilirskih« študentskih zabavah.

Že v začetnih, predvsem pa v srednjih letih študija, ko sem že dokaj izčrpal energetske rezerve, mi je nekaj dni pred izpiti, predvsem pa dneve po njih večkrat zagodla anksioznost. Morda se še kdo spominja kolokvija iz anatomije, ko sem v roki držal na žico nanizana vretenca in kolege iz skupine zaradi tresenja rok in posledičnih glasov zabaval. Lastno filozofijo o »sreči« sem oprl na iskanje vzajemnega spoštovanja, kar takrat ni bilo moderno. Ob iskanju idealne ljubezni pa je moje prvo in obenem zadnje življenjsko razočaranje pomenilo blagoslov za poznejšo srečo. V času študija mi je bila od vseh poti iz Ljubljane najbolj priljubljena pot domov.

Staž sem opravljal v Splošni bolnišnici in ZD Brežice, kjer so me čudoviti starejši kolegi uvedli v realen svet zdravništva. Za klinično specializacijo se nisem mogel odločiti. V tistem času pa je bila splošna ambulanta v domačem kraju brez zdravnika. Na selitev izven njenega območja nisem razmišljal, zato sem sprejel izziv, delati doma. Med opravljanjem staž sem še spoznal Vesno Hriberšek, ki je zaključevala Srednjo zdravstveno šolo v Celju. Po letu in pol sva se poročila. Sledilo je obvezno služenje vojaškega roka v Novem Sadu in Bjelovarju, rojstvo hčerke Maje in sina Ambroža ter delo v Splošni ambulanti ZP Bistrica ob Sotli v okviru ZD Šmarje pri Jelšah.

**Oba sva otroka oddaljenega podeželja, Vi štajerskega, jaz prekmurskega. Medtem ko so bili bolniki na Godinovi domačiji na Dolnji Bistrici za moje starše, velike delavce na prekmurski zemlji, moteči in so želeli, da si kot zdravnica uredim življenje drugod, sta Vas splošna medicina, današnja družinska medicina, in rojstni kraj tako osvojila, da se popkavnica ni in verjetno tudi nikoli ne bo pretrgala. Je k temu prispevala raznolikost Vašega rojstnega kraja z raznolikostjo naravnih vrednot in ohranjenih življenjskih prostorov, rastlin in živali ter naravno kulturno dediščino? Ali pa je Vaša specializacija splošne medicine temeljila na katerem od starejših zdravnikov vzornikov v tistem kraju?**

Ob vpisu Ambroža v prvi razred sem, ne zavedajoč se, da me sin posluša, razkril pedagoginji nekaj podrobnosti iz njegovega otroštva. Doma mi je mali dal nauk za vse življenje: »Ata, misliš, da naša družina ne sme imeti nobene skrivnosti?« A izjemoma v tem pogovoru z Vami svoje resnice ne bom prikrival.

Doma sem skozi leta odraščanja in iskanja neštetokrat slišal besedo »pridi«, a nikoli »pojdi.« To me je pogosto utesnjevalo, vendar morda premočne čustvene vezi z domom predolgo nisem znal ali morda celo hotel pretrgati. Po študiju se je

postopno spremenila v skrito odgovornost za starše. To dejstvo je v podzavesti zagovarjalo odločitev, da ostanem v svojih krajih. Ob tem pa sem včasih preslišal Vesnine želje, živeti drugje, in še danes v tej smeri nisem opravil vseh »popravnih izpitov.« Želel pa sem tudi zadihati z ljudmi, katerim sem se odločil služiti bolj kot boleznim in ob katerih sem se počutil svobodnega. Mnogi so mi od prvega dne dajali pogum, da vztrajam, nekateri pa so, kar sem spoznal skozi leta dela, mislili drugače. In ne nazadnje sem želel ostati v zavetju najlepšega kraja v Slovenji, najlepšega morda zato, ker je izvir mojih prvobitnih čustev, prenesenih iz doma, zgrajenega na duhovnih vrednotah mojih staršev. In ker je v preteklosti bil tudi Sv. Peter pod Svetimi gorami, je nekoč ena izmed kolegic pojasnjevala: »Medtem ko je dr. Božiček iz Sv. Petra pod Svetimi gorami še na seminarju, je njegov bolnik že pri sv. Petru nad Svetimi gorami,« kar se je takrat celo ujemalo z resnico.

K odločitvi, ostati na domačem podeželju, so nekoliko prispevale tudi resnične zgodbe iz mojega otroštva o dr. Ferdu Kuneju (1871–1955), ki je delal v našem kraju med vojnama. V tistem času je bil najboljši zdravnik daleč naokoli. Medicino je študiral na Dunaju. Bil je zaveden Slovenec, kar je javno priznaval, in imel zato pri študiju težave. Ko ga je mati prosila, naj vendar zadrži svoja slovenska čustva, ji je odgovoril: »Kako naj jih zatajim, saj sem vendar slovenske matere sin.« Ko sem želel, da bi naša ambulanta družinske medicine v Bistrici ob Sotli nosila ime po njem, sem prosil njegovega sina, ginekologa v Beogradu, za nekaj misli o očetu. Tako mi je odgovoril: »Oče je bil velik Slovenec in tega se ni nikoli sramoval javno povedati. Vsa leta je v njegovi čakalnici visel napis: »Biti slovenske krvi, bodi Slovencu v ponos!« Ne vem, zakaj so nam vedno rekli Božički, in Vi ste Božiček, pa naj se hiša imenuje Božiček.«

**S svojo širino in toplino, ki veje iz Vašega, kar 33 strani obsegajočega gradiva, poslanega za pogovor, s čimer ste mi olajšali delo, me spominjate na nekdanjega direktorja ZD Šmarje pri Jelšah, prim. mag. Joško Majhna (1927–1988), dr. med., spec. splošne medicine. Z njim sva bila več let člana delavskega sveta v takratnem Zdravstvenem centru Celje. Več kot 18 let ste vodili redne mesečne strokovne sestanke zdravnikov. Vpeti ste v redna dežurstva in NMP ravno v tem ZD, kjer je bila Vaša prva zaposlitev. Kakšni spomini Vas vežejo nanj? Ste se pri njem brusili? Kakšni so spomini na tista leta Vašega zdravnikovanja?**

Prim. mag. Joško Majhen je bil velik zdravnik in človek. Zapustil je sledi v zavesti vseh, ki smo imeli priložnost biti njegovi sodelavci, in tudi mnogih, ki so se srečevali z njegovimi idejami. Te so še danes žive. Zapustil je vidno sled v takratni splošni medicini. Niso ga osvojili večji medicinski centri in cvetoče veje klinične medicine. Njegove ideje, prispevki in delo so bili nov vetrič v stroki. Mladim, še neizkušenim zdravnikom, ki nas je bilo kar nekaj v ZD, je z vedrino, optimizmom in pogledom naprej razsvetljeval spoznanje, da kljub težjemu strokovnemu in osebnemu življenju na podeželju sije lepše sonce kot v mestih. Naša ZP je bila takrat med šestimi ZP, ki so bile združene v ZD Šmarje pri Jelšah v istoimenski občini, ne le po oddaljenosti, ampak tudi po miselnosti predvsem občinskih veljakov najbolj na koncu občine. Prim. mag. Joško Majhen je bil eden izmed redkih, ki so verjeli v naš tim. Zato so moji spomini nanj lepi in pristni. Razumel je človeške meje, ki jih ne more premakniti trda beseda, ampak delo skozi čas. Pomagal nam je, da smo skupaj z ostalima dvema ZP na jugu občine, ki sem mu dal pristno in simbolično ime »spodnji konec«, kar se je

za čuda prijelo, prepričali predstavnike lokalne in širše politike, da si tudi naši ljudje zaslužijo enako dostopnost do zdravnika kot v bolj obljudenih delih občine. Tako je iz njegove ideje v poznejših letih zrastle pri nas njegova ljubljenska, nova ZP, ki je bila v tistem času biser med slovenskimi. Sem je potem vodil pomembne osebnosti. Tu smo znali poskrbeti za odličnost, delali smo z veseljem in veliko zastonj.

V času stalne pripravljenosti sem doživel marsikaj. Na hišne obiske je pogosto šel z menoj kateri od mojih otrok, kadar ni bilo možno zagotoviti drugega varstva. Tako je pač takrat bilo v času stalne pripravljenosti. Moje prvo srečanje z anafilaktičnim šokom je bilo na hišnem obisku po aplikaciji zdravila v injekciji. Kritično dogajanje pri bolnici so poglobljale grobe besede njenega moža: »Kaj ste naredili ženi?« Ko je to slišala 4-letna Maja, ki me je čakala v sosednjem prostoru, je pritekla k meni in me vlekla za hlačnico rekoč: »Ata, gremo!« Uspelo mi je nabosti žilo, dati zdravilo in bolnico rešiti. Obdobju stalne pripravljenosti je sledilo obdobje »tretjega t.i. kozjanskega dežurnega mesta,« ki so ga doplačevale krajevne skupnosti in pozneje občine. Takratni zdravniki smo dežurali v svojih ZP vsak 4. dan, skozi dolga leta. Kadar je Vesna dežurala z mano, sta bila Maja in Ambrož podnevi in ponoči, speča v sosednjem



Prim. asist. Franc Božiček, vodja tima in mentor študentk medicine s Portugalske, v svoji ambulanti v Bistrici ob Sotli leta 2013 (v 1. vrsti spodaj od leve: študentki medicine Sara Raposo in Marilyne Cancela z mentorjem, v 2. vrsti zgoraj od leve: Suzana Pavlin, dipl.m.s., Jasmina Oštir, dipl.m.s., Zlatka Domitrovič, zdravstveni tehnik, Breda Berkovič, zdravstveni tehnik).

prostoru, z nama v ambulanti, dokler nista mogla biti sama doma. Neki dan me je mali Ambrož presenetil z vprašanjem, kaj mislim, da bi bil on raje, ko bo velik, zdravnik ali kmet? Potem mi je pomagal: »Veš, ati, bolje je biti kmet. Imamo vinograd, traktor, stara mama ima njivo in če bom kmet, bom vedno doma, tebe pa nikoli ni.« In zopet mi je povedal resnico.

Danes, ko zdravniki posegamo po rezervnih zalogah energije, da smo bolj racionalni, ne razumem zdravstvene politike z vsem intelektualnim potencialom, ki daleč od naše resnice ne loči Kozjega kraja in Kozjanskega kot področja. S tem pa morda celo hote zmanjšuje možnost delovanja zdravnika tudi v Bistrici ob Sotli. Dolga leta sem vodil redne mesečne sestanke v ZD, tudi še potem, ko sem postal zdravnik zasebnik. Nanje sem redno vabil tudi medicinske sestre. Pred nekaj leti sem to delo prepustil mlajšim, ki potrebujejo tovrstno izkušnjo. Mene je življenje že dodobra izbrusilo, tako v stroki kot v osebnem življenju. Vendar, če povzamem besede profesorja dr. Janeza Milčinskega (1913–1993), še danes ne vem, ali sem dober zdravnik, a rad bi bil.

**Na čem je temeljila Vaša odločitev, da ste se uvrstili med zdravnike zasebnike? V čem vidite prednosti in pomanjkljivosti javnega in zasebnega zdravstva? Menite, da je glavni vir nesporazumov med javnim in zasebnim zdravstvom v Sloveniji samo v neurejenih ekonomskih odnosih? Bi se želeli kdaj vrniti iz zasebne ambulante v javni zdravstveni zavod?**

Več let sem verjel, da so se za zasebno prakso odločali predvsem zdravniki, ki so želeli strokovno ali finančno svobodo ali pa so bili v sporu z ZD. Ščasoma sem spoznal »izvirni greh« problema in spregledal. V naši ambulanti smo se pogosto ukvarjali z veččinami in idejami, ki niso bile v skladu s povprečjem. Nekatero organizacijske in druge zadeve sem včasih skušal reševati bolj na praktičen kot birokratski način. Ker že po naravi ne znam lesti nadrejenim pod kožo, so postajale moje ideje prej moteče kot sprejete. Tega sem se počasi naveličal. In še bi lahko našteval stvari do zdrknjenja zadnje kaplje čez rob, ki je pomenila odhod v zasebnitvo. Sicer pa se strokovno delo zdravnika zasebnika ne loči od dela zdravnika v ZD. Le da zasebniki ravnamo bolj racionalno z razpoložljivimi sredstvi, ker se zelo dobro zavedamo, koliko denarja lahko porabimo. Marsikaj urejamo sami, kar v ZD opravlja več ljudi iz nemedicinskih strok. Zato pa delamo več in širše kot zdravniki v ZD. Delo zdravnika na oddaljenem podeželju je bistveno težje kot v urbanih področjih. Zdravnik na oddaljenem podeželju se dan za dnem bori poleg ostalega tudi z večnim sovražnikom »časom«. Zasebnik pa še s problemom nadomeščanja. V Bistrici ob Sotli vsaj ta problem rešujem z zglednim sodelovanjem z ZD Šmarje pri Jelšah v obliki »daj - dam« ponudbe. Toda podeželje skriva veliko lepot, ki odtehtajo probleme! Večkrat javno povem, da čutim večjo pripadnost ZD kot mnogi tam zaposleni. To čutimo tisti, ki smo bili v začetnih letih dela ob prim. mag. Jošku Majhnu, pa še nekaj let kasneje, ko smo se mladi v ZD še življenjsko brusili in smo bili vsi še »prijatelji«. Tam sem se tudi izoblikoval. Vrnitve nazaj v ZD zame ni, ker ljubim svobodo, vezano na odgovornost, in ker sem spoznal tudi njegove sence. Denar in oblast sta slast. Ta se pa z vsakim odhodom v zasebnitvo oslabi. Zato so bila, so in bodo nasprotovanja zasebnitvu v zdravstvu. Priznavam, da imam nemalo napak. Zavedam pa se, da sem ravno zaradi teh samo človek.

**Že več kot 35 let izvajate zdravstveno dejavnost na primarni ravni v okviru družinske medicine kot edini**

**zdravnik v majhnem kraju na oddaljenem podeželju. Kako bi se lotili odprave strateškega zdravstvenega problema v Sloveniji: pomanjkanja zdravnikov družinske medicine in neustreznih pogojev njihovega dela?**

Danes poslušamo o problemu nezaposlenih mladih zdravnikov, medtem ko so še pred leti na veliko zaposlovali zdravnike iz tujine. Smiselne logike takšnih odločitev ni. Je pa smiselno v prihodnje zaposlovati diplomante iz Medicinske fakultete v Ljubljani in Mariboru ter jim zagotoviti ustrezno specializacijo. Mladim je treba povedati, da specializacije v zgodovini slovenskega zdravstva niso nikoli rasle kot »gobe po dežju« in na zahtevo kandidatov. Nema lokrat se je moralo ob delu čakati na njihovo odobritev v skladu s potrebami prebivalstva in zagotovljenimi finančnimi sredstvi. Da nekateri naši diplomanti že sedaj raje odhajajo v tujino ali pa da številni raje čakajo brez službe ob denarnem nadomestilu, kot pa sprejmejo izziv podeželja ali podobno tudi izzive nekaterih zanje neperspektivnih perifernih bolnišnic, kaže na dejstvo, da nekateri še nimajo razvitega čuta odgovornosti. Slednji morajo pomisliti, da so njihove diplome plačali tisti, ki zdravnika potrebujejo. Ta jim pa po diplomi s takšnim ravnanjem kaže hrbet.

Problem »brezposelnosti« mladih zdravnikov, ki ni v čast slovenskemu zdravništvu, bo lahko rešila smiselna zdravstvena politika z vizijo prihodnosti in s stališčem, da bodo mladi zdravniki, ki so se brezplačno šolali, dolžni sprejeti obveznosti tam, kjer jih potrebujejo. Na letni skupščini SZD v Mariboru leta 2013, kjer sem prisostvoval zaključkom na okrogli mizi, se ne spomnim, da bi bilo to povedano. Kot primer slabe prakse pa je bilo omenjeno, da strokovni vrh družinske medicine in preko njega naša stroka ne dovoli, da bi mladi zdravniki brez specializacije delali v ambulantah družinske medicine. Naj izkoristim to priložnost in povem vsem, da se s takim lahkotnim kazanjem s prstom na »krivca« ne strinjam. Stare splošne medicine iz časov, ki so minili in ki je morala popuščati zdravstveni politiki, namreč ni več. Družinska medicina pa ima danes z odličnim strokovnim vrhom zaradi trdnih temeljev, ki jih je začela graditi že stara splošna medicina, v srcu obilo mladosti, v prsih moči, v odločitvah odgovornosti in v očeh vizije. Zato bo ostala na svoji smiselni poti. Razmišljam o problemu posledičnosti morebitnih napačnih odločitev v primeru takšnih zaposlitev mladih zdravnikov. Te so v ambulantah družinske medicine takoj in bolj opazne kot v nekaterih drugih specialističnih strokah. Morda bi mladi zdravniki, ki čakajo ob vseh že zasedenih specializacijah na specializacijo, zaradi varnosti vseh in tudi stroke lažje premoščali čas do specializacije kot sobni zdravniki na katerem bolnišničnem oddelku. Na isti skupščini SZD v Mariboru so bile med razpravo izpostavljene referenčne ambulante kot morda nepotrebne. Te pa so v družinski medicini tako smiselne, da nimam boljšega odgovora kot citat iz Prešernovega »Čevljarčka«: »... Le čevlje sodi naj kopitar!«

Verjamem, da bi se mnogi mladi zdravniki odločili za delo na podeželju, če bi jim bila tam omogočena tudi finančna vzpodbuda za ureditev primerne življenjske eksistence. Zdravstvena politika bi morala najti mehanizme, kako zainteresirati naše mlade zdravnike za delo na podeželju. Rešitve so jasne, potrebna je le še »politična volja« z opredelitvijo ruralnih ambulant v praksi in s posledičnimi finančnimi »injekcijami« po ključu oddaljenosti od bolnišnic, ZD, mesta in stopnje demografske ogroženosti kraja. Verjamem, da bi tako mlade generacije zdravnikov spoznale, da najboljša družinska medicina, ki daje zdravniku največ strokovnega in tudi življenjskega smisla, »živi« ravno na oddaljenem podeželju.

**V svojem življenjepisu ste med drugim zapisali: »... Naša ambulanta je ena redkih, ki obravnava celovito vso populacijo, od rojstva do smrti. Torej opravlja tudi preventivo otrok, vključno s cepljenji. To pa je kamen spotike za nekatere pediatre, ki pogosto nočejo razumeti problema. Sam verjamem, da ko bo zadnji družinski zdravnik prenehal opravljati preventivo otrok, bo to konec takšnega načina dela na Slovenskem. V mnogih deželah opravljajo vsaj na podeželju preventivo otrok tudi družinski zdravniki, in to dobro, kar velja tudi za našo ambulanto in druge, ki to preventivo otrok opravljajo. Bila bi velika škoda za družinsko medicino, če bi s tem prenehali.« Še vztrajate na tem stališču?**

Zagotovo vztrajam. Na nekaterih področjih, kot je naše, bo ostala dostopnost do pediatra na primarni ravni slabša. Zakonodaja dovoljuje družinskim zdravnikom preventivo otrok le izjemoma in mnogi razgledani ali tako informirani starši to napačno razumejo. Tako so zmedeni glede odločitve, kdo je najboljši zdravnik za njihovega otroka. Nekateri potem popustijo pritisku dvomov, zaradi katerih se mnogi med njimi, če imajo lasten prevoz, odločijo za pediatra tudi v bolj oddaljenem kraju. Marsikateri otrok, ki ga starši peljejo s podeželskega okolja, pa se kasneje, ko odraste, ne vrača več v podeželsko ambulanto v svojem kraju, ker so ga navadili na urbano okolje. To pa na dolgi rok pomeni postopno zmanjševanje možnosti za obstoj družinskega zdravnika na oddaljenem podeželju. Za starše, ki nimajo lastnega prevoza ali ga ne morejo plačati sami, pa je družinski zdravnik dober!



Franc Božiček, dr. med., spec., s svojo družino na Palmi de Mallorci leta 1990.

Če pa hočemo reči bobu bob, potem sugestije, ki so jih starši prejeli od kogar koli že, največkrat pa že v porodnišnici, nimajo dokazane strokovne osnove in ni objavljenih strokovnih ugotovitev, da bi do sedaj preventivo otrok opravljali družinski zdravniki nestrokovno. Obstaja nekaj strokovnih ugotovitev, da delamo dobro. Še nekaj nas je takšnih, ki otroke tudi cepimo, predvsem v celjski zdravstveni regiji, v ambulantah, kjer tega nikoli ni počel kdo drug. S pediatri primarne ravni regije sodelujemo. So pa druga mejna področja naše ambulante, kjer naše otroke pediatri radi sprejmejo za svoje bolnike. Zdravstvena politika bi morala vsaj nas na oddaljenem podeželju, ki otroke še celovito obravnavamo, zaščititi kot vzorec dobre prakse in obravnavati ne kot izjeme, ampak kot enakovredne partnerje pediatrom primarne ravni. Tako bi se v družinski medicini tudi za prihodnost ohranil vzorec takšnega načina dela, ki ne nazadnje opravičuje obstoj znaka Združenja zdravnikov družinske medicine.

**Kot otroka podeželja, ki me vedno bolj vleče k svojim koreninam, so me ganila naslednja Vaša razmišljanja v poslanem gradivu: »... Biti zdravnik doma, ni le služba, ampak je stil življenja, modrost bivanja, umetnost srca, bolečina in upanja duše in še mnogo drugega ... Resničnost svojega bivanja in delovanje v domačem kraju pa vedno bolj razumem preko vrstice Sv. pisma, v kateri evangelista Matej in Marko povzemata Jezusove besede, ki jih je izrekel v domači molilnici: »Resnično vam povem, noben prerok ne velja veliko v domačem kraju.« (Mt 13, 53-58, Mr 6, 1-6). Te besede so našle odmev v mojih mislih in čustvih. Velikokrat sem se počutil podobno kot opisujeta evangelista ... Toda zemlja domača ni prazna beseda. Šempeter, kateri je v času narodove duhovne stiske nekega časa preživel v ljudskih srcih, mi pomeni preteklost, sedanjost in predvsem prihodnost mojih ljudi in smisel bivanja pod Svetimi gorami. To prastaro kultno in romarsko središče s svojo materialno in čustveno vsebino nudi zavetje telesa in duha nam, ki od tam izhajamo ...« Čutijo tudi člani Vaše družine takšno pripadnost Bistrici ob Sotli in njenim ljudem ali pa vztrajajo tam le iz ljubezni do Vas?**

Delati kot zdravnik v čustveno obremenjujočih dimenzijah domačega kraja je najtežje. Velikokrat sem se vprašal, zakaj sploh vztrajam. »A še nisi spregledal, pojdimo drugam, kjer bodo tvoje znanje in odprtost misli bolje sprejeli,« je včasih rekla Vesna, ko je opazila stisko, ki mi jo je povzročil kateri od mojih bolnikov, največkrat z gesto premestitve k zdravniku v ambulanto z morda že prekoračenim številom bolnikov, v drugem kraju. V neizkušeni letih sem iskal vzroke za nezadovoljstvo in odhod nekaterih v lastnih napakah. Danes ne dvomim več o sebi. Naučil sem se čutiti resnico tistih, ki so me sprejeli, in drugih, katerih zgodbe, s katerimi opravičujejo svoje ravnanje, so daleč od resnice. Menim, da bi bilo v vseh ambulantah družinske medicine »prebežništva« hitro konec, če bi zmogli zdravniki med seboj toliko zdrave kolegialnosti, da bi pred sprejemom nameravnega prebega našli čas za pogovor s kolegom o njegovem vzroku. To še posebej velja za občine z malim številom prebivalcev, kot je naša, kjer je za funkcioniranje ambulante potreben prav vsak. Menim, da bi bilo to tudi v skladu s kodeksom etike zdravstvenih delavcev, kakor tudi z etiko vesti, ki nam narekuje: »Ne stori drugim tistega, česar ne želiš, da bi tebi storili«. S tem bi se namreč izboljšala tudi kakovost zdravstva in dvignil ugled zdravništva.

Dolgo nisem mogel razumeti, zakaj zdravnik domačin, ki dela v domačem kraju, ne doživlja takšne sprejetosti kot tisti, ki pride od drugod. Sedaj vem, da je to v našem primeru v dobrem poznavanju razmer, v katerih bolnik živi, in v iskanju bistva smiselne medicine, ki je vodilo dela v naši ambulanti. Ta ne pozna sprenevedanja in želi narediti vselej in vsem dobro, ob hkratnem priznanju, da ne zmore vsega.

Maja, Ambrož in vnuki se radi vračajo h koreninam. Vesna mi trdno stoji ob strani. Bistrica ob Sotli je zraščena tudi z njenim srcem, kakor s srcem obeh otrok in sedaj že vnukov, ker je, čeprav majhna, naša.

**V teoriji družinske medicine je zdravnik na podeželju opisan takole: »... Življenje s svojimi bolniki, dan na dan z enimi in istimi, predvsem, če v kraju svojega delovanja še biva in skupaj z njimi rešuje svojo življenjsko eksistenco, je ena največjih in najtežjih obremenitev in obenem največji izziv, da na podeželju vztraja. Je med najbolj opazovanimi osebami v kraju. Ljudje si zavestno ali podzavestno želijo, da bi bil zavil v plašč skrivnostnosti in da bi vselej reševal njihove zdravstvene probleme. Nikoli, čeprav je še tako daleč, se v bistvu od svojih bolnikov ne more čisto odmakniti, če biva z njimi v skupnosti, pa še toliko manj...« Kot sami pravite, Vi pri tem niste izjema. Kako se borite proti izgorelosti? Kako preživljate svoj prosti čas, kako s svojo družino?**

Moje delo še zdaleč ni omejeno samo na ambulantno. Zadnje čase sem začel iz »obveznosti« izločati manj pomembne. Osnova za črpanje energije proti izgorevanju so besede našega predavatelja na podiplomskem študiju v Ljubljani, psihologa Pavla Kogejca (1927–2001): »Bistveno je, da zauzijete čim več lepega.« Z Vesno veliko potujeva. Del teh poti po tujini je namenjen obiskom Maje, ki je trenutno v Macau na Kitajskem. Drugi del potovanja pa posvečava raziskovanju oddaljenega sveta z namenom, narediti tudi tam kaj dobrega. Rad jadram. Moj najljubši kraj ob Jadranu je Vela Luka. Z veseljem zbiram likovna dela, dobre knjige, uživam v glasbi, filmih, fotografiranju in v umetnosti nasploh. Za sproščanje vzamem v roke včasih staro kitaro ali harmoniko še iz študentskih let. Uživam v družbi študentov. Rad hodim na našo Katedro v Ljubljano, kjer se zbirajo ljudje odprtega srca. V prihodnosti nameravam še skočiti s padalom in tako preveriti občutke športnih pilotov, ki jih prinašajo ob pregledu v našo ambulanto. Preživeti želim še delovni dopust v kateri od misijonskih postojank na Madagaskarju, predvsem pa se predajati vnukom in preživljati ves prosti čas z Vesno, ki je bila vedno edina in najbolj svetla zvezda mojega življenja.

**Pri navajanju Vaših človekoljubnih aktivnosti, bodisi aktivnosti v organizaciji Rotary club Čatež bodisi tistih, ki sta jih z Vesno sama organizirala, ste med drugim zapisali: »Dobrodelnost je kot opij. Ko občutiš njene pozitivne učinke, postaneš z mislijo, narediti nekaj dobrega, v bistvu zasvojen.« Katere od teh aktivnosti so Vas zasvojile?**

Najprej rotarijstvo, ki je zlito v štiri poglavitna vprašanja: Je pošteno? Je dobro? Je dobro za vse? Vzpodbuja prijateljstvo? To se je vpletlo v stil mojega življenja in miselnost naše družine. Nositi rotarijski znak ne pomeni elitizma, ampak zgolj sporočilo: »Tukaj sem, name lahko vedno računaš!« In takšen se trudim biti. Dobrodelne akcije, ki jih izvajamo v okviru Rotary kluba, so bistveni del uresničevanja te miselnosti. Ena takšnih je bila ozaveščanje občin in institucij našega področja za nakup avtomatskih defibrilatorjev, druga zbiranje sredstev za štipendije

nadarjenim študentom, pomoč ljudem v stiski in druge. Vsako leto jih je nekaj.

V nama z Vesno pa se od časa do časa nabere energija, ki jo morava prečiti v dobrodelnost na najin način. Tako sva pred dvema letoma zbrala od donatorjev precej denarja, računalnik in razne druge pripomočke za misijonsko šolo in sanitetnega materiala ter zdravil za misijonsko bolnišnico na Madagaskarju, kjer sem krajši čas delal. Podobno sva napravila nekaj let prej v Indiji pri staroselcih, kjer je več mesecev živel Maja, ko je pripravljala diplomsko nalogo. Dobrodelnost mi vselej znova napolni pogosto izpraznjene baterije in mi pomaga, da lažje vztrajam na svojem oddaljenem podeželju.

**Kot občinski svetnik ste se med dvema mandatoma pogosto oglašali v glasilu svoje podeželske občine. V prispevku: »Vsem Šempetrčanom iz srca« ste ob občinskem prazniku med drugim zapisali: »...Bistrica ob Sotli je dobila tudi nove ulice, ena je Čehovec, druga so Koče, Šempeter pa je tako in tako bil vedno Šempeter. Tako vidi jo prihodnost otroci, ki že živijo v »hiši prihodnosti«. Te mi niti še ne slutimo, razen če ne »postanemo kot oni«. Prisluhnjimo jim, ustvarimo jim pogoje, vredne prihodnosti. Sedaj imamo ne vsak zase, ampak vsi skupaj vpliv, znanje, razumevanje, moč, denar ... in danes jim to lahko ustvarimo, samo hoteti moramo ...« Menite, da smo Slovenke in Slovenci, državljanke in državljani RS, danes še sposobni in zmožni tako iskrene izpovedi in njenega udejanjanja?**

Včasih se mi zdi, da že »živim v hiši prihodnosti«, zato nekatera dogajanja drugače doživljam, razumem in čutim. In ravno zato sem prepričan v to njihovo sposobnost. Seveda ob istočasnem zavedanju, da ima vsak človek svoj strop, svoje meje občutenja, dojemljivosti in sposobnosti. Prepričan pa sem, da se bo led, ki

marsikje prekriva čustva, nekega dne stalil in pokazalo se bo tisto narodovo najboljše, v življenju in tudi v stroki. Zato ostajajo moje skromne ideje mnogim še neprepoznavne, nezanimive, nerazumljive, nekatere morda celo moteče. Pa vendar se bodo nekoč uresničile, ker so mavrica smiselnega, pa čeprav bo takrat že »drug čas«. Zato tudi realno upam na prihod mladega zdravnika, ki ga bo naš kraj navdušil, da bo ostal in gojil »na obrobju naše civilizacije« najboljšo podeželsko družinsko medicino, tudi ko mojega časa ne bo več.

**Spoštovani gospod primarij! V članku: »Poti podeželskega zdravnika med bolnikovimi in lastnimi stiskami« ste v Zdravniškem vestniku leta 2001 namesto zaključka med drugim zapisali: »Poti oddaljenega podeželja so strme, zapletene in »sistemsko slabše vzdrževane«. Svoje smiselne mora zdravnik najti sam, kajti sam bo odgovarjal za vse pripetljaje, ki se mu bodo na teh poteh zgodili, kakor tudi sam občutil užitek uspeha. To so poti brez konca, kajti nikoli ne neha biti zdravnik.« Naj pomenijo te besede tudi zaključek najinega pogovora. Hvala za zgled delavnosti, vztrajnosti in pokončnosti. Hvala za zgled velikega domoljubja, ki tudi nam vsem ne bi smelo biti tuje. Le tako smo in bomo preživeli.**

Viri in literatura so na voljo pri avtorici.

Pogovor je nastal deloma v živo, deloma s pomočjo dopisovanja v drugi polovici leta 2013.

Fotografije so iz družinskega arhiva Božičkovih.

Zahvaljujem se Občini Bistrica ob Sotli, ki je v celoti vključena v Kozjanski regijski park in skoraj celotno območje občine v evropsko omrežje varstvenih območij Natura 2000, za turistično informativno gradivo, s čimer mi je približala naravne danosti in lepote tega koščka slovenske zemlje.

## STROKOVNO PREDAVANJE OB IZIDU KNJIGE izr. prof. dr. Andreja ROBIDE dr. med.: NAPAKE PRI ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI PACIENTOV

Vljudno vas vabimo na predstavitev knjige izr. prof. dr. Andreja Robide, dr. med., z naslovom "Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov – sistematična analiza globljih vzrokov za napake in njihovo preprečevanje", ki bo 12. februarja 2014 ob 17.00 v Modri dvorani Domus Medica, Dunajska 162, Ljubljana.

Dr. Andrej Robida bo imel ob predstavitvi strokovno predavanje o isti temi, kot jo obravnava knjiga. Sledila bo razprava. Predstavitev je primerna za vse zdravnike specialiste, specializante in tudi študente medicine.

Prikazan bo sodoben način analize napak, ki se je v tujini dokazal kot uspešen pri zmanjševanju škode pri pacientih in zaščiti zdravnikov pred neupravičenim obtoževanjem, kar je v ostrem nasprotju s škodljivim pristopom, ki se uporablja v Sloveniji.

Vljudno vabljeni!

Prijave pošljite na e-naslov: [slavka.sterle@zss-mcs.si](mailto:slavka.sterle@zss-mcs.si)

# Iatrosski je druženje zdravnikov in zobozdravnikov, ki ga povezuje športni duh

Intervju z Alešem Troho, dr. dent. med., in Sandijem Troho, dr. dent. med.

*Polona Lečnik Wallas*



Iatrosski je več kot tekmovanje. Je druženje, najprej na smučarski strmini v Kranjski Gori in na tekaških progah v Ratečah ter nato ob razglasitvi rezultatov. Med najuspešnejšimi tekmovalci te tradicionalne prireditve sta zagotovo tudi brata Troha, Aleš in Sandi, oba doktorja dentalne medicine. Skoraj na vsakem Iatrosskiju, ki sta se ga udeležila, sta dosegala stopničke ali zmage. Oba opravljata zobozdravniški poklic s predanostjo in zavzetostjo in sta nekdanja tekmovalca v alpskem smučanju. O tem, kaj njima pomeni Iatrosski, smo se pogovarjali v ambulanti za Bežigradom.

**Iatrosski je pred vrati. Gre za tekmovanje z dolgo tradicijo. Oba se tekem udeležujeta že od leta 1999 in sta na njih dosegala lepe rezultate. Kaj vama pomeni to tekmovanje, se udeležujeta Iatrosskija zaradi tekmovalnega značaja ali stopa v ospredje kaj drugega?**

**Sandi Troha:** Moja udeležba na Iatrosskiju ni bila nikoli zaradi tekmee same; predvsem je bilo to druženje zdravnikov in zobozdravnikov, ki nas povezuje športni duh. Tekmovalnost nastopa pri tem zgolj kot dodaten motiv, ki pa se konča v trenutku, ko prideš čez cilj in ko sežeš v roko boljšemu od sebe

oziroma sam prejmeš čestitke od tistega, ki si ga prehitel. Udeležba pomeni tudi odtrgati se od rutinskega vsakdana in se sprostiti v družbi ljudi, ki v sebi, ne glede na leta, gojijo športni duh.

**Aleš Troha:** Poleg tega je Iatrosski omogočil, da smo se nekateri kolegi, ki nas je poklicna pot oddaljila, ponovno srečevali. Z nekaterimi kolegi pa smo se na novo spoznali in zblížali. Spletla so se nova prijateljstva in obnovila stara, ki so se nadaljevala tako na zasebni ravni kot tudi v poklicnem življenju, ne glede na starostne ali stanovske razlike.

**Kako gledata na Iatrosski danes?**

**Sandi Troha:** Tovrstna druženja so bila način življenja starejše generacije. Naša generacija je bila že priča upadu interesa po druženju. Verjetno postajamo vse manj sproščeni in odprti. Upam, da je to samo prehodno obdobje. Spomnim se leta 2000, ko sem zmagal na Iatrosskiju: v pokal smo nalili šampanjec in iz njega pili vsi za mizo. Bilo nas je več kot 20 in zabavali smo se do jutra.

**Aleš Troha:** Iatrosski je vedno predstavljal skupno druženje zdravnikov in zobozdravnikov in se nismo nikoli delili. Danes



je drugače, v ospredje stopajo strokovno sponzorirana športna društva zobozdravnikov, tekmovanje je drugotnega pomena.

**Sandi Troha:** Dejstvo je, da se takšne oblike vedno bolj komercializirajo, hkrati pa se zdravništvo s tem razdružuje na zobozdravnike in zdravnike. Iatrosski pa ostaja nekomercialni dogodek. Mlajše generacije se raje udeležujejo dogodkov, na katerih dobijo papir z uporabno vrednostjo, obenem pa jim ponudijo neko doživetje. Samo druženje zaradi druženja ni več motiv, kar je škoda.

**Vajini rezultati na Iatrosskiju so zgovorni. Na vsakem tekmovanju sta oba stala na zmagovalnih stopničkah.**

**Aleš Troha:** Vseh tekem Iatrosskija se nisva udeleževala zaradi službenih in družinskih obveznostih, je pa bil Sandi vedno boljši od mene. Dosegel je tri pokale Veselly, leta 2000, 2004 in 2009.

**Sandi Troha:** Vedno je bilo zanimivo tekmovati. Omenil bi nekatere odlične smučarje zdravnike, in sicer: Simona Podnarja, Saša Marušiča, Roka Zupančiča, Marina Kneževića.

**Iatrosski je preselil tekmovalni del iz Podkorena na Dolenčev rut.**

**Aleš Troha:** Težavnost proge se je od najinih začetkov spremenila. Tekmovanje so iz Podkorena prestavili na Dolenčev rut z namenom povečati varnost in udeležbo, kar pa ni prineslo rezultatov.

**Sandi Troha:** Spomnim se, ko je bil drugi tek na zadnji strmini poligona, je bila vidna celotna smučina in si prismočal direktno med svoje sotekmovalce. To je bil poseben čar in napetost je naraščala do zadnjega tekmovalca. Poligon nama je bil všeč; tekmovati na FIS-progi je vedno poseben izziv.

**Zmagovalec Iatrosskija se lahko nato udeleži svetovnega prvenstva zdravnikov in zobozdravnikov v smučanju.**

**Sandi Troha:** Svetovnih prvenstev se udeleži okoli 120 zdravnikov in zobozdravnikov iz cele Evrope. Tekmovalne proge so precej bolj zahtevne kot na Iatrosskiju. Na svetovnem prvenstvu tekmujemo v slalomu, veleslalomu in superveleslalomu.

**Aleš Troha:** Zanimivo je, da so bili najhitrejši tekmovalci stari od 40 do 50 let. Dosegali so najboljše čase in bili najboljše fizično in tehnično pripravljene, res občudovanja vredno.

**Alpsko smučanje pa je del vajinega življenja že od otroštva, saj sta aktivno trenirala sedem let.**

**Sandi Troha:** Trenirati sva začela v zlatih časih alpskega smučanja. Tekmovala sva skupaj z Matjažem Vrhovnikom in v generaciji z Juretom Koširjem. V prvem letniku gimnazije Bežigrad sva tekmovalno smučanje opustila, naredila sva učiteljske tečaje in delovala kot učitelj v Smučarskem klubu Valentin Vodnik.

**Aleš Troha:** Študij dentalne medicine zahteva celega človeka, zato sva tudi poučevanje smučanja opustila. Študijske izpite sva opravljala v rednem roku. Tekmovalno smučanja nama je vedno predstavljalo izziv in s prvim Iatrosskijem po končanem študiju sva se ponovno vrnila na progo.

**Ordinacija TRODENT je zasebna zobozdravstvena ambulanta, v kateri delujejo tri zobozdravstvene enote, rentgen, enota zobne protetike in klinični laboratorij. Kako usklajujeta strokovni, družinski in športni del vajinega življenja?**

**Sandi Troha:** Od vsega začetka delujeva v ambulati očeta Josipa Trohe, dr. dent. med., spec. protetike. Opravljanje zasebne zobozdravstvene dejavnosti zahteva znanje iz različnih področij, izkušnje pa pridobivaš sproti. Seveda pa je umetnost združiti družino, delo v ordinaciji in hobije. Trudimo se ostati meščanska ambulanta tradicionalnega pristopa in se v največji možni meri izogibamo sodobnih trženjskih pristopov v medicini.

**Aleš Troha:** Namen našega delovanja je zagotavljanje celovite in kakovostne zobozdravstvene oskrbe za paciente. Nove metode uvajamo pravočasno in preudarno.

**Naj za konec še vprašam, ali se bosta letos udeležila Iatrosskija?**

**Aleš Troha:** Zagotovo.

**Sandi Troha:** Rad bi dodal, da jemljem udeležbo na Iatrosskiju kot privilegij in se organizatorjem A. Bručanu, F. Koglotu, T. Pintar in E. Longyka zahvaljujem za trud, ki ga že vrsto let vlagajo v organizacijo tega lepega dogodka.

**Najlepša hvala za pogovor.**

E-naslov: [polona.wallas@zss-mcs.si](mailto:polona.wallas@zss-mcs.si)

**Vabimo vse zdravnike in zobozdravnike  
na tradicionalni 36. IATROSSKI,  
ki bo 7. februarja 2014 v Kranjski Gori in Ratečah**

**Tekmovanje bo v veleslalomu in smučarskemu teku, popoldne je  
predvideno strokovno predavanje.**

Celotni program dogodka je bil objavljen v januarški številki revije Isis, str. 97.

**Športno društvo Medicus**

# Ekstrakcije zob v davnih časih

Velimir Vulikić

Na vprašanje, kako daleč v preteklost segajo začetki zobnega zdravstva, so odgovori različni. Eni menijo, da je zgodovina zobozdravstva starejša od zgodovine medicine (1), drugi pa temu oporekajo (2). Kakorkoli že, na podlagi preučevanja ohranjenih ostankov lobanjskih kosti in zob prazgodovinskega človeka se da sklepati, da so praljudje obolevali za kariesom zob (3).

Iz obdobja staroegipčanske zgodovine, iz katere izhaja prvi pisani dokument, so dokazi, da so obstajali zdravniki, ki so zdravili različne bolezni zob in ust. Koliko so bili spoštovani, priča podatek, da je bil zobni zdravilec Hesi-Re postavljen za šefa vseh splošnih in zobnih zdravilcev (4).

V času babilonsko-asirskega vladarja Hamurabija (1791–1750 pr. n. št.) je nastalo prvo pisno besedilo o nastanku kariesa, ki ga povzroča »zobni črv«. To verovanje je veljalo dolga stoletja, pri nekaterih nepoučenih narodih pa velja še danes.

V papirusih starih Egipčanov (okoli leta 3000 pr. n. št.) se govori o različnih boleznih zob, podrobneje je opisano zlasti reponiranje izpahle spodnje čeljusti (slika).

Ekstrakcije zob, kot eno najstarejših oblik protizobobolnega posega v ustih, so od samega začetka izvajali na različne (večinoma grobe) načine. Za časa starih Judov (okoli leta 2000 pr. n. št.) je v ta namen zobni bolnik v ležečem položaju na tleh držal glavo med zdravilčevimi kolena. V 4. stol. pr. n. št. so Feničani izdirali zobe v kleččem položaju zobnega bolnika. V tem obdobju so na Kitajskem poznali narkozo in dajali želatino proti krvavitvi po ekstrakciji zoba.

Helenski genij Hipokrat (450–377 pr. n. št.) je priporočal izdiranje karioznih, piroičnih in parodontičnih zob. Zobe so izdirali z navadnimi kleščami, le na Japonskem so proti koncu starega veka to delo opravljali s prsti. Ta metoda digitalne ekstrakcije je bila priljubljena in pogosto izvajana tudi kasneje (5).

V začetku srednjega veka so plodove grške medicine prevzeli Arabci. Tedaj so zdravstveni pisci Razes, Avicena in drugi s svojimi deli prenesli Hipokratove in Galenove dosežke in ideje na zahod. Zobozdravstvo se je obdržalo le v rokah splošnih zdravnikov.

V drugi polovici srednjega veka je bilo zobozdravstvo prepuščeno brivcem, ker se zdravniki splošne prakse niso več ukvarjali z zobozdravstvom.

V novem veku je razcvet znanosti in umetnosti zajel tudi medicino ter zobozdravstvo kot sestavni del medicine. Kirurg Ambroze Pare (1520–1590) je s svojim velikim znanjem s področja praktičnega zobozdravstva povzdignil stroko na višjo znanstveno stopnjo.

Za zobozdravstvo je bilo velikega pomena uvajanje lokalne anestezije (Wells, 1815–1848) in antiseptikov (Lister, 1872–1912) (6). Do tedaj je bila pogosta umrljivost zobnih bolnikov. Samo v letu 1665 je zaradi odsotnosti antiseptičnega dela v Londonu umrlo 111 ljudi. Na kratko bom opisal, kako so v začetku 19. stoletja v Ameriki izdirali zobe:

Izdiralec zob se je predstavljal kot umetnik, ki je na čudežen način reševal ljudi te nadležne bolezni. S svojo ekipo, v kateri je bila godba ter več pomočnikov, je obiskoval kraj za krajem.

Tako je na poti do naselja godba z igranjem priljubljenih del oznanjala prihod rešiteljev zobnih bolečin. Za njo je na konju jahal »umetnik«, ki se je postavljajal s številnimi na cilindru razporejenimi izdrtimi zobmi. Sledila sta mu dva uniformirana kričaća z reklamnim panojem na drogovich. Če ni bilo primerne prostora pod milim nebom, je »umetnik« v kakšnem hotelu najel dvorano. Na dolgi mizi je razstavil zdravilna sredstva proti bolečinam in praške za čišćenje zob. Prišlekom v dvorani so mlada in prikupna dekleta ponujala v prodajo ta čudodelna sredstva.

Na drugi strani dvorane so bili nameščeni godbeniki. V ozadju dvorane je stal iz desk zbit oder, na pokriti mizi ob strani pa je imel »umetnik« razvrščene instrumente.

Po uverturi orkestra je stopil »umetnik« na oder, pozdravil prispele zobne bolnike, jim spregovoril o čišćenju zob ter o svoji neprekosljivi spretnosti pri izdiranju bolnih zob. Priporočil jim je poceni nakup razstavljenih čudodelnih sredstev ter povabil prvega bolnika na oder. Ko mu je pregledal zobe, je godbi dal znak, da je glasno zaigrala. Tako je med igranjem bolniku izdril zob in ga veselo kazal čakajočim v dvorani. Nato je bolnika, še vedno ob glasbi, peljal v drugi prostor, mu zaračunal delo in na oder poklical naslednjega. Ko je zmanjkalo dela, je »umetnik« s spremstvom nadaljeval pot v druge kraje (7).

## Literatura:

1. Gavrilović, V.: Uvod v stomatologijo. Beograd-Zagreb 1980, str. 78.
2. Kallay, J.: Iz zgodovine stomatologije. Pro medico, Ljubljana, 1972, str. 92.
3. Čupar, I.: Stomatologija v svjetlu opće medicine. Folia stomatologica, Ljubljana 1939, str. 130–132.
4. Gl. delo, navedeno pod 1, str. 83–89.
5. Gl. delo, navedeno pod 2, str. 95, 96.
6. Gl. delo, navedeno pod 1, str. 151–155.
7. Avtor neznan: Zobozdravniki v starih časih. Zdravje v Sloveniji, Ljubljana



# Obletnica ljubljanskega modela otroške kirurgije

*Vojko Gatnik*

Enajstega oktobra 2013 je potekal v UKC Ljubljana jubilejni strokovni sestanek ob 45. obletnici Kliničnega oddelka za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo (KOOKIT).

Ljubljanski oddelek otroške kirurgije v sedanji organizacijski obliki je plod svojevrstnega koncepta sodelovanja med kirurgi, ki so nosilci operativne dejavnosti, in pediatri, ki so odgovorni za podporno zdravljenje otrok. V 45-letni zgodovini razvoja oddelka otroške kirurgije se je vzporedno razvijala tudi intenzivna terapija. Najprej je bila namenjena novorojenčkom, dojenčkom in otrokom po kirurških posegih, vendar je hitro prerasla v enoto, ki je oskrbovala vse dojenčke in otroke, ki so imeli odpoved enega ali več organskih sistemov ne glede na naravo bolezni. Za zdravljenje novorojenčkov v dihalni stiski je bila organizirana nova dejavnost – »transport k sebi«, ki je omogočil varno premeščanje življenjsko ogroženih novorojenčkov in dojenčkov iz vseh slovenskih bolnišnic. Čeprav ta dejavnost še vedno ni ustrezno zakonsko urejena, poteka neovirano in zagotavlja vsem majhnim bolnikom, ki so življenjsko ogroženi in jih je še mogoče namestiti v prenosni inkubator, varno premestitev v KOOKIT. Z jasnim konceptom delovanja in razvoja je Klinični oddelek ustanovil Pavle Kornhauser, za njim ga je uspešno vodil Janez Primožič in sedaj Ivan Vidmar. Vsi trije predstojniki so bili prisotni na jubilejno-strokovnem sestanku.

Ob prisotnosti in pozdravnih govorih celotnega vodstva Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana in Kirurške klinike so posamezni akterji razvoja ljubljanskega modela otroške kirurgije predstavili njen zgodovinski oris, posebna priznanja za dolgoletno vodilno delo pa so dobili Bojan Tršinar, koordinator kirurške dejavnosti, Metka Derganc, soustanoviteljica in dolgoletna vodja Enote za intenzivno terapijo, ter Milinka Petrovič, ki je v zdravstveni negi zadolžena za vzgojo.

Protokolarnemu delu, kot se visoki obletnici ustanovitve kliničnega oddelka spodobi, je sledil bogat strokovni program.

Metka Derganc je prikazala razvoj različnih podpornih metod zdravljenja kritično bolnih novorojenčkov in otrok s kirurško boleznijo v zadnjih 45 letih. Z njimi se je močno izboljšalo perioperativno preživetje teh bolnikov in večini preživelih otrok tudi omogočilo normalen telesni in duševni razvoj.

Ivan Vidmar je predstavil za Slovenijo in sosednje države specifično organizacijo transporta novorojenčkov iz vseh slovenskih porodnišnic v Enoto za intenzivno terapijo. Transport so pričeli izvajati leta 1976, imenovali so ga »transport k sebi«. Na samem začetku in še danes to pomeni, da prideta v periferno bolnišnico pediater intenzivist in medicinska sestra, novorojenčka ustrezno oskrbita in stabilizirata, nato pa prepeljeta v enoto intenzivne terapije. Zdravnik in medicinska sestra sta v pripravljenosti 24 ur na dan in 7 dni v tednu. Od leta 1976 do konca 2012 so tako transportirali 6.054 bolnikov. Prvo leto je bilo teh bolnikov 11, leta 1984 pa že 294, kar je bilo največje število transportiranih novorojenčkov. Po tem letu je bil v Sloveniji vpeljan transport in utero. Število transportiranih novorojenčkov se je zmanjšalo in se ustalilo pri 180 do 220 na leto. Sčasoma sta se odprli še dve intenzivni enoti v Sloveniji

– multidisciplinarna pediatrična intenzivna terapija Univerzitetnega kliničnega centra Maribor in Enota intenzivne terapije novorojenčkov Ginekološke klinike v Ljubljani. Takrat so pričeli transportirati novorojenčke s telesno težo pod 1000 g na Ginekološko kliniko, kar je še vedno doktrina. Ob lepem vremenu in podnevi se transport lahko opravi s helikopterjem (20–30 odstotkov vseh transportov), sicer pa z rešilnim avtomobilom. S tako transportno službo so v Sloveniji v celoti pokrite vse porodnišnice (100-odstotno). Z opisanim načinom transporta kritično bolnih novorojenčkov in uvedbo še drugih organizacijskih in strokovnih ukrepov v slovenski perinatologiji se je zmanjšala perinatalna umrljivost novorojenčkov, ki so tehtali več kot 1000 g, od 25,6/1000 leta 1976 na 5,8/1000 leta 1998.

Sledil je sklop različnih subspecialnih dejavnosti otroške kirurgije.

Diana Gvardijančič je analizirala klasifikacijo in način kirurške obravnave anorektalnih atrezij. V zadnjih desetih letih so na oddelku operirali 60 otrok z anorektalnimi anomalijami. Novejše operativne metode z boljšo možnostjo rekonstrukcije anorektuma znotraj sfinkterskega mehanizma nudijo odlične rezultate. Večina operiranih otrok je čistih. S tem, ko so otroci »čisti«, postanejo enakovredni in zadovoljni člani otroške skupnosti na igrišču, v vrtcu, v šoli in doma.

O sodobnih načelih zdravljenja Hirschsprungove bolezni je poročal Jan Grosek. Terapija je operativna. V obdobju od 2003 do 2013 so na Kliničnem oddelku operirali 35 otrok s to boleznijo. Pooperativni zapleti so redki, funkcionalni rezultati (kontinenca) zelo dobri in primerljivi s tujimi referenčnimi centri.

Ena pogostejših prirojenih nepravilnosti prebavnega trakta je atrezija tankega črevesja – v Sloveniji približno 1,1 novorojenčka na 10.000 rojstev. V obdobju od leta 2000 do vključno 2013 je bilo na KOOKIT zdravljenih 31 otrok s to nepravilnostjo. Potek zdravljenja je predstavil Jože Maučec. Za uspešno zdravljenje teh bolnikov je potrebna primerna kirurška tehnika, ki ohrani čim daljše segmente črevesa. Za normalno delovanje je dovolj 80 cm tankega črevesja s funkcionalno ileocekalno zaklopko. Pri določenem deležu otrok pa je že 35 cm preostalega tankega črevesa dovolj, da tekom življenja postopno prenehajo z dodatnim parenteralnim prehranjevanjem.

Zgodovinski pregled razvoja laparoskopskih operativnih posegov je podal Jernej Mekicar. V Sloveniji so prvo laparoskopsko holecistektomijo opravili 28. februarja 1997 pri 12-letni deklici zaradi simptomatskih žolčnih kamnov. Do leta 2000 so bili laparoskopski operativni posegi opravljeni samo pri otrocih, starejših od 10 let. Moderni video laparoskopski stolpi in ustrezni operativni instrumenti sedaj omogočajo varne in uspešne laparoskopske posege tudi pri novorojenčkih. V Ljubljani se največ uporabljajo za operacije kongenitalne pilorostenoze, dimeljskih kil pri otrocih, simptomatskih žolčnih kamnov in akutnega abdomna.

Klinični oddelek za urologijo se je predstavil z dvema prispevkoma. Robert Kordič je analiziral operativno zdravljenje hidronefroze zaradi pieloureterne stenoze. Klasifikacijo,



Vodstvo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana in Kirurške klinike ter predstojnik Kliničnega oddelka za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo z dobitniki priznanj (Brigita Drnovšek, Simon Vrhunec, Erna Kos Grabnar, Alojz Pleskovič, Zdenka Mrak, Matjaž Tavčar, Bojan Tršinar, Metka Derganc, Milinka Petrovič, Ivan Vidmar).

patofiziologijo, etiologijo in zdravljenje s pridruženimi zapleti hipospadij je zelo lepo opisal Aleš Sedlar. Cilji kirurškega zdravljenja hipospadij so ustvariti raven penis, ustvariti novo uretro z zunanjim meatusom na vrhu glansa, oblikovati glans v bolj ravno obliko in zagotoviti estetsko primerno oblikovan kožni pokrov penisa in normalno oblikovan skrotum. To mora bolniku omogočiti mikcijo v stoječem položaju, penis mora imeti estetsko sprejemljiv videz in mora biti primeren za spolne odnose v prihodnosti.

Vzporedno z otroško kirurgijo se je razvijala tudi otroška anesteziologija. Pediatrični anesteziolog se srečuje z nedonošenčki, novorojenčki, dojenčki, majhnimi in večjimi otroki ter mladostniki s širokim spektrom kirurških obolenj. Kratek vpogled v obsežnost in specifičnost te najzahtevnejše veje anesteziologije je podala Jelena Berger.

Gastroezofagealni refluks je pri dojenčkih zelo pogost. V prvih dveh mesecih poliva in bruha polovica otrok, pri starosti štirih mesecev pa celo 70 odstotkov. Pri 12 mesecih je takih le še 1 do 5 odstotkov. Če refluks vztraja in povzroča težave, govorimo o gastroezofagealni refluksni bolezni. V zdravljenju najprej poskusimo z dietetnimi navodili. Če to ne pomaga, uvedemo terapijo z zaviralci protonске črpalke. Ko tudi to ne pomaga, pride v poštev kirurški poseg, katerega namen je vzpostavitev delujočega antirefluksnega mehanizma. Od leta 2008 dalje je metoda izbora laparoskopiska fundiplikacija. S tehniko posega nas je seznanil Matevž Sprčić.

Mojca Grošelj Grenc je prikazala podatke o zdravljenju novorojenčkov z atrezijo požiralnika med leti 2004 in 2012. Zdravljenje je kirurško. Operativni poseg se opravi, takoj ko novorojenčkovo zdravstveno stanje to dopušča. Preživetje novorojenčkov po tej operaciji je v Ljubljani podobno kot v tujih primerljivih centrih. Nepravilnost se pojavlja na 2500 do 4500 živorojenih otrok.

Suprakondilarni zlomi nadlahtnice so takoj za zlomi distalnega dela podlahti najpogostejši zlomi v otroški dobi. Največ teh zlomov se zgodi med petim in sedmim letom starosti. Največkrat nastanejo pri padcu na iztegnjeno roko. Kljub izrednemu napredku kirurških osteosintetskih metod pri otrocih se marsikateri zlom lahko zdravi konzervativno. O tem, kdaj se odločimo za konzervativno zdravljenje, je govoril Tomo Havliček.

Kraniosinostoze so redka tema pediatričnih srečanj, zato smo bili slušatelji hvaležni Domagoju Jugoviču, da nas je seznanil z novimi spoznanji o nastanku in zdravljenju teh nepravilnosti.

Deformacije lobanje, ki nastanejo zaradi prezgodnjega zraščanja lobanjskih šivov, se lahko zdravi samo kirurško. Cilj kirurškega zdravljenja je odstranitev zaraščene šiva in korekcija sekundarne deformacije lobanje. Čeprav so nekatere prikazane operativne metode videti kar strašljive, pravijo, da ne predstavljajo večjega tveganja za otroka.

Huda poškodba glave je pri otrocih eden najpogostejših vzrokov smrti in trajne invalidnosti. Aida Granda je prikazala, kako naj bo otrok s hudo poškodbo glave oskrbljen na vseh nivojih z namenom, da čim bolj omejimo sekundarno poškodbo možganov, ki lahko privede do smrti ali trajne invalidnosti.

Transpozicija velikih arterij je prirojena srčna napaka, ki ni združljiva z življenjem. Možno je kirurško zdravljenje. V opisu zelo kompleksne operacije arterijski »switch« je Robert Blumauer izpostavil dramatičnost trenutka mobilizacije koronarnih arterij, ki imajo premer od 1 do 1,5 mm, in vstitev koronarnih ustij v neoorto. V UKC Ljubljana je bil arterijski switch prvič uspešno opravljen leta 2007.

Pri bolnih otrocih z akutno reverzibilno odpovedjo dihal in/ali srca, kjer so izčrpani drugi načini konvencionalnega zdravljenja, lahko uporabimo še invazivno metodo zdravljenja z zunajtelesno membransko oksigenacijo – ECMO. Zanj se odločimo takrat, ko se predvideva, da bo bolnik po končanem zdravljenju z ECMO živel normalno, brez pomembnejše invalidnosti. Od leta 1994 do septembra 2013 so v Ljubljani z ECMO zdravili 51 otrok, preživel jih je 29, tj. 57odstotkov. Gorazd Kalan, vodilni zdravnik medicinske ekipe, ki izvaja zdravljenje z ECMO v KOOKIT, je na trenutke vidno ganjen lepo opisal vso razvojno pot te metode v Ljubljani.

Pretresljiv je bil prispevek Dragice Maje Smrke o nekrotizirajočem fasciitisu kot zapletu okužbe z virusom noric pri dveh otrocih v letošnjem letu. To je hitro napredujoča bakterijska okužba fascije, podkožnega tkiva in kože z destruktivnimi posledicami in visoko smrtnostjo. Oba bolnika sta preživela. V svoji več kot štiridesetletni zdravniški praksi še nisem videl tako hudega zapleta pri otroški izpuščajski bolezni. V času, ko vse več staršev nasprotuje cepljenju proti nalezljivim boleznim, bi bilo mogoče smiselno tudi širšo javnost obveščati o podobnih dogodkih.

V zaključnem prispevku je Albin Stritar predstavil novosti pri zdravljenju opeklina, ki so v zadnjem desetletju tako radikalne, da postaja opeklinska kirurgija samostojna vrhunska znanost in ne samo del plastične kirurgije.

Na jubilejnim strokovnem sestanku Kliničnega oddelka za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo so nastopili predstavniki mlajše generacije zdravnikov, ki s svojim delom dokazujejo, da nadaljujejo razvojno vizijo ustanoviteljev tega oddelka. Obsežen program strokovnih predavanj je, brez priganjanja moderatorjev, potekal v določenem časovnem okviru, vključno z razpravo. Zanimive, jedrnate predstavitve smo z največjo zbranostjo spremljali od začetka do konca. V pričakovanju naslednjih podobnih srečanj se organizatorju lepo zahvaljujem.



# Radko Oketič – odlični karikaturist z mednarodnim odmevom

Zvonka Zupanič Slavec

Radko Oketič, dolgoletni likovni terapevt v psihiatrični bolnišnici v Polju, se je ob svojem delu postopoma razvijal v vse boljšega ilustratorja, kasneje pa tudi karikaturista. Skozi dve desetletji na najrazličnejših mednarodnih razpisih za karikaturno risbo prejema nagrade za presežnost svojega dela. Kot dolgoletnega člana Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher (dalje KUD KC in MF) ga je vodstvo spoznalo za izjemno zaslužnega, zato ga je decembra 2013 nagradilo s častnim članstvom za njegovo silno imenitno karikaturno delo. Nagrajencu iskreno čestitamo predvsem za izjemno ustvarjalnost v karikaturni risbi, ki žanje priznanja na največjih tovrstnih mednarodnih razpisih. Zaradi Radkove skromnosti se premalo zavedamo, kako izjemnega ustvarjalca imamo v svoji sredini, kako ponosni moramo biti nanj in kako pomembno bi bilo, da bi mu v najodmevnejših slovenskih razstaviščih in/ali drugih medijih ponudili prostor za njegovo predstavitev. Menim, da bi ob njegovem 60-letnem življenjskem jubileju Televizija Slovenije morala predstaviti jubilaranta, izjemnega karikaturista in ilustratorja, ki s svojim pronicljivim dojemanjem stvarnosti drži zrcalo tako družbi kot tudi posamezniku, in to ne le v slovenskem prostoru, ampak kot kozmopolit prav povsod! Naj njegove priložene karikature nagovorijo tudi slovensko zdravništvo.

Vilma Colja je o njem zapisala: »Radko Oketič, slikar in ilustrator iz Dan pri Sežani, je svojo slikarsko kariero začel v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja. V Sloveniji je postal priznan kot tankočutni mojster risbe in domišljajske figuralne kompozicije. Zanimajo ga kraška pokrajina, snovnost majhnega sveta in arhitekturna dediščina kamnitih vasi, kar v tehniki akvarela interpretira kot svojsko idealizirano pravljico z nekoliko skrivnostnim navdihom.



»Tabletomanija«, Slovenski trienale satire in humorja Aritas, Ljubljana, Galerija Krka, 3. nagrada, 2004.

V devetdesetih letih, ob uspešnem sodelovanju na družbeno angažirani razstavi Aritas-Satira, je Radko svojim delom pričel dodajati sporočilnost, ki se odraža kot osebni nagovor in komunikacija s človekom. Z izvirnimi satiričnimi in duhovitimi domislicami, v katerih ohranja določeno mero realizma, ki ga prepleta z magičnostjo, nadrealizmom in simbolno vizijo, postavlja pred nas zrcalo. Sooča nas z našim odnosom do ekoloških problemov, (ne)kritičnim odnosom do genetike, s prikritim in jasnim nasiljem, nesmiselnostjo vojn ali le preprirov, utesnjenostjo, zasvojenostjo, tekmovalnostjo, pretiranim potrošništvom...

V neizprosni realnosti poišče simbolno pomenljive in vizualno učinkovite satirične in komične opomine, ki se nas zlahka dotaknejo.

Prav zaradi tega so njegova dela, ki jih je pred dobrim desetletjem začel pošiljati na razpise in natečaje po celem svetu, naletela na pozitivne kritike tako doma kot tudi v tujini. Pohvale in katalogi, v katerih so objavljena njegova dela, so mu bili in so mu v spodbudo, da se vsako leto udeleži več deset mednarodnih natečajev s humoristično-satirično vsebino.

Tako je svoje delo z naslovom »Menjava razpoloženja« poslal na 4. Mednarodni umetniški bienale humorja »Red Man« na Kitajsko. Na bienalu je sodelovalo 680 avtorjev iz 53 držav. Dela je pregledala, ocenila in podelila nagrade mednarodna žirija v Pekingu. Za humoristično-satirično karikaturo je bilo podeljenih pet nagrad, od katerih je nagrado »Humorist Prize« prejel prav Radko Oketič.

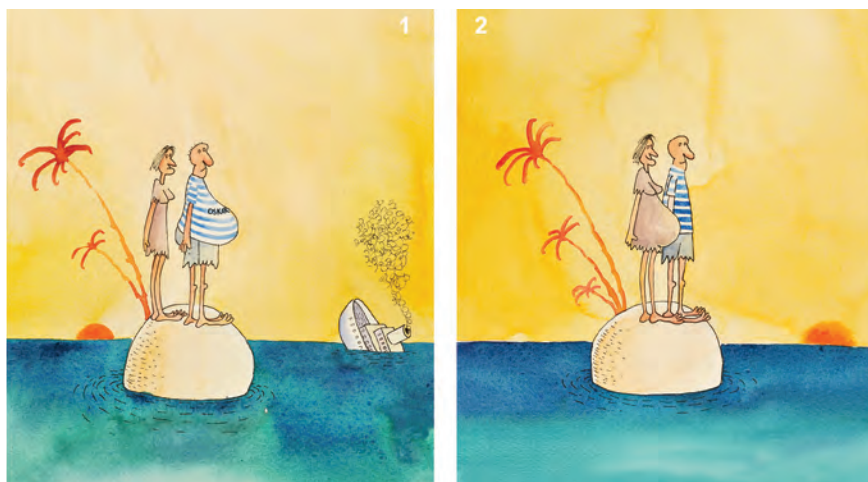
Če je avtor poznan doma predvsem po poetičnih akvarelih kraške pokrajine in arhitekture, kjer »ne moremo srečati človeka«, pa je izven domovine dobil preko 20 mednarodnih nagrad in priznanj za satirična dela, kjer je človek prisoten v prvem planu.«

Ob tem zapisu pa o nagrajencu veliko pove tudi del predstavitve likovne kritičarke in umetnostne zgodovinarke Polone Škodič: »Radko Oketič je eden najvidnejših kraških likovnih ustvarjalcev, tenkočuten akvarelist, ilustrator ter svojevrsten mojster risbe in karikature. S svojo ustvarjalnostjo je pomenljivo dopolnil sodobno slovensko umetnost in postal prepoznaven tudi v mednarodnem prostoru, kar potrjujejo številne ugledne nagrade in priznanja ter tudi mnogoštevilne razstave doma in na tujem. V obsežnem opusu, ki zaokrožuje tri desetletja, so se zvrstili mnogi, med seboj različni ciklusi del. Je umetnik z bogatim notranjim svetom, ki v raznolikih vsebinah in tehnikah zaobjema ravni večplastnega izražanja in tako uveljavlja široko pripovedno področje. Srečanje z njegovimi deli zato ne nudi le likovnega užitka, temveč tudi razmislek in pogled v

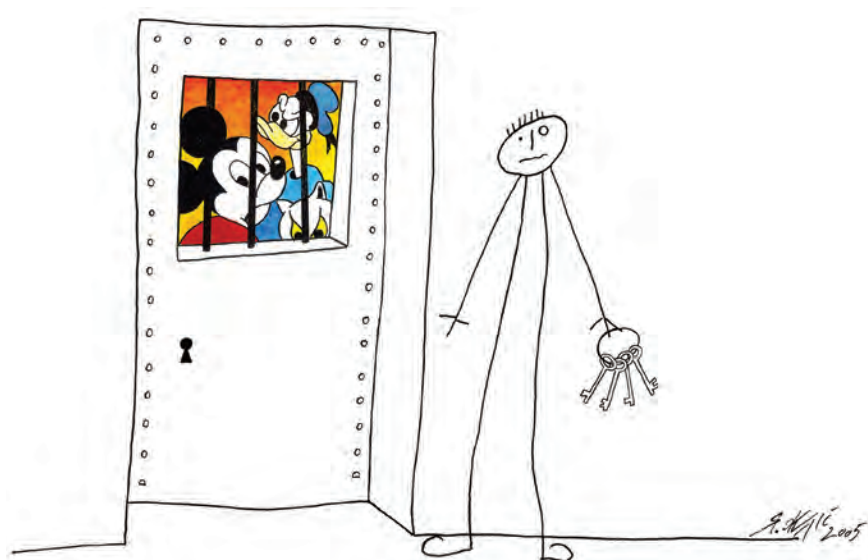
notranjost njegovih mnogoterih spoznanj in raziskovanj, po katerih optimistično potuje skozi čas. Svojo slikarsko nadarjenost je vselej dopolnjeval v polnem zamahu in v poglobljenem odnosu do upodabljačih stvarnosti. Izoblikoval je ikonografsko in izpovedno privlačen prostor, iz katerega poetično, pa tudi iskrivo kritično, komunicira s svetom.

Ustvarjalnost Radka Oketiča bi lahko razdelili v nekaj temeljnih likovnih zvrsti, to so akvareli, ilustracije, grafike, humorno-satirične ilustracije in risbe ter iz slednjih izpeljane novejša aplikativna računalniška grafika. Je neutrudni snovalec likovne pripovedi, izrazit in občutljiv kolorist s smislom za slikarsko gradnjo in podajanje vsebine s pomenljivimi sporočili. Svežina koncepta in obilica novih idej ga je vselej privedla do zanimivih in aktualnih rešitev, kar nedvomno velja tudi za serijo nenavadnih akvarelnih kompozicij in ilustracij iz zadnjega obdobja.

Radko Oketič je slikar domišljjskih figuralnih kompozicij z izostrenim občutkom za čiste likovne forme in skladne estetske prvine. Risarska spretnost, ki se kaže tudi v spremljajočih grafičnih upodobitvah, mu pomaga pri slikanju arhitekture, ki je vodilna upodabljača tema. V številnih delih se poglobi v kompozicijo, v resničnost krajinskega izreza, v tihotne ulice, vasi, v svetlobo in temo, v zgodbe kamnitih zidov značilnih starih ulic, borjačev, hiš, dimnikov, portonov, zvonikov in gradov. Posebno vlogo vsekakor odigravajo razpoznavne modre in rumene barve, ki jih premišljeno izbira in obvladuje. Zanimajo ga spomini, spreminjanja v času, nihanja in utrip življenja, pozabljene povesti, minevanja in odsevanja. Umetnik sledi lastnim doživetjem, ki izvirajo iz idealiziranega, poetično občutenega sveta. Z blago prisotnostjo metafizičnosti obuja mit o pozabljeni preteklosti. Na tipično stavbno dediščino in umetnost starega kamnoseštva gleda iz nenavadnih zornih kotov in perspektiv, kar daje upodobitvam nek poseben čar. V prepletanju pestrosti oblik in sproščene domišljije tako nastajajo dela z bolj ali manj pravljničnim in mističnim nadihom, stkana z vso likovno natančnostjo. Avtor je zatopljen v lastno barvno doživetje, kajti lahкотnost in energija barve mu predstavljata osnovno izrazno moč. Iz akvarelov veje posebna zračnost, svetloba hipnih učinkov, mehko prelivanja, presvetlitve in tenkočutno niansiranje. S prefinjenim občutkom v oblikovanju slehernega detajla in tudi celotne podobe



»Oskar« OSKARfest, 2. mednarodna razstava karikatur, Osor, Hrvaška, 1. nagrada.



»Zaporniki« 14<sup>th</sup> Daejeon International Cartoon Contest, Daejeon, Južna Koreja, specialna nagrada, 2005.



»Varčevanje z energijo« 3<sup>rd</sup> Rhodes International Cartoon Exhibition, Rhodes, Greece, Honorary Mention, 2006.



»Menjava razpoloženja«, 4<sup>th</sup> »Red man« International Humour Art Biennial Of China 2012, Humourist prize.

doseže spontano prehajanje ostrine v mehko, liričnosti v dramatičnost, impresije v ekspresijo. Čeprav nam posreduje pogled na idealiziran svet, v njem hkrati odkriva drugačne podobe. Izpoved je prežeta s figuralno metaforiko, čustvenim nabojem in fantazijo. Ravno zato, ker realistično viden motiv razgrajuje v domišljjske arhitekturne sestave, ostaja prepoznaven kot samosvoj krajinar. Pot svetlobnega žarka razkriva skrivnost in doživljanje posebne čarnosti. Pripoved je pravzaprav ves čas vpeta nekje med podeželskim, zgodovinskim in nostalgicnim svetom, ki vztrajno izginja, in napredkom, ki ga prinaša sodobna tehnološka doba. Zato fenomene krajine in okolja, forme in barve pojmuje tudi globlje doživljajsko in razmišljajoče – kot simbole univerzalnega prostora, kjer vzporedno vnaša določen psihološki moment in izraža svoje videnje in odnos do sveta.

V okviru znane mednarodne poletne likovne šole *Artestate* v Celliu v Italiji od leta 2007 na tamkajšnje povabilo vodi tečaj akvarela (*Comune di Cellio, Ecomuseo della Bassa Valsesia colli di Sesò*).

In še poudarek na ilustraciji – karikaturi, s katero prepričljivo nagovarja preprostega človeka, pa tudi še tako zahtevnega poznavalca in gledalca.

Risba kot neodvisna likovna zvrst v slovenskem prostoru nima ravno dolge tradicije. Skozi zgodovino je ostajala kar preveč prezrta, bodisi na področju študijskih programov ali kot razstavna vsebina, čeravno so jo gojili številni umetniki. Kot samostojna zvrst vidneje nastopi šele po sredini prejšnjega stoletja. Posebnemu področju humorne risbe, ilustracije in karikature pa lahko sledimo šele s Smrekarjem, Gasparijem, Tratnikom, Vavpotičem in bratoma Kralj. V zadnjih desetletjih je zaznati njen večji razmah in popularizacijo, saj se pogosteje pojavljajo skozi različno medijsko in likovno prezentacijo.



»Made in China« Ecocartoon - 5<sup>th</sup> International Pátio Brasil Environmental Humor Show, finalni izbor, 2012.

(V zgodovinskem spominu Slovencev bo vselej ostal prijetno zapisan humorni časopis Pavliha.) Kasneje so nastopili različni likovni ustvarjalci mlajših generacij, ki s svojimi prispevki iskrično dopolnjujejo predvsem različne tiskane medije in časopise ter spletne strani, redkeje pa so njihova dela predstavljena na domačih tematskih razstavah in natečajih. Večja priložnost prodora in uveljavitve se jim odpira v mednarodnem kulturnem prostoru. Razveseljivo je, da že nekaj let zapored sekcija ilustratorjev pri ZDSLU omogoča svojim članom poleg razstavljanja tudi sodelovanje pri različnih tematskih knjižnih izdajah. Med njimi naj omenimo belokranjske narodne šaljive otroške pesmice Izštevanke in Povedke s Kozjanskega, za katere je tudi Oketič prispeval svoje groteskno hudomušne ilustracije.

V zadnjem desetletju so nekatera odlična Oketičeva dela iz ciklovov satirične ilustracije, humorja in karikature naletela na mnoge odmevne in pozitivne kritike, saj prinašajo aktualne in domišljene figuralne vsebine, vsekakor vredne pozornosti. Nagrade in priznanja je zanje požel predvsem na tujem ...» Nadalje piše: »V izvirnih in nemalokrat izjemno duhovitih idejah je sicer še ohranjena določena mera realizma in idealizacije, a se pod težo razmišljanja in občutij spreminja v celo bolj nadrealistične, simbolno naglašene rešitve. Pravzaprav se osredotoča na čisto esenco sporočila, kjer z namenom prenasiči in poudari prizorišče ali celo zreducira elemente v močno izčiščeno likovno bistvo. Problematiko nasilja, protivojno tematiko in pereča dramatična vprašanja slikar doumeva globoko resno, a je na koncu videti, kot bi jih reševal z igrivo lahko pronicljivo parodije in satire, skoraj groteske. Zanimivi so tudi »prostorci«, kompozicije in drzne perspektive, kjer se odvijajo zgodbe. Na primer tista o boju med letječimi svinčniki, krompirjem in paradižnikom, o protiraketni lubenici in koruzi, o klonu med ovčami, o radiaciji in metalcu diska, nadalje tista, v kateri se dotakne evolucije človeštva, pa tudi športno olimpijskih cirkusov (Homopentagool), svetovnih zablod in ekoloških problemov. Avtor nas želi soočiti tudi s prikritim nasiljem in utesnjenostjo krutih posegov v naravo, stehnzirane potrošniške dobe, črednega nagona, brezumne birokracije, kloniranja ... Pravzaprav se loteva poneumljene »človeške odiseje« sodobne dobe. Nemalokrat likovno vsebino podkrepi še z izvirnimi tekstovnimi pripombami.

Radko Oketič nam kot dojemljiv opazovalec tudi v teh delih postreže s slikovito izpovednostjo družbeno kritične likovne misli, ki se nas zlahka dotakne. Na eni strani sledove



človekovega dela in preteklost bivanja zavija v pravljico, na drugi strani ponuja protivojne in protinasilne izzive kot način svojega »mehkega upora« zavoljo eksistencialne stiske, preživetja v sodobnosti in prihodnosti. V neizprosni realnosti poišče simbolno pomenljive, vsekakor vizualno učinkovite satirične in komične opomine. Ravno prefinjena ostrina humorja omogoča, da iz krutosti tega sveta, človeških napak in slabosti izlušči dragoceno srž. Idejno bogat in izviren je tudi v »zgodbah o človeški (pre)moči in razumu, ki mu hkrati botrujeta sprenevedanje in neumnost« in je zato morda še bolj subtilen v premišljeno pikrih, simbolnih poudarkih, v privlačno predstavljenih scenografijah, zapolnjenih z izdelano slikarsko retoriko.

Razmišljanje, ki je izraženo v likovni govorici, je ujeto nekje med resnostjo in humornostjo, je igrivo in jasno. Njegova spoznanja tako hkrati postajajo tudi naša, občečloveška in nas, hočeš nočeš, nevsiljivo vabijo k lastnemu razmisleku in dialogu. V vsaki misli in zgodbi prihajata na dan širina in globina njegovega duhovnega uma, ki korenini v neprikriti občutljivosti, med nenehnim prepletanjem idej, čustev in razuma. Premišluje o marsičem, tudi o tem, česa smo se naučili v svoji dolgi zgodovini. Mar človeška komedija, vpeta tu nekje, med zemljo in nebom, v areni življenja, ne traja že tisočletja? Tehnološko zasičen potrošniški svet pozablja na človeka in civilizacijsko kulturo. Vse bolj nas potiska na rob, v nemilost bežečega, hladno utripajočega časa, ko izginjajo še zadnje vrednote. Vse je lahko trdno in vse je lahko tako krhko, ranljivo in minljivo. Človek se oddaljuje od človeka, človek se pravzaprav oddaljuje od sebe.

Leta 2002 je na pobudo akademskega slikarja in kiparja Staneta Jagodiča luč sveta ugledala skupinska razstava satire in humorja z naslovom Nasilje – *Violence* (kot protest proti vojni v Jugoslaviji), ki je bila najprej predstavljena v Istanbulu v Turčiji. Zaradi organizacijske prizadevnosti Radka Oketiča pa je bila kmalu zatem na ogled še v Kulturnem centru Srečko Kosovel v Sežani. Razstava, na kateri je sodelovalo prek 30 avtorjev, je naletela na izjemno dober odmev tudi v širšem prostoru. Sledila so plodna leta, ki so avtorju odprla številna vrata predvsem v mednarodno prizorišče. Leta 2004 je prejel 3. nagrado na Slovenskem trienalu satire in humorja Aritas v Ljubljani (na temo zdravja) za delo z naslovom Tabletomanija. Leto kasneje pa specialno mednarodno nagrado *Daejeon International Cartoon Contest*, Dicaco v Južni Koreji, ki sicer že tradicionalno slovi po tem natečaju in kjer je bil od leta 2006 dalje tudi vsakoletni dobitnik priznanja. Še ene nagrade nikakor ne smemo spregledati. Na 2. mednarodni razstavi karikatur *OSKARfest* v Osorju na Hrvaškem je prejel 1. nagrado za imenitno karikaturo Ljubezen na otoku. Seveda moramo omeniti tudi skupinske razstave z uspešno udeležbo v Turčiji, Iranu, Grčiji, Italiji ...



»Never give up: Japan« Kyoto International Cartoon Exhibition Special, 2011, povabilo k dobrodelni razstavi v Kjotu ob jedrski nesreči na Japonskem.

Zanimivo je, kako močno je satirična ilustracija ali kritično humorna karikaturna vpeta v vsakdanje življenje v državah Balkana, Bližnjega vzhoda in državah »tretjega sveta«, povsod tam, kjer so vihrale in še pustošijo vojne, kjer so krizna področja in je življenje zaznamovano s tragiko revščine in nasilja. V teh okvirih in navezavi je nastala tudi novejša serija Oketičeve računalniške aplikativne grafike, kjer iz znanih znakovnih in slikovnih predlog izpeljuje na videz šaljivo, a hkrati dramatično in pekoče opozorilo, sestavljeno iz kombinacije kromosomsko kodnega zapisa in slovitega Munchovega Krika.

Radka Oketiča torej prepoznavamo kot tankočutnega pripovedovalca pronicljivih izpovedi, v katerih je izoblikoval razumljiv, preprost in sporočilno bogat prostor. Njegova dela (predvsem tista iz ciklusov protinasilne in protivojne tematike) sta spoznali domača in širša kulturna javnost.

Morda se nam ob tem zastavlja vprašanje, na kakšen način so pravzaprav dela medsebojno povezana. Gre preprosto za izkustvo in moč preobrazbe, za spontan prehod enega dela v drugo, iz ene tematike v drugo. Ravno skupne poteze in različnost pa dajo vedeti, kako silna je avtorjeva kreativnost v mozaiku vsebinske pripovednosti. Nespornost je dokazal, da sta njegovo slikarsko delo in tudi področje ilustracije in karikature razvojno dozorela in da je še vedno na poti odkrivanja neznanih, zanimivih likovnih izpovedi. Je samosvoj varuh iskrivih zgodb, utrinkov resnic in modrosti, ki imajo svoj zven in pomen. Ostaja nekakšen samohodec, ki nagovarja sodobnika in bo govoril prihodnjim generacijam. Slovenski in svetovni zakladnici je pridal svoj enkratni, dragocen delež. «

E-naslov: [zvonka.slavec@gmail.com](mailto:zvonka.slavec@gmail.com)

## Dober dan – za preživet

Eldar M. Gadžijev

### Uvod

Že nekaj dni sem se čudil, kaj mi je. Po nekaj stopnicah navzgor ali nekaj več korakov sem se zadihal, kot še nikoli do zdaj. Pred tem sem kakšnih deset dni preboleval virozo z mrzlico, povišano temperaturo, neznačilnimi bolečinami v mišicah in celo za nekaj dni oglušel na levo uho. Poklical sem

kolega hematologa, ki me zdravi že 10 let. Oglasil se mi je iz ambulante s hripavim glasom in mi priporočil sumamed. Bilo je malo bolje in sluh se je popravil, a huda utrujenost in zadihanost ob naporu sta ostala in moje še kar logično razmišljanje je šlo najprej v smer težjega okrevanja po virozi. Potem pa sem pomislil na možnost virusne prizadetosti miokarda. Ja, utegnilo bi biti to! In kar ni hotelo biti bolje,

ampak je postajalo še slabše, z znaki zatajevanja srca v smislu pritiska v vrat in glavo, ko sem legel, pa celo s pritiskom v zgornjem delu trebuha in, hej, celo z občutkom otekanja jeter. Ja, jetra so postala občutljiva, stopala pa so mi malo otekla. Halo!! Nekaj bo treba ukreniti. Ponovno sem poklical svojega hematologa, ki je bil že zdrav in me je naročil k sebi na pregled. Strinjal se je, da je možno, da gre za virusni miokarditis, lahko pa bi bila tudi amiloidoza. Poslal me bo na preiskave, tudi na UZ srca, pa bova videla. Ja, amiloidoza, to bi bilo pa slabo! Z amiloidozo srca težko preživiš več kot leto ...

## Lepo jutro na dan pregleda

Ko sem se vozil proti Ljubljani, je bilo nebo jasno, bilo je sveže, ampak narava je kazala tople jesenske barve in v zraku je bilo življenje. Na gorenjskih travnikih so se pasle srne in ob cesti so posedale kanje. Cesta pa je bila polna vozil, ki so hitela proti Ljubljani.

Parkiral sem v parkirni hiši in odsopihal v drugo nadstropje poliklinike, se prijavil in že sem bil pri Jožetu. Sprejel me je z nasmehom in mi s tem že dal iskrico upanja, da bo dan morda le srečen. Pregledal me je, poslušal, naročil krvne preiskave in dal potrebne napotnice. Vzeli so mi kri in odšel sem na snemanje EKG-ja. Šlo je celo brez britja dlak na prsih in nato sem s posnetkom odšel v kardiopulmonalni laboratorij.

## UZ-pregled srca

Ko sem prišel na hodnik D, sem na klopi zagledal svojega starega, dobrega profesorja patofiziologije in že sva klepetala o Izidi, o težavah in o tem, s čim se ukvarjava. Njegov nasmeh mi je vedno tako prijeten in vzpodbuden. Potem so ga poklicali na pregled. Ko je prišel iz kabineta, sva se pozdravila, si zaželela srečo in lepo počasi je v svoji beli halji odšel po hodniku ...

Poklicali so me v UZ-kabinet. Slekli sem se do pasu in legel na mizo. Prišel je simpatičen mlajši kolega, me lepo pozdravil in me najprej povprašal, ali sem že kdaj imel to preiskavo.

»Ja, pred kakšnimi tremi leti in bilo je vse v redu.« Potem je sledil pregled na zame dobrem Philipsovem aparatu. Na ekran nisem videl, pač pa sem občasno slišal zvok srčnega utripa – hiter, sicer enakomeren, ampak močno prehiter. Na izvidu EKG-ja je pisalo, da gre za sinusni ritem in vrsto blokov v prevodnem sistemu. »Tole pa ni sinus,« je spregovoril kolega. »Bova ponovila EKG ob masaži karotide. Ali ste tešč? Še transezofagealni UZ srca bo potreben. Izključiti bo treba morebitno trobmozo v avrikuli desnega atrija, da bi lahko potem šli na konverzijo.« Zanimalo me je, ali je kaj znakov za amiloidozo, pa mi je pojasnil, da ob tako hitrem utripanju presoja ne more biti natančna. Hmja!

Preselil sem se v drug prostor in nastavili so mi elektrode za EKG, ki so ga posneli ob tem, ko mi je kolega masiral desno karotidno arterijo. »Undulacija atrijev, poglejte,« mi je pokazal valove na posnetku. Nato me je za transezofagealni UZ naročil ob 14. uri, ker sem zjutraj žal zajtrkoval.

## Pester popoldan

Bil sem malo lačen in žejen, ampak ni bilo težko zdržati. Ob 14. uri sem bil zopet na hodniku D. Ko so me poklicali za pregled in pojasnili, kako naj bi šlo, sem podpisal pristanek in ob tem povedal kolegu, da naj bi rekli »ozaveščeni pristanek«, ne pa, da »suženjsko« prevajamo *informed consent* v obveščeno privolitev.

Pogoltnil sem žlico neokusnega anestetizirajočega gela in čez čas smo začeli. Seveda sem se davil, pa malo grizel in prvič nismo prišli daleč. Dali so mi malo dormicuma i.v.: »Danes ne smete voziti avta!« »Ja.« Ponavljamo: zopet malo davljenja, slina teče, dihati skozi nos ni tako enostavno ... no, pa je le šlo!

Ni tromboze! Hvala Bogu! Gremo na elektrokonverzijo. Vse dogovorjeno. Dobim papirje, se poslovim od prijaznega kolega in sestre in kmalu sem pred vrati dnevne bolnišnice IPP-ja. Trkam, odpre mi mlad kolega, simpatičen, s fonendoskopom okoli vratu. Povem, zakaj sem prišel, in določijo mi posteljo. Sledi nekaj vprašanj in pregled. Kolega pove, da je bil moj študent in da je kolega moje nečakinje. Oba specializirata za Izolo. Pride glavni kolega, dežurni specialist, me pozdravi in se predstavi. Še nekaj vprašanj in podpis ozaveščenega pristanka. Kanal, elektrode, potem še kisikova maska. Fentanil ... »Zaspali boste.« Zgubim se, izginem. Zbudim se živ! Uspelo je. »Kdaj lahko grem?« Dve uri naj bi počival. »Uro in pol naj bo dovolj,« se že pogajam. Nasmeh kolega in potem kontrole pritiska, monitoriziran pulz in občasno zopet aritmija in nizek pritisk. »Mislim, da sem malo dehidriran,« pravim, »od jutra nisem pil in ne jedel.« Sledila je infuzija in tako potem vendarle mineta dve uri od posega. Vmes malo drame: še ena bolnica je prišla za konverzijo. Postopek se je ponovil tako kot pri meni, ampak po konverziji je prišlo do asistolije. Reanimacija z masažo, atropinom in adrenalinom. Kolegi in sestre delujejo usklajeno in mirno, in uspejo! Gospa se zbudi in vse je v redu.

Dobim papirje, napotnico za oddelek za žilne bolezni in recept za nizkomolekularni heparin. Štiri tedne naj bi si ga dajal ... Ob tem pomislim, kako dober zaslužek si je naredila farmacija s smernicami za uporabo zdravil proti strjevanju. Prepričali so zdravnike, da normalna homeostaza lahko samo škoduje in je treba to preprečevati s kemijo, s kemijo, ki daje lep zaslužek. Vemo, da lahko na strjevanje deluje precej zelišč in celo živil, ampak teh se baje ne da dobro odmerjati in taka zaščita bi bila še prepoceni.

Pa kaj, ničesar ne bomo spremenili in večer je jasen, nebo čudovito ob sončnem zahodu, v zraku je življenje ... Lep dan za preživet!!

## Epilog

Po treh dneh sem moral ponovno na konverzijo. Potrebni sta bili dve, da se je srčni ritem uredil. Dobil sem še recept za tablete in napotnico za antitrombotično ambulanto. Preteklo je nekaj tednov, preden sem šel v to ambulanto. Ampak tam me je sprejela na pregled in posvet izredno prijazna kolegica, čeprav sem prišel pozno in je napotnica že potekla! Dogovorila sva se, da bi obiskal še kardiologa in sem se šel naročiti. Dobil sem datum za čez pol leta. In kaj ta čas? Pomembno je, da sem doživel dober dan, dan za preživet ...

E-naslov: [eldar.gadzijev@gmail.com](mailto:eldar.gadzijev@gmail.com)



# Ocenjevanje, določanje in merjenje bolečine

Duška Meh, Dejan Georgiev

## Uvod

Bolečina je neprijetna in ogrožajoča vsakdanja izkušnja, ki izzove telesne (somsatske), duševne in kognitivne spremembe ter vpliva na vsa življenjska področja človeka z bolečino, njegove bližnje, socialno mrežo in družbeno okolico v najširšem smislu (1, 2). Odzive vrednotimo z večinoma posrednimi, a kljub temu zanesljivimi metodami. Po sodobnih opredelitvah o bolečini vedno odloči tisti, ki jo čuti (3), spremljevalci dogajanj pa lahko le načrtujemo in vodimo ustrezne ukrepe. Bolj kot klasično »ozdravljenje«, ki ga dosežemo večinoma z vplivanjem na vzročni dejavnik, si želimo spremeniti osrednje dogajanje, ki izzove neprijetni občutek, ali njegovo dojetje. Vplivamo na živčne strukture in psihična dogajanja, ki jih imenujemo zaznavanje, spoznavanje (dojemanje) in prepoznavanje (2).

## Načini ocenjevanja, določanja in merjenja

Bolečino kot izrazito osebni občutek je bilo dolgo težko zadovoljivo oceniti, določiti ali celo izmeriti, še teže pa prikazati. Ocenjevanje je vedno subjektivno, odvisno od meril preiskovanca in preiskovalca ter njunega sporazumevanja. Pri določanju lahko subjektivnost zmanjšamo z vključitvijo vsaj enega instrumentalnega pripomočka, pri merjenju pa moramo imeti primerno mersko enoto (npr. cm, °C ...). Po klasičnem razumevanju je bolečina nevrološko dogajanje, zato je bil razvoj merilnih načinov dolgo povezan predvsem z razvojem neurofiziologije, ki je raziskovala in razlagala mehanizme. Vključevala je tudi sodobne morfološke načine, ki pa so žal še vedno zelo dragi in zato pogosto nedostopni. Električna dogajanja pri nastanku bolečinskega (nociceptivnega) impulza in pri njegovem prenosu so raziskovalci dobro razložili (2). Velik del neurofiziologije, elektrofiziologija, ki se pretežno ukvarja z gibanjem (motoriko) in je v mnogih neurofizioloških ambulantah tudi danes močno prevladujoče področje, je tudi na področju senzoričnih znanj razvila vrsto preiskav, ki pa so še vedno le »deskriptivne«: natančno opišejo fizikalno merljive značilnosti dosegljivih struktur. S tem označijo le eno dimenzijo občutkov, ki pa so večdimenzionalni, kar je zelo izrazito tudi pri bolečini. Na to so postali pozorni interdisciplinarno usmerjeni klinični raziskovalci, med katerimi sta bila ena prvih neurofiziolog Patrick Wall in psiholog Ronald Melzack. Pod vplivom njune teorije so se sodobni neurofiziološki pristopi k problemom občutljivosti po letu 1965 precej spremenili. Razvijale so se in se še razvijajo nove preiskavne metode, s katerimi so postali dosegljivi različni tipi občutljivosti in celo bolečina. Opredelimo lahko značilnosti večdimenzionalnih občutkov, predvsem psihofizikalni načini preučevanja pa so s sodobnimi protokoli omogočili celo spremljanje dojetanja. Poskusov razlage dinamičnih procesov, ki se dogajajo med draženjem perifernih receptorjev in aktivnostmi različnih delov perifernega in osrednjega živčevja ter izzvanih odzivi, je bilo veliko.

Sodobne razlage so se začele z revolucionarno teorijo vrat (4), ki je omogočila popolnejše razumevanje bolečine. Dogajanja v živčnih poteh je povezala z doživljanjem bolečine in možgane vključila kot aktivni sistem, ki filtrira, izbira in preoblikuje

(modelira) vstopne podatke. Razlaga dogajanja na perifertiji, kjer boleči dražljaji vzdražijo receptorje za bolečino in povzročijo aktivnost v nemieliniziranih (C) in tankih mieliniziranih (A-delta) živčnih vlaknih. Povezuje jih z aktivnostmi različnih delov osrednjega živčevja, saj se bolečinski impulzi preko hrbtenjače, struktur v možganskem deblu in mezencefalonu prenesejo do talamusa in možganske skorje (2). Bistvo vrat je povezovanje perifernih dražljajev, ki prispejo do hrbtenjače po tankih in debelih dovodnih vlaknih ter jih izzovejo boleči in neboleči dražljaji, z aktivnostmi v osrednjih nevronih, ki določajo modulacijske potenciale v hitro prevajajočih descendnih vlaknih osrednjega nadzora (sprožilec osrednjega nadzora). Povezovanje perifernih dogajanj z višjimi živčnimi in psihičnimi dejavniki, ki vplivajo na zaznavo bolečine in so prostorsko neopredeljeni, omogoča razumevanje delovanja vrat in večdimenzionalnosti občutkov, tudi bolečine.

Uveljavitev teorije vrat je omogočila razvoj novih znanj (5). Z njeno pomočjo se je utrdilo razumevanje bolečine kot bio-psiho-socialnega pojava (6). Še več poti je odprla Melzackova teorija živčnih mrež – nevromatriksa (7), ki je doslej najbolje povezala strukture in procese, vpletene v razlago in razumevanje bolečine, vzorca večdimenzionalnega občutka. Živčno mrežo sestavljajo živčna središča, živčne poti in živčni zapisi (vzorci). Statični vzorci so genetsko določeni, shranjeni v natančno določenih, prav tako genetsko opredeljenih delih osrednjega živčevja, ki jih imenujemo primarne možganske skorje (8). Deli živčnih mrež so tudi živčne zanke, ki potekajo med talamusom, različnimi deli možganske skorje in inzulo. V njih potujejo vzporedno in zaporedno prepleteni dinamični vzorci, ki nastanejo v dinamičnih živčnih vozliščih tako z dovodnim (iz telesa – periferije) kot tudi s psihičnim (kot so izkušnje, učenje itn.) preoblikovanjem zelo grobih statičnih vzorcev. V funkcionalnih živčnih vozliščih se iz njih oblikujejo neprestano spreminjajoči se funkcionalni vzorci, ki na različnih ravneh živčevja izzovejo končni učinek (npr. občutek, gib, vedenje, vedenje itn.). Sprožijo jih periferni dražljaji, nastanejo pa tudi brez njih (jih torej izzovejo, ne pa ustvarijo) in so neuroanatomsko le delno opredeljeni. Vsebujejo senzorične, avtonomne, motorične, psihične in/ali kognitivne podatke, ki vzdržujejo budnost (7).

Teorija nevronske mreže je pojav bolečine in fiziološka dogajanja ob njej povezala z višjimi živčnimi in psihičnimi funkcijami ter jih vpela v homeostazo, na katero bistveno vplivajo tako psihični kot hormonski in avtonomni odzivi. Neuroanatomske in neurofiziološke razlage brez upoštevanja subjektivnih značilnosti ne morejo razložiti delovanja telesa kot celote ter medsebojnih vplivov telesnih in psihičnih dejavnikov.

## Klinične preiskave

Občutljivost so najprej začeli ocenjevati klinično; v začetku 20. stoletja so se začele razvijati klinične metode, ki so, dopolnjene, še danes pomembne (in pogosto edini) način za preizkušanje različnih, večinoma zelo osebnih občutkov. Mnoge dejansko orišejo bolečino kot večdimenzionalni pojav. Z njimi dobimo prve podatke o dojetanju.

Klinični nevrološka in psihološka preiskava sta prvo usmerjeno srečanje z bolnikom in njegovo težavo. Predstavljata začetno zbiranje bio-psiho-socialnih podatkov, pomembnih za prepoznavo telesnih in duševnih sprememb. Podrobni anamnezi sledi klinični nevrološki pregled, kjer smo pozorni predvsem na občutljivost (8). Običajno nas učijo, da naj občutljivost ocenimo na koncu (9). Vendar so bolniki takrat že utrujeni in ne morejo občutiti pogosto tudi težko prepoznavnih razlik, pa tudi preiskovalčeva pozornost je pogosto že razpršena. Zato po naših izkušnjah priporočamo, da je preiskava občutljivosti med prvimi posegi, ki jih opravimo med kliničnim pregledom.

Bolečino običajno pregledujemo z zbadanjem z iglo ali z drugim koničastim pripomočkom, s katerim vzdražimo bolečinske prejemnike. Uporabimo lahko tudi vroče ali ledeno mrzle ali še drugačne boleče dražljaje (npr. pritisk). Pozorni moramo biti na preiskovančeve odzive, rezultati pa so odvisni od njegovih in naših subjektivnih meril ter pogosto tudi pričakovanj.

Za popolno sliko dogajanja je potrebno tudi bolj ali manj podrobno psihološko testiranje. Psihološko lahko bolnika delno ocenijo tudi nevrologi (ali drugi ustrezno izobraženi strokovnjaki); odgovore na nekaj enostavnih vprašanj o psihološkem stanju dobimo celo z uporabo ustreznih vprašalnikov. Za natančnejše in verodostojno mnenje pa potrebujemo mnenje psihologa, ki bo z uporabo psiholoških instrumentov sooblikoval dober klinični vtis.

**Anamneza (spontani opisi)** – Opisovanje neprijetnega osebnega občutka še zdaleč ni preprosto; preiskovanec mora najti izraze za množico občutkov, ki jim je (pogosto prvič) izpostavljen. Ker govorjenje o bolečini pogosto ni sprejemljivo ravnanje in ker v vsakdanjem govoru uporabljamo za bolečino malo besed, so opisi, ki jo označujejo, pogosto zelo slikoviti. Z njimi preiskovanec opiše spremembe, ki se pojavijo. So količinske, kakovostne, časovne in prostorske. Zelo pogosto bolečine označuje z orisom okoliščin, v katerih se je bolečina pojavila. Preiskovalec (npr. zdravstveni delavec) usmerjeno vodi pogovor, poskuša razumeti preiskovančevo prizadevanje in z veliko mero strpnosti običajno najde odgovore. Posebno pozornost zahtevajo psihični, sociokulturni in kognitivni dejavniki, ki so nujne sestavine bolečinskega odziva.

**Lestvice** – Bolj oprijemljive podatke dobimo z lestvicami, čeprav so tudi te enodimenzionalne in zato v nasprotju z večplastnostjo bolečine enostranske. Besedne (verbalne), številčne (numerične) in klasične (vodoravne ali navpične) vidne analogne lestvice merijo le subjektivno oceno intenzivnosti bolečine (dobimo torej samo količinski podatek). Ocenjevanje je hitro in na videz preprosto. Besedne sestavlja zaporedje besed, ki opisujejo bolečino, od najblažje do najhujše (10). Podobne so številčne lestvice, zaporedje številčk od 0 do 10. Vidna analogna lestvica (VAS – *visual analogue scale*) je 100 mm dolga črta, omejena z izrazoma: »brez bolečin« in »najhujše bolečine, ki si jih lahko predstavljam«, preiskovanec pa na njej označi jakost bolečine. VAS omogoča natančnejšo oceno, saj preiskovanec določi poljubno mero (razdaljo), pri besedni in številčni lestvici pa le izbere med že vnaprej opredeljenimi merami in intervali (10).

Preprostost je navidezna zato, ker ocenjevalec nima mere, s katero bi primerjal preiskovani občutek; za bolečino namreč ne obstaja znana osnovna merska enota (kot so npr. meter, kilogram ali stopinja). Poleg tega pa so dobljene ocene zelo osebne in med različnimi ljudmi neprimerljive. Po naših izkušnjah in po literaturi je ocenjevanje z lestvicami, najbolj z

VAS, sicer ponovljivo in, dokler pač nimamo zanesljivejšega pripomočka, še sprejemljivo za klinični in raziskovalni vtis pri ponavljanju preiskave pri istem posamezniku. Primerjanje bolečin med različnimi ljudmi in odločanje o zdravljenju pretežno na njihovi osnovi pa ni sprejemljivo. Lestvice poleg tega omogočajo tudi ocenjevanje posamičnih vidikov večdimenzionalnega občutka, če jih seveda ustrezno prilagodimo.

Obstaja še vrsta drugih lestvic, ena novejših, primernih predvsem, če je sporazumevanje slabše, je ocenjevanje izraza obraza, kjer dobimo tudi podatek o kakovosti občutka. Za natančno ocenjevanje čustvenih odzivov na bolečino so pomembne vedenjske lestvice. Bolnikovemu dojamaju neprijetnega in ogrožajočega simptoma se lahko približamo z uporabo različnih večdimenzionalnih lestvic. Vedno pa so ocene zelo osebne.

**Vprašalniki** – Samoocena bolečine je možna tudi z vprašalniki. S splošnimi zajamemo veliko vidikov večdimenzionalnega občutka, kar omogoča usmerjeno diagnostično razmišljanje in izbiranje nadaljnjih postopkov, specifični pa so pomembni kot poceni in učinkovito diferencialnodiaagnostično orodje. Med splošnimi je daleč najbolj znan in uporabljan McGillov vprašalnik o bolečini (10). Z njim izberemo ljudi, ki imajo različne tipe bolečine. Ni namenjen ločevanju ali podrobnemu razvrščanju ljudi znotraj posameznih bolezenskih skupin, omogoča pa izbrati grobe skupine ljudi s podobnimi vzročnimi okvarami. Po dogovoru z avtorjem, prof. Melzackom, smo prevedli in priredili tudi kratko različico McGillovega vprašalnika o bolečini (MPQ-SF).

## Morfološki načini

Slikovni morfološki načini, statični in funkcionalni, so pogosto prvi ukrepi, za katere se odločimo pri določanju bolečine, biopsijo pa izberemo le, če je nujno potrebna za prepoznavo bolezenskega dogajanja.

**Statični slikovni načini** – S klasičnim rentgenskim slikanjem (RTG), z računalniško tomografijo (CT) in magnetnoresonančnim slikanjem (MRI) prikažemo strukture, ki so vpletene v nastanek, potovanje, obdelavo in preoblikovanje impulza, ki ga je izzval boleči dražljaj. Morfologijo organov ali tkiv lahko prikažemo zelo natančno, podatkov o njihovem delovanju pa s temi statičnimi načini ne dobimo.

**Funkcionalni slikovni načini** – Mednje štejemo tomografijo s pomočjo pozitronskega sevanja (pozitronske izsevne-emisijske tomografije – PET) in računalniško tomografijo s pomočjo enofotonske izsevne računalniške tomografije (SPECT) ter funkcionalno magnetnoresonančno slikanje (fMRI). Prikažejo tudi delovanje določenih struktur, večinoma temeljijo na spremljanju prekrvitve. Dobljeni podatki nam žal ne pomagajo pri razumevanju občutkov. Enako velja za »funkcionalne« patomorfološke preiskave, ki pokažejo določene aktivnosti.

**Biopsični načini** – Z njimi lahko pregledamo telesne (somatske) in avtonomne živce, v zadnjih letih pa se je močno uveljavila kožna biopsija, kjer natančno pregledajo kožno oživčenje. Žal pa iz dobljenih številčnih podatkov o delovanju teh živčnih vlaken ne izvemo nič, še manj pa nam pomagajo pri pojasnjevanju zaznavanja.

## Nevrofiziološke preiskave

Poznamo vrsto preiskav, s katerimi spremljamo dejavnost živcev in drugih živčnih struktur, vpletenih v prenašanje in obdelavo podatkov. Uporabljamo jih v najrazličnejše namene in so

**McGillov vprašalnik o bolečini – kratka različica (MPQ – SF<sup>1</sup>)**

Ime in priimek: \_\_\_\_\_ Spol: M – Ž  
 Starost: \_\_\_\_\_ Kaj boli: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Moja bolečina:	BREZ	BLAGA	ZMERNNA	HUDA
močno utripa	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
vseka (zgrabi)	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
zabada	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
je ostra	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
krči	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
gloda	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
je vroča; peče kot sončna opekline	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
je huda, ne poncha (lokalizirana)	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
je huda, a ni natančno locirana	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
je blaga	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
je neznozna (kot pri glavobolu – migreni)	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
utruja/izčrpa	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
me slabi	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
me preplaši	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
je zopma (kaznuje)/ je kruta	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____

Brez bolečin | \_\_\_\_\_ | Najhujše bolečine, ki si jih lahko predstavljamo

**PPI**

0	ni bolečine	_____
1	blaga bolečina	_____
2	bolečina, ki povzroča neugodje	_____
3	bolečina, ki vznemirja	_____
4	grozna bolečina	_____
5	neznozna bolečina	_____

<sup>1</sup> Short-Form McGill Pain Questionnaire by Ronald Melzack; prevedli in privedli znan. svet. dr. Duška Meb, dr. med., Dejan Georgiev, univ. dipl. psih., Olga Shersta, B.A., in Alan Duff, M.A., MCLL.

nastane doslej najboljši (nam znani) način določanja večdimensionalne občutljivosti (tudi ali predvsem bolečine). Za psihofizikalne metode nasploh velja, da je preiskavo dokaj enostavno opraviti, zahtevnejša je razlaga rezultatov. Uporabnost rezultatov je odvisna od uporabljenega protokola, dobljene ugotovitve pa nam pri prepoznavi boleznih ali vrednotenju uspehov zdravljenja pomagajo toliko, kolikor jih znamo povezati z osnovno fiziologijo in s predvidenimi bolezenskimi dogajanjem. Eden začetnikov v sedemdesetih letih in dolgoletni vsaj duhovni vodja »evropske« šole je bil Ulf Lindblom. V svetu znana imena so še Peter James Dyck, David Yarnitsky, Ralph Baron in drugi.

**Algometrija/dolorimetrija** – Leta 1950 so razvili instrument za merjenje bolečine (tolerance za boleče dražljaje), dolorimeter (algometer). Dolorimetrom je več vrst, odvisno od vrste dražljaja. Pri izmeri bolečinskega praga in ravni bolečine uporabljamo določen pritisk, toploto ali električno draženje. Merimo in izražamo ju v merski enoti, imenovani DOL. Žal pa podobno kot z lestvicami določamo le eno kakovost bolečine (le jakost). Bolečina, izzvana s takim instrumentom, npr. ni enaka, kot je bolečina pri glavobolu, zobobolu, srčnem napadu.

izredno koristen dodaten dejavnik pri zbiranju podatkov o vzrokih večinoma bolezenskih sprememb. Našteli bomo bolj znane in uporabljene v vsakdanji praksi.

**Elektrofiziološke** – Elektrodiagnostika pomaga pri razlaganju nevroloških dogajanj skoraj 150 let (začetek 1868 – Erb – »električne reakcije« mišic). Najbolj znane elektrofiziološke preiskave somatskega živčevja so elektromiografija – EMG, elektronevrografija – ENG, elektroencefalografija – EEG in izvabljeni odzivi – EP (ang. *evoked potentials*), avtonomnega pa simpatični kožni odzivi – SKO. Veliko povejo o elektrofizioloških značilnostih vpletenih živčnih struktur, dojemanje podatkov, ki jih prenašajo električni impulzi in vsebujejo poleg bioloških (fizioloških) še psihične, socialne, družbene, ekonomske ipd., pa z njimi ni mogoče.

**Psihofiziološke** (pozni izvabljeni odzivi, val p300) – Merjenje poznih izvabljenih odzivov je zapis pozitivnih in negativnih napetostnih odklonov, ki jih izzovejo kognitivni procesi (selektivna pozornost, zaznavanje in prepoznavanje dražljajev, shranjevanje podatkov in njihov priklic, procesiranje semantičnih in lingvističnih podatkov). Neposredno spremljamo prostorsko porazdelitev, časovne, funkcionalne in anatomske lastnosti kognitivnih dogodkov. Eden od njih je val p300, ki je odvisen od zastavljene naloge in po nepričakovanem ustreznem slušnem, vidnem ali somatskem dražljaju odraža kognitivne procese, vključene v njegovo opredelitev. Tudi ta preiskava nam žal ne da podatkov o dojemanju občutkov.

**Psihofizikalne** (termotest, vibrametrija, algometrija, ocenjevanje rahlega dotika ...) – Psihofizikalno preučevanje zaznavanja pomeni določanje odnosa med fizikalnimi lastnostmi dražljaja in senzoričnimi izkušnjami. Zahteva zavestno sodelovanje preiskovanca in zato sočasno ovrednoti njegove senzorično-diskriminativne (somatske) in afektivno-motivacijske (psihične) značilnosti. Če ga povežemo z ustreznim instrumentom,

**Termotest** – Ena od psihofizikalnih preiskav, s katerimi ocenjujemo občutke, je tudi termotest. Pri delu pogosto uporabljajo metodo Marstock (Fruhstorfer et al. 1976), ki so jo razvili švedski in nemški raziskovalci in se tudi imenuje po mestih (Marburgu in Stockholmu), v katerih so delali. Naša raziskovalna skupina je omenjeni način nadgradila (11). Preiskava namreč omogoča več kot le količinsko oceno pragov zaznave toplote, hladu in bolečine zaradi mraza in zaradi vročine, katerih absolutne vrednosti zaradi subjektivnosti podatkov tudi niso primerljive. Vrsta zanemarjenih značilnosti izzvanih odgovorov, kot so npr. kakovost, časovna in prostorska določenost itd., pomagajo pri vrednotenju.

Zaznavanje toplote, hladu in bolečine je spremenjeno pri mnogih nevroloških okvarah, pri vseh, ki okvarijo katerega od členov v senzorični poti. Najznačilnejše okvare perifernega živčevja, ki spremenijo delovanje tankih mieliniziranih (A-delta) in nemieliniziranih (C) živčnih vlaken, ki sestavljajo kar dve tretjini ali tri četrtine vlaken v perifernem živcu (12, 13), so periferne nevropatije in mnoge med njimi izolirano ali pa najprej in najočitneje motijo delovanje prav tankih vlaken. Pogosto ugotovimo subklinične motnje. Značilne so spremembe pri osrednjih bolečinah. Podobne spremembe izzovejo tudi psihične motnje, psiho-bio-socialni model pa razlaga tudi vpliv družbenih dejavnikov. Dragocena je možnost napovedovanja primernosti in učinkovitosti določenega načina zdravljenja ter njuno preverjanje itd.

**Pasti in zanke pri določanju in ocenjevanju bolečine**

Načini zbiranja podatkov o bolečini so vedno bolj izpopolnjeni. Dobimo lahko ogromno ugotovitev. Kaj bomo z njimi naredili, je odvisno od naših izkušenj, prepričan, znanj, poznavanj in

razumevanj dejavnikov, ki vplivajo na doživljanje, dojetanje in izražanje bolečine (14, 15). Poleg bioloških, kemičnih in fizikalnih dejavnikov so pomembni starost, spol, izobrazba, psihične in osebnostne značilnosti, mentalne sposobnosti (kognitivno stanje), kulturne, rasne in socialne značilnosti (16). Ocena bolečine je individualna, velja za posameznika in njegove izkušnje z njenim doživljanjem in obvladovanjem. Odvisna je od njegovih pričakovanj, povezanih z njenim razvojem in zdravljenjem ter z razumevanjem njenih vzroka, pomena in smisla. Nanjo vplivajo tudi strategije njenega obvladovanja (17, 18). Zanimariti ne smemo niti osebnostnega profila in **čustvenih dejavnikov, med njimi najpogosteje anksioznosti, strahu, depresije, žalosti in jeze** (19).

Na bolečino, na dojetanje neprijetnega dražljaja, vpliva še vrsta drugih dejavnikov (20). Razlike, ki jih izzovejo, niso enoznačne in ugotovitve raziskav, povezanih s temi spremenljivkami, se precej razlikujejo. Skupna ugotovitev mnogih medicinskih raziskav je, da na zaznavanje vplivajo predvsem anatomske in fiziološke značilnosti, vse druge naj bi bile manj pomembne in zelo pogosto zgolj slučajne. Mnogi psihologi vključujejo predvsem psihične značilnosti. Celosten pogled na bolečino zahteva širše razumevanje in upoštevanje vseh resnic, ki so jih dokazali raziskovalci različnih področij. Kot najustreznejši se je izkazal interdisciplinarni pristop. Ocenjevanje, določanje, merjenje in vrednotenje bolečine je zato zelo zahtevno, večina doslej uveljavljenih načinov pa ne upošteva vseh možnosti.

Izredno pomembna je izpolnitev vseh naštetih zahtev zaradi uveljavljanja bolečine kot petega življenjskega znaka. Bolečina kot bolezenska danost zaenkrat žal še ni splošno sprejeta in še vedno nima šifre v MKB (21). Zaradi pogostosti simptoma/sindroma/bolezenske danosti in njenega vpliva na vsa življenjska področja bo splošno sprejete bolečine kot temeljne človekove pravice kmalu nujna in ne več le želja zanesenjakov, ki se trudijo/trudimo obvladati neprijetno in ogrožajoče dogajanje.

## Zakovitosti razlage rezultatov ocenjevanja bolečine

Uspešno vrednotenje občutkov, tudi bolečine, dosežemo z upoštevanjem določenih pogojev. Preiskovanec mora biti zbran, pozoren in sproščen. Delamo v mirnem, tihem in primerno toplem okolju. Hrup, utrujenost in zaspanost, vznemirjenost, sočasni drugi dražljaji so nekateri od dejavnikov, ki motijo zaznavanje in onemogočajo natančno določitev občutljivosti. Pozorni moramo biti tudi na zdravila, ki jih preiskovanec uživa, saj lahko vplivajo na zaznavne procese in psihomotorične sposobnosti ter onemogočajo pravilno zaznavanje in ocenjevanje. Dobro sodelovanje dosežemo, če preiskovancu natančno opišemo postopek in odgovorimo na morebitna vprašanja. Zahteve, ki veljajo za preiskovanca, veljajo tudi za preiskovalca.

Ugotovljene spremembe občutljivosti so različne, odstopanja pa opredelimo z mednarodno sprejetimi izrazi (1). Povežemo jih z bolezenskimi znaki in izvidi opravljenih preiskav ter s svojim dovolj poglobljenim znanjem najdemo najverjetnejšo razlago za motnjo, ki je pri bolniku porušila funkcionalno primerno in pričakovano delovanje.

## Sklep

V medicini je bolečina vedno pomembnejše področje; ljudje, ki se srečujemo z njo kot osebno izkušnjo ali profesionalnim izzivom, pa imamo na srečo vedno več možnosti, da jo uspešno ocenimo, določimo in celo izmerimo. Sodobni klinični in

psihofizikalni pripomočki omogočajo uspešno tako klinično kot raziskovalno delo. Več ko imamo podatkov, uspešnejši smo lahko pri njenem obvladovanju, »božanskem« delu, kot sta ga imenovala nevrolog P.D. Wall in psiholog R. Melzack. Bolečina je občutek, ki ga prepoznamo šele v možganih; za njegovo prepoznavo potrebujemo tako električno dogajanje v bioloških strukturah kot tudi njegovo kognitivno obdelavo v suprakortikalnih strukturah. O bolečini govorimo samo pri zavestnih ljudeh; ko je človek z bolečino brez zavesti, še vedno ne vemo, kakšen je pomen bolečinskih impulzov in kaj povzročijo v strukturah, ki jih vzdražijo. Bolečino poznamo vedno bolj in zato se je tudi vedno manj bojimo.

## Literatura:

1. Merskey H, Lindblom U, Mumford JM et al. Pain terms. A current list with definitions and notes on usage. In: Merskey H, Bogduk N, eds. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. Seattle: IASP press; 2002. p. 207–13.
2. Meh D, Georgiev D. Osnove zaznavanja, dojetanja (spoznavanja) in prepoznavanja bolečine. Med Razgl. 2013; 52 (1): 105–18.
3. Large RG. Psychological aspects of pain. Ann Rheum Dis. 1996; 55(6): 340–5.
4. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. Science. 1965; 150: 971–9.
5. Melzack R. Gate control theory: on the evolution of pain concepts. Pain Forum. 1996; 5: p. 128–38
6. Melzack R. Pain: past, present and future. Can J Exp Psychol. 1993; 47: 615–29.
7. Melzack R. Pain and the Neuromatrix in the Brain. Journal of Dental Education. 2001; 65: 1378–82.
8. Meh D. Senzorični sistemi. Med Razgl. 1996; 35 (4): 491–500.
9. Lavrič A, Janko M. Klinična nevrološka preiskava. Ljubljana: Medicinski razgledi; 2007.
10. Melzack R, Katz J. Pain Measurement in Adult Patients. In: McMahon S, Koltzenburg M, Tracey I, et al., eds. Wall and Melzack's textbook of pain. Philadelphia : Elsevier Saunders; 2013. p. 301–14.
11. Meh D. The new protocol for determination of disturbed somatosensory sensation. In: Cesar-Komar M, Rodi Z, Pirč J, eds. Programme and Proceedings. 1st Congress of the Slovenian Association for Pain Therapy with international participation and Symposium on Clinical Neurophysiology of Pain with the 25th Dr. Janez Faganel Memorial Lecture. Bled, 9. in 10. oktober 2009. Ljubljana: Section for Clinical Neurophysiology of the Slovenian Medical Association; 2009. p. 116.
12. Ochoa J, Mair WGP. The normal sural nerve in man. I. Ultrastructure and numbers of fibres and cells. Acta Neuropathologica 1969; 13: 197–216.
13. Jacobs JM, Lowe S. Qualitative and quantitative morphology of human sural nerve at different ages. Brain 1985; 108: 897–924.
14. Hadjistavropoulos T, Craig KD, eds. Pain: Psychological perspectives. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 2004. p. 1–345.
15. Turk DC, Gatchel RJ, eds. Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook. New York: The Guilford press, 2002.
16. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, et al. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. Psychological Bulletin. 2007; 133 (4): 581–624.
17. Main CJ, Watson PJ. Psychological aspects of pain. Manual Therapy. 1999; 4 (4): 203–15.
18. McGrath PA. Psychological aspects of pain perception. Arch Oral Biol. 1994; 39: S55–S62.
19. Craig KD. Emotional aspects of pain. In: Wall PD, Melzack R. eds. Textbook of pain. Oxford: University Printing House; 1989. p. 220–30.
20. Wall PD, Melzack R, eds. Textbook of pain. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1994. p. 13–1469.
21. Moravec Berger D, ed. Mednarodna klasifikacija boleznin in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10: deseta revizija. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2005.

E-naslov: [meh.duska@scientist.com](mailto:meh.duska@scientist.com)

# Respiratorni sincicijski virus

Miroslav Petrovec

V zadnjih letih so veliko zanimanja strokovne javnosti vzbudili novi virusi influence in nekateri povsem na novo odkriti virusi, kot so npr. bokavirusi, človeški metapneumovirus in rinovirusi skupine C. Ob tem je bilo nekoliko manj pozornosti namenjene že dolgo znanemu virusu, ki poleg virusa influence A povzroča največjo obolevnost in smrtnost pri okužbah dihal.

Respiratorni sincicijski virus (RSV) je bil odkrit leta 1956 pri bolnih šimpanzih. Pomembno vlogo pri tem je odigral eden od najpomembnejših znanstvenikov v zgodovini novejšje medicinske virologije, pediater Robert Chanock. Chanock je poleg virusa RSV kmalu odkril in pojasnil tudi klinični pomen virusov parainfluence in pomen mikoplazem pri etiologiji atipičnih pljučnic.

Za RSV velja, da je to eden od najpomembnejših povzročiteljev virusnih okužb dihal za otroke v prvih dveh letih življenja. Do starosti dveh let so z virusom RSV prekuženi praktično vsi otroci, 50 odstotkov otrok pa do te starosti preneha že drugo okužbo s tem virusom. Pri okužbah spodnjih dihal je RSV najpomembnejši virusni povzročitelj, ki zahteva bolnišnično zdravljenje dojenčkov in majhnih otrok. Po različnih virih naj bi kar od 1 do 3 odstotke vseh otrok z okužbo RSV potrebovalo bolnišnično oskrbo. V preteklih desetletjih je bila zato velika večina pozornosti namenjena tej starostni skupini in preprečevanju hudih posledic (tudi smrtnih), ki jih povzročajo okužbe s tem virusom.

Gre za izredno nalezljiv virus, ki se prenaša s kužnimi kapljicami. Pri širjenju okužb ima zelo pomembno vlogo okolje in prenos s predmeti. Zaradi velike nalezljivosti je virus RSV pogost povzročitelj okužb v kolektivih, kot so vrtni, šole, domovi za starostnike, in seveda tudi bolnišničnih okužb na pediatričnih in drugih oddelkih. Bolnike, okužene z RSV, je priporočljivo osamiti ali izvajati kohortno izolacijo okuženih. Bolnišnične okužbe lahko preprečimo s strogim izvajanjem bolnišnične higiene, predvsem razkuževanjem rok, predmetov in okolja. Vsak zdravstveni delavec se mora zavedati, da pri zdravem odraslem človeku in večjem otroku okužba z RSV najpogosteje poteka kot zmerno hud prehlad, ki običajno človeku ne prepreči, da bi bil aktiven tudi na svojem delovnem mestu. Prehlad pri zdravem človeku pa se lahko hitro prevesi v smrtno nevarno okužbo dihal pri prezgodaj rojenem otroku ali starostniku s številnimi osnovnimi, kroničnimi boleznimi.

Pri otrocih povzroča RSV značilno klinično sliko bronhiolitisa ali virusne pljučnice, najpogosteje pri otrocih do prvega leta starosti. Posebej ogroženi so prezgodaj rojeni otroci in otroci s prirojimi boleznimi pljuč, srca in imunsko oslabljeni otroci.

V zadnjih nekaj letih so se začele v strokovni publicistiki pojavljati prve objave, da RSV pogosto in hudo prizadene tudi starostnike. V oktobra 2013 objavljeni študiji so raziskovalci iz Hongkonga v tri leta trajajoči raziskavi potrdili, da virus RSV zelo resno prizadene starostnike, bolezen je pogosto klinično neločljiva od okužbe z virusom gripe in se pri vsakem desetem bolniku, starejšem od 75 let, ki je zaradi okužbe z RSV zdravljen v bolnišnici, konča smrtno.

Podobno pogostnost okužb smo v lanski zimski sezoni opazili tudi pri slovenskih bolnikih, saj je bilo prvič mogoče dokazati precejšnjo razširjenost okužb z RSV pri bolnikih, starejših od

60 let, ki so bili poslani na testiranje za virus gripe. Vzrok za pogostejšo odkritje okužb z RSV je bil v uporabi novega kombiniranega molekularnega testa, ki v istem vzorcu sočasno dokaže nukleinske kisline virusov influence tipa A in B, hkrati pa tudi virus RSV. Posledično je bil virus RSV dokazan skoraj pri vsakem četrtem bolniku, ki je bil v laboratorij poslan zaradi suma na gripo. Iz tega lahko sklepamo, da je klinična slika gripe in okužbe z RSV lahko zelo podobna in pri bolniku na osnovi kliničnih podatkov ne moremo postaviti pravilne diagnoze.

V tem kontekstu se kot epidemiološko zanimivo postavlja vprašanje stikov med dvema generacijama, npr. majhnih otrok in njihovih starih staršev. V ameriški študiji, objavljeni v reviji *New England Journal of Medicine*, so pred leti že dokazali, da se število bolnišničnih sprejemov pri starejših zaradi invazivnih okužb, ki jih povzroča bakterija *Streptococcus pneumoniae*, značilno poveča takoj po praznikih, ko je stikov med vnuki in starimi starši največ.

## Diagnostika okužb z virusom RSV

Laboratorijska diagnostika okužb z RSV je smiselna pri odraslih bolnikih s sumom na virusno pljučnico ali gripi podobno boleznijo v zimskem, jesenskem ali spomladanskem času. Pri otrocih je diagnostika virusnih okužb dihal omejena na otroke, ki zbolijo s tako hudo klinično sliko, da je potrebno bolnišnično zdravljenje, ali kadar to zahteva druga, spremljajoča ali osnovna bolezen otroka.

Glede na izkušnje zadnjih let lahko sezono okužb z RSV opredelimo z začetkom novembra in trajanjem običajno do konca marca. Zanimiv trend velikega porasta okužb z RSV je v Sloveniji že več let mogoče zaslediti s hitrim, nenadnim padcem zunanje temperature pod 0° C, kadar ta naenkrat pade za več kot deset stopinj C. Velik porast hospitaliziranih (predvsem otrok) zaradi okužbe z RSV je mogoče zaznati že v dnevu ali dveh po tako intenzivni vremenski spremembi.

Diagnostiko okužb z RSV in drugimi virusi, ki povzročajo okužbe dihal, je smiselno izvajati tudi pri bolnikih, naročenih na elektivne, zahtevne kirurške posege, kadar ti kažejo znake virusne okužbe dihal oz. prehlada. Sprejem bolnika z okužbo RSV ali gripo na oddelek s kroničnimi bolniki s težkimi osnovnimi boleznimi predstavlja veliko tveganje za druge bolnike. Smrtnost za okužbo z RSV ali influenco A znaša pri takih bolnikih, še posebej če so starejši od 75 let, več kot 10 odstotkov.

## Odvzem kužnine

Odvzem kužnine in njen hiter transport v laboratorij je ključnega pomena za kakovostno mikrobiološko diagnostiko na splošno. Pri virusni diagnostiki pa je to še posebej pomembno. Z več raziskavami so ugotovili, da občutljivost testiranja na respiratorne viruse pada približno za 1 odstotek z vsako uro po odvzemu kužnine. Upoštevati moramo preprosto biološko dejstvo, da so virusi obvezni znotrajcelični paraziti, ki v zunanem okolju zgolj propadajo in se njihovo število lahko le zmanjšuje. To lahko delno upočasnimo z zaščito, ki jo nudi ustrezno transportno gojišče, ki vsebuje beljakovine, ki viruse stabilizirajo in preprečijo njihov razpad, in s hranjenjem kužnine pri 4° C med transportom do laboratorija.



Najprimernejša kužnina je aspirat nazofarinksa, ki pa je v Sloveniji za namen virusne diagnostike zaradi tehnične zapletenosti praktično ne izvajajo. Druga primerna kužnina je bris nazofarinksa, ki ga odvezamo s posebnim ščetkastim (angl. *flocked swab*) brisom. Pri tem moramo biti pazljivi na morebitne ovire v nosnih hodnikih, da pacienta pri odvzemu kužnine ne poškodujemo ali sprožimo krvavitve iz nosu. Bris mora biti obvezno vstavljen v transportno gojišče. Preiskavo na RSV in druge respiratorne viruse je pri težkih kliničnih slikah mogoče opraviti tudi iz aspirata sapnika in bronhoalveolarnega izpirka.

Poudariti je treba, da za diagnostiko virusnih okužb dihal (z izjemo adenovirusov) odsvetujemo odvzem kužnine s področja ustnega dela žrela ali nebnic. V več študijah so dokazali, da je občutljivost virusnih preiskav iz kužnine, odvzete iz ustnega dela žrela, zmanjšana od 10 odstotkov (RSV) in za nekatere virusne povzročitelje (npr. influenza A) celo za več kot 50 odstotkov! Vzrok je v virusnem tropizmu za respiratorni epitelij, ki ga v ustnem delu ni, zato se virusi tam ne razmnožujejo. Odvzem kužnine s področja ustnega dela žrela je sprejemljiv le v primeru, ko skušamo z dvema brisoma (kombiniran bris nazofarinksa in ustnega dela žrela) povečati občutljivost zaradi skupne večje količine kužnine. Oba brisa vstavimo v eno transportno gojišče in zabeležimo podatke o bolniku, čas in vrsto odvzema. Predpakirane dvojne brise, ki vsebujejo manjši bris za nazofarinks in večji bris za ustni del žrela ter eno transportno gojišče, mora nuditi laboratorij.

Suhi brisi brez transportnega gojišča so manj primerni, in še to le v primeru, ko lahko zagotovimo zares hiter transport v laboratorij. Uporabnikom močno odsvetujemo transport brisov, namenjenih za testiranje respiratornih virusov, v fiziološki raztopini, saj je možnost kontaminacije pri ravnanju z raztopino prevelika. Vir kontaminacije je lahko osebje z minimalnimi simptomi prehlada ali okužb dihal (ali celo brez njih). Glede na to, da se testiranje izvaja z izredno občutljivimi molekularnimi metodami, je tveganje za kontaminacijo pri tem preveliko.

## Laboratorijske metode za diagnostiko

Diagnostiko okužb z RSV je mogoče izvajati z dokazovanjem virusnih antigenov z metodo neposredne imunofluorescence ali z molekularnimi metodami dokazovati genom RSV. Najbolj

občutljive so molekularne metode, ki zagotavljajo hiter in zanesljiv rezultat. Diagnostika mora biti hitra in v času vsakoletne sezone dosegljiva vse dni v tednu. Optimalno je, da je rezultat na voljo čim prej po odvzemu, saj lahko le tako zagotovimo ustrezno ukrepanje v primeru potrditve okužbe.

Glede na lastne izkušnje pri vrednotenju hitrih antigenskih testov za RSV, ki so namenjeni uporabi ob bolniku, le-teh ne moremo priporočati, saj je njihova občutljivost precej nižja od zgoraj navedenih metod. V primerjavi, izvedeni v okviru diplomske naloge na Inštitutu za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, smo leta 2010 ugotovili, da je občutljivost hitrega testa 40-odstotna, neposredne imunofluorescence 82-odstotna in metode PCR 96-odstotna (pri čemer smo vse teste izvajali iz iste kužnine).

Pri oceni primernosti uporabe hitrega testa za izvajanje ob bolniku mora biti vedno vključen klinični mikrobiolog, ki je zadolžen za to, da rezultate preverja tudi po uvedbi takega testa v rutinsko uporabo. V Sloveniji smo se v preteklosti že srečevali s hudimi pritiski komercialnih ponudnikov in s povsem nekritično uporabo hitrih testov, ki v praksi pred uvedbo nikoli niso bili primerno ovrednoteni. Uporabniki pogosto pozabljajo, da s testiranjem ob bolniku nase prevzamejo tudi odgovornost za pravilno izvedbo in vrednotenje testa.

Optimalen pristop k etiološki pojasnitvi epidemije na bolniškem oddelku ali domu starostnikov naj, kadarkoli je to mogoče, vključuje predhodno posvetovanje s kliničnim mikrobiologom. Naloga mikrobiološkega laboratorija pa je, da svoje uporabnike tekoče obvešča o epidemiološki situaciji in tako pomaga pri empiričnih odločitvah pri obravnavi bolnikov oz. pri odločanju med usmerjenim in razširjenim testiranjem na virusne povzročitelje okužb dihal. Tako se lahko zdravnik za prve primere v določenem izbruhu odloči oz. izbere testiranje na širši nabor virusnih povzročiteljev in po ugotovitvi verjetne etiologije še v istem dnevu izvede usmerjeno testiranje za morebitno večje število poslanih vzorcev iz enega izbruha. Prihranek, ki ga lahko dosežemo s takim usmerjenim pristopom k laboratorijskemu testiranju, se lahko meri v nekaj sto ali celo nekaj tisoč evrov – zgolj zaradi manjših stroškov laboratorijskih preiskav. Testiranje je v času epidemije sicer na voljo vsak dan, a ga je mogoče še bolj prilagoditi potrebam uporabnika, če komunikacija z laboratorijem poteka dobro.

## Vloga bioloških zdravil pri zdravljenju kroničnih imunsko pogojenih vnetnih bolezni: Novosti na področju zdravljenja revmatoloških, dermatoloških in gastroenteroloških bolezni

<b>Kdaj:</b>	7. februar 2014
<b>Začetek:</b>	Prihod in registracija ob 8.00, pričetek ob 8.45
<b>Kje:</b>	Ljubljana, Hotel Mons
<b>Komu:</b>	Zdravniki družinske medicine
<b>Organizator:</b>	Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., izr. prof. dr. Marija Petek Šter, dr. med.
<b>Kontakti:</b>	Na srečanje se lahko prijavite pri gospe Nini Štojs, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, T: 01 438 69 14, E: <a href="mailto:nina.stojs@gmail.com">nina.stojs@gmail.com</a>
<b>Kandidati:</b>	80 (omejeno)
<b>Kotizacija:</b>	<b>Brez kotizacije</b>

# Aktualni dogodki iz koloproktologije 2013

*Pavle Košorok*

Koloproktologija kot samostojna specialnost se že mnogo let zelo aktivno predstavlja zainteresiranim medicinskim strokovnjakom. Temu poskušamo slediti tudi v Sloveniji.

Najprimernejše mesto za strokovno sodelovanje v Sloveniji je prav gotovo Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo (SZGH), saj je nastalo iz sodelovanja med gastroenterologi in abdominalnimi kirurgi (prof. Satler, prof. Matko, prof. Žakelj, prof. Kovič). Ti so se izmenjevali tudi kot prvi predsedniki združenja.

Od 5. do 8. junija 2013 je **SZGH organiziral 3. kongres združenja** z mednarodno udeležbo, na katerem je sodelovalo tudi veliko kirurgov, ki se ukvarjajo s koloproktologijo. Manjši sklop predavanj je bil posebej posvečen koloproktološki patologiji. Nekaj vabljenih gostov je predstavilo svoje bogate izkušnje. Dr. Eva Csatar iz Budimpešte je zaželena gostja na vseh mednarodnih kongresih. Navdušila nas je s predavanjem o analni in perianalni kožni patologiji, ki vključuje tudi široko paleto spolno prenosljivih bolezni. Prof. Giulio Santoro iz Trevisa (Italija) velja za vodilnega strokovnjaka za področje endoanalnega in perinealnega ultrazvoka. Njegovo predavanje je bilo izziv za tiste, ki se s tem začnemo ukvarjati, obenem pa prikaz širokih možnosti, ki jih te preiskave dajejo v roke kirurgu, ki zdravi bolnika. Do sedaj je bilo običajno, da so predvsem rentgenske, pa tudi ultrazvočne preiskave opravljali strokovnjaki, ki bolnika sicer ne zdravijo. Pelvična bolečina je problem, ki bolnikom pogosto povzroča hudo trpljenje. Velikokrat ostaja neprepoznana ali podcenjena. O tem problemu je argumentirano spregovorila prof. Olfat El Siabi iz Kaira in predstavila tudi kirurške možnosti za zdravljenje ukleščene pudendalnega živca. Lastno metodo za zdravljenje so razvili prav v njihovi ustanovi in je bila praktično prikazana naslednji dan v proktološki delavnici v Medicinskem centru Iatros.

Koloproktološko sekcijo so dopolnili predavanja kolegov iz Maribora, ki so predstavili vprašanje protektivne stome pri operacijah nizkega raka danke in prilagojene standarde onkološke obravnave bolnikov v visoki starosti, ki imajo metastatsko obolenje raka debelega črevesa in danke. Dr. Štor iz KOGE v Kliničnem centru je poročal o aktualnih izkušnjah s transanalno ekscizijo rektalnega karcinoma.

Hrvaški kolegi prizadevno gojijo tradicijo **srečanj Združenja za digestivno kirurgijo**, ki jo je že skoraj pred 40 leti začel pokojni prof. Šustić. Ker so ta srečanja tradicionalno v Opatiji, je to izziv, da se jih udeležujemo tudi Slovenci. Če le utegnem, se srečanja, tako kot letos (od 12. do 15. junija 2013), tudi udeležim.

Teme kongresa pokrivajo celotno področje digestivne kirurgije. Vedno pa je sklop predavanj tudi iz koloproktologije. Letos smo predstavili izkušnje naše delovne skupine, ki se ukvarja z odkrivanjem distribucije genotipov humanega virusa papiloma,



ki v slovenski populaciji povzročajo analni karcinom in analne bradavice. Zdi se mi škoda, da se tega srečanja ne udeležuje več kolegov iz Slovenije, saj je izmenjava izkušenj in navezovanje stikov s hrvaškimi kolegi lahko dobrodošla spodbuda za strokovno delo in sodelovanje.

Glavni evropski dogodek na področju koloproktologije je **kongres Evropskega združenja za koloproktologijo (ESCP)**. Kongres v Beogradu je bil od 25. do 27. septembra 2013 v znamenitem kongresnem centru Sava, ki se ga vsi spominjamo iz časov nekdanje skupne države. Kongres vsako leto teče po enakem vzorcu, ne glede na to, v kateri državi je, saj organizacija izpelje kongresni odbor ESCP. Vedno so sklopi predavanj, ki pokrivajo posamezna področja koloproktologije – od standardnih proktoloških tem, ki zajemajo zdravljenje hemoroidov, fisur, fistul, zaprtja in inkontinence, pelvične bolečine, patologije medeničnega dna. Sledijo sklopi predavanj o zdravljenju KVČB in kolorektalnega karcinoma, kjer se z razvojem tehnike ponujajo nove možnosti tudi v laparoskopski in robotski kirurgiji. Veliko je govora tudi o transanalni kirurgiji, ki postaja na nek način podobna laparoskopski in je nov izziv predvsem za mlajše generacije kirurgov. Seveda je razvoj te vrste kirurgije vezan na finančne možnosti ustanove, ki se ukvarja s take vrste patologijo. Poseben simpozij je bil posvečen novostim v zdravljenju Crohnove bolezni. Veliki sponzorji pripravijo tudi svoje delavnice, kjer, moram reči, ne propagirajo samo svojih izdelkov, ampak skušajo predstaviti, kakšen je njihov prispevek k razvoju določenega segmenta medicine oz. kirurgije. Tukaj sta bili posebej opaženi delavnici podjetij Storz in Ethicon, ki izdelujeta nove pripomočke in s tem omogočata predvsem nove tehnološke možnosti.

Zame je vedno poseben izziv »consultants' corner«, ki je zastavljen tako, da tudi najbolj izkušeni strokovnjaki, ki sedijo za okroglo mizo, ponudijo različne rešitve. Diagnostične in terapevtske uganke in različne rešitve ostajajo v spominu kot izkušnja, da so tudi za najbolj zapletene primere možne različne rešitve.

Mladi kirurgi in kirurginje po navadi doživijo priznanje ob podelitvi nagrad za najboljše predstavitve na posterjih. V zadnjem času pa je velika spodbuda tudi razglasitev rezultatov ESCP-izpitov, ki veljajo kot specialistično priznanje na ravni Evropske unije. Ti izpiti pridobivajo vedno večjo veljavo in nedvomno bodo postali obvezna strokovna stopnja za vse, ki se ukvarjajo s koloproktologijo. Običajno je termin opravljanja izpitov tik pred začetkom kongresa. Ob koncu pa se uspešni

kandidati veselijo svoje strokovne potrditve. Kongresno delo je potekalo zelo intenzivno. Za druženje je ostal čas v odmorih. Beograda pravzaprav nismo videli, razen na vožnji do restavracije na Kalemegdanu, kjer je bila zaključna slovesna večerja. Tudi na tem kongresu, čeprav je bil dokaj blizu, je bilo slovenskih udeležencev samo za vzorec – dva kolega iz Maribora in eden s Ptuja. Odsoten je bil celo uradni slovenski delegat v evropskem združenju. Ker na delovnih sestankih združenja ni bilo slovenskega predstavnika, Slovenija niti ni bila več navedena kot članica združenja. Vse to govori, da doma zaenkrat še ni pravega zavedanja, da je koloproktologija samostojna veja kirurgije, ki ji moramo v prihodnje posvetiti veliko več pozornosti.

Novembrski sestanek **ECTA** je bil od 6. do 9. 11. 2013 v Singapurju. ECTA (Eurasian Colorectal Technologies Association) je združenje, ki je nastalo kot nadaljevanje Mediteranskega združenja. Zaradi velikega zanimanja kirurgov iz Kitajske, Indije in jugovzhodne Azije je postalo zelo živo in aktivno. Predsednik kongresa prof. Francis Seow-Choen je svetovno znan koloproktolog, šolan v Angliji. Takšna izobrazba in kolegialne povezave se ohranjajo vse življenje in omogočajo tudi dobro strokovno sodelovanje. Seveda se vpliv Anglije pozna tudi v Singapurju, ki po svoji urejenosti in visokem standardu daje vtis idealne angleške družbe v tropih. Močan pečat mu dajejo predvsem Kitajci, pa tudi Indijci in milijon delavcev od vsepovsod, ki skrbijo za številne novogradnje, včasih prave arhitekturne mojstrovine. Tudi ta kongres je imel glede na angleški vpliv podoben dnevni red kot kongres v Beogradu. Pred in po konferenci so bile organizirane delavnice (laparoskopiska kolorektalna kirurgija, delavnica za ultrazvok medeničnega dna in transanalna endoskopska kirurgija). V glavnem programu so bile obdelane proktološke teme. Poseben poudarek je bil nato namenjen minimalni invazivni kirurgiji, kamor je bila vključena tudi robotska kirurgija. Precej predstavitev je bilo tudi z videoposnetki. Zanimivost je bil tudi poseben sklop predavanj, namenjen kolonoskopiji. Vzporedno z glavnim programom so tekla tudi predavanja v kitajskem jeziku in simpozij za medicinske sestre (enterostomalna terapija, inkontinenca in nega rane).

Moje vabljen predavanje je bilo namenjeno mukozektomiji zaradi notranjega prolapsa rektuma, kjer si postopoma nabiramo vedno večje izkušnje. Rezultati so zanimivi tudi za udeležence na tako pomembnih srečanjih.

Posebej sem bil vesel povabila prof. Seow-Choena na ogled bolnišnice, v kateri dela in je resnično ustanova, ki bi jo z

veseljem videl tudi v Sloveniji. Opremljena je z vsemi najmodernejšimi tehničnimi dosežki, vključno z robotsko kirurgijo. Posebnost so izredno udobne možnosti namestitve bolnikov, ki prihajajo iz vsega sveta. Med njimi so tudi vladarji bogatih naftnih dežel, v zadnjem času tudi bolniki iz Rusije. Singapur slovi kot vrhunska medicinska lokacija v tem delu sveta in 60 odstotkov njihovih bolnikov so tujci, ki si lahko privoščijo vrhunsko in tudi drago zdravljenje. Kljub temu ima bolnišnica tudi dobrodelno ambulanto, kjer zdravijo tudi bolnike, ki nimajo svojih lastnih sredstev. Seveda je privilegij, da lahko delo organiziraš na tak način, da se del denarja od zaslužka lahko nameni tudi za karitativno medicino.

Možnost uvida v vrhunsko koloproktologijo v Singapurju je vsekakor dobra izkušnja, ki bo lahko kdaj kasneje vplivala tudi na delo in razvoj doma. Pogled v prihodnost je vedno pozitiven izziv. Naslednji kongres evrazijskega združenja bo v Evropi – v Moskvi, kamor so prijazno vabile hostese novega organizatorja.

Seveda je še veliko kongresov, kjer so predstavljene tudi koloproktološke teme. Dve standardni lokaciji, ki sta relativno blizu, sta nemško združenje za koloproktologijo z vsakoletnim kongresom v Münchnu in švicarski kongres, ki je v decembru v St. Gallenu. Prav gotovo je udeležba na teh kongresih lahko koristna izkušnja. Zase lahko rečem, da skušam izbirati pomembna srečanja, kjer dobim vpogled v smeri razvoja koloproktologije, ohranjam stike in prijateljstva, ki so nastala tekom let, istočasno pa tudi predstavljam Slovenijo in se trudim, da bi bila prepoznavna tudi na tem področju. Upam in želim, da bi imel somišljenike tudi doma.

Prav zato se še vedno rad udeležujem sestankov **SZGH**, ki so po mojem mnenju najboljši forum za srečevanja kirurgov in gastroenterologov. Lansko zadnje **srečanje je bilo od 29. novembra do 1. decembra 2013 v Lendavi**. Kirurška tema, v okviru katere je več kolegov predstavilo svoje izkušnje, je bilo prav vprašanje spuščene medeničnega dna. Predstavil sem svoje prilagojeno predavanje iz Singapurja.

V letu, ki je pred nami, bo srečanj prav gotovo veliko. Ob pestri ponudbi je potreben premišljen izbor. Želim si, da bi na takih srečanjih videval več slovenskih kolegov, ki se poglobljeno ukvarjajo s koloproktološkimi obolenji, in bi tako izkušnje prenesli po čim več slovenskih bolnišnicah.

Nasvidenje na kongresu v Moskvi!

E-naslov: [pavle.kosorok@guest.arnes.si](mailto:pavle.kosorok@guest.arnes.si)

Šolska, adolescentna medicina – celostni pristop in vloga javnega zdravja

## VI. kongres šolske, študentske in adolescentne medicine Slovenije

IX. Cvahtetovi dnevi javnega zdravja

*Miroslava Cajnkar Kac*

Zadnji septembrski vikend leta 2013 je Mladinsko zdravilišče in letovišče Debeli rtič gostoljubno sprejelo 111 udeležencev

šestega kongresa šolske medicine. Prišli so zdravniki in drugi strokovnjaki iz Slovenije in tujine, največ iz Hrvaške. V želji,



Prof. Greydanus.

da k obravnavi šolarja in mladostnika pristopimo celostno, smo kongres združili s Cvahtetovimi dnevi in Srečanjem sosednjih dežel. Že naslov kongresa izraža jasno težnjo in zavedanje pomembnosti skrbi za zdravje šolarjev in študentov. Tako so se teme vseh treh dni združevale in dopolnjevale.

Prvi dan smo v sodelovanju s Katedro za javno zdravje Medicinske fakultete v Ljubljani kongresu pridružili IX. Cvahtetove dneve javnega zdravja. Ni naključje, da se dnevi javnega zdravja imenujejo po našem največjem preventivno usmerjenem profesorju, doktorju Sašu Cvahtetu (1920–1998). Tako naravnost je kazal že med študijem, ko so ustanovili »Klub študentov – preventivcev«, kjer je prevzel vodilno vlogo. Specializacijo iz higiene je opravil v Zagrebu na Školi narodnog zdravlja Andrija Štampar in svoje bogato znanje vsa leta plemenitil in nadgrajeval. Kot štipendist SZO se je izpopolnjeval v Franciji, Belgiji, Nemčiji in Veliki Britaniji. Deloval je na področju socialne medicine, higiene in medicine dela. Opravljal je vidne in pomembne funkcije in naloge na področju cele Jugoslavije. Kar dvajset let je bil direktor Republiškega zavoda za zdravstveno varstvo, dolga leta pa tudi univerzitetni učitelj in predstojnik Katedre za socialno medicino, higieno in medicino dela na MF v Ljubljani. Mnogi se ga še vedno spominjamo kot predanega zagovornika stališča, da morajo biti širše socialnomedicinske ideje in metode vpletene že v celoten program študija medicine in stomatologije.

Avtorji prispevkov letošnjega srečanja so prikazali zanimivo in pisano paleto vsebin. Predstavljeni so bili standardi in kompetence za delo v šolski medicini v Evropi, ki jih skupaj pripravljata Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) in **European Union for School and University Health and Medicine (EUSUHM)**. Prof. Greydanus iz Western Michigan University School of Medicine je imel izčrpno predavanje o športnem udejstvovanju otrok in šolarjev s kroničnimi obolenji in drugimi posebnimi potrebami. Dobili smo vpogled v uspehe šolske

medicine na Hrvaškem in pri nas v bližnji preteklosti ter v iskanje možnosti, kako povezati in uporabiti dosedanje izkušnje pri organizaciji čim bolj kakovostne, lahko dostopne in strokovne skrbi pri varovanju zdravja šolarjev in mladostnikov, z željo, da bi se breme krize sedanjega časa čim manj odražalo na njihovem zdravju.

Posamezni avtorji so prikazali še pomen poklicnega svetovanja v šolski medicini, pravočasno oblikovanje poklicnih želja mladih, ki lahko preprečijo poznejšo nezaposlenost, kako vrsta študija vpliva na zdravstveno stanje in življenjske navade študentov, predavali so o utrujenosti za volanom, izvajanju zdravstvene vzgoje ... Posebej zanimiva je bila predstavitev Šole zdravega odrasčanja, ki jo od leta 2007 izvajajo v Mladinskem zdravilišču Rakitna. Med prvimi v svetu so po priporočilih SZO vpeljali program za preprečevanje in zdravljenje duševnih motenj v razvojnem obdobju, pri otrocih s povečanim tveganjem za razvoj čustvenih motenj in motenj hranjenja.

Drugi dan je bil namenjen temam na področju motenj mentalnega zdravja. V uvodnem predavanju nam je prof. Greydanus približal problem razširjenosti, diagnostike in zdravljenja teh bolezni (ki ustrezajo kriterijem klasifikacij DSM-5 ali ICD-10) v ZDA. Nekaj avtorjev je v prispevkih prikazalo problem ADHD, med njimi prof. Barry Schneider iz Univerze Ottawa v Kanadi. Slišali pa smo še prispevke o različnih oblikah zasvojenosti med mladimi.

Tretji dan smo govorili o reproduktivnem zdravju. Teme smo organizirali skupaj s hrvaškimi šolskimi zdravniki. Taka druženja smo začeli pred leti kot Srečanje treh dežel (Slovenija, Italija, Hrvaška), v Portorožu maja 1995. Žal so se z leti italijanski kolegi povsem »izgubili«, saj so tudi na področju zdravstvene oskrbe šolarjev pri njih nastale spremembe, ki niso nič vzpodbudne.

Predstavljenih je bilo nekaj raziskav s področja spolnega vedenja dijakov in študentov, poznavanja spolno prenosljivih bolezni pri gimnazijcih in dijakih zdravstvenih šol; izvedeli smo, zaradi katerih reproduktivnih zdravstvenih razlogov najpogosteje



Veronika, ujemi sonce.

obiščejo ginekologa študentke, ki študirajo v Ljubljani. Nekaj prispevkov je predstavilo aktivnosti v podajanju zdravstveno-vzgojnih vsebin in spolni vzgoji za osnovnošolce, dijake in študente.

Vse prispevke lahko najdete na spletnih straneh naše sekcije, ki se je v zadnjem letu preimenovala v Sekcijo za šolsko, študentško in adolescentno medicino pri SZD: <http://sssam.org/>

Seveda je vse strokovno dogajanje spremljalo prijetno druženje. Ob odprtju so nas razveselili učenci dvojezične osnovne šole z lepim zborovskim petjem, folklornimi plesi in melodijami mladih pozavnistov.

Ta dan smo podelili tudi nagrado dr. Slave Lunaček. Ni naključje, da nagrada nosi ime zdravnice, ki je svoje življenjsko delo v medicini posvetila šolarjem.

Dr. Slava Lunaček se je rodila na zadnji dan leta 1898 očetu uradniku Ivanu Kristanu in materi Ivanki, rojeni Lampe, na Črnem Vrhu nad Idrijo. Ljudsko šolo in gimnazijo je obiskovala v Novem mestu, maturirala pa je v Ljubljani. Medicino je študirala v Zagrebu in diplomirala leta 1926. Svoje znanje je nadgrajevala na Švedskem, v Veliki Britaniji, Švici in Avstriji. Prvo večje delo pod njenim nadzorom je bila posodobitev šolske poliklinike v Ljubljani. Naslednja leta so bila vsa prizadevanja namenjena skrbi za šolarje. Organizirala je mlečne kuhinje in počitniške kolonije (Dovje, Rakitna, Lukovica, Medvode). Od leta 1945 je vodila Unicefovo komisijo za preventivo in pomoč. Izvedla je longitudinalno študijo razvoja šolskega otroka. Uvedla je tečaje za specializacijo zdravnikov iz šolske medicine in tako postavila temelje tej stroki. Delovala je

na področju higiene šolskih poslopij in tesno sodelovala z arhitekti. Do sedaj so priznanja za predano delo v šolski medicini prejeli naslednji zdravniki: Fina Dovečar, Božena Skalicky Kuhelj, Urška Arko, Jožica Mugoša, Jože Šumak in letos Maruška Levstek Plut.

Med odmori, na kosilih in večerjah smo se krepčili z izvrstnimi dobrotami marljivih zdraviliških kuharic in blagodejno kapljico iz koprskih vinogradov. Kdor je želel in če je le utegnil, se je lahko spotil v savni in zaplaval v velikem bazenu hotela Arija, najbolj pogumni so skočili celo v morje. Tisti, ki niso hoteli biti mokri, so se lahko sprehajali ob obali ali v zavetju veličastnega zdraviliškega parka, kjer raste več sto različnih botaničnih vrst. Drevje (ciprese, tise, cedre, borovci, hrasti, pinije, tamariske, bresti, hrasti, topoli, lipe, javorji in platane), grmičevje (lovor, medvejke, forsitije, japonske kutine, rožmarin, jasmín, liguster, oleandri ...), sadno rastlinje (kaki, figovec, aktinidija, mandljev, pomarančev, mandarina, nešplja ...) in cvetje (mimoze, kaktusi, agave, neštevne vrtnice ...) te povsem prepričajo, da je Debeli rtič res biser našega primorja. Če si zaželiš tekanja, se med vinogradi na hribu nad zdraviliščem prepletajo kilometri poti. Mir koprškega in tržaškega zaliva se razlije v tvoje misli in ti razveseli srce. Če je obzorje res čisto, seže pogled čez Gradež vse do Benetk in na sever do Triglava.

Sedaj je zima ... vtisi s kongresa pa ostajajo sveži in topli ... naloge in načrti neomajni ... časi so taki ... za pogumne!

E-naslov: [Miroslava.kac@gmail.com](mailto:Miroslava.kac@gmail.com)

Celiakija skozi čas ter danes med otroki in odraslimi

## Celiakija prepovedko v diagnostični zavesti zdravnikov

20.000 bolnikov v Sloveniji

Zvonka Zupanič Slavec, Marjeta Sedmak, Jasna Volfand, Marina Mršnik, Maša Glišovič



Prečrtan žitni klas - znak, ki označuje izdelke brez glutena.

V novembru 2013 so se v organizaciji Inštituta za zgodovino medicine ljubljanske medicinske fakultete in Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije zbrali njeni člani in drugi obiskovalci na srečanju Celiakija skozi čas. Bolezen so osvetlili celostno, historično in s sodobnim pogledom nanjo, tako pri otrocih kot pri odraslih, člani slovenskih društev za celiakijo pa so z lastnimi izkušnjami in zelo tehtnimi vprašanji dali vedeti, koliko slovenskih bolnikov potrebuje tovrstna strokovna druženja. Izjemno dobro obiskano srečanje je pokazalo, kako pomembno je v javnosti širiti znanje o celiakiji, saj se tudi zdravniki v primarnem zdravstvu prepovedko spomnijo, da bolniki z zelo raznoliko in nepojasnjeno simptomatiko morda boleajo za celiakijo. V celotnem prebivalstvu je okoli 1 odstotek bolnikov in ti morajo biti pogosteje tudi v zdravnikovi zavesti, da

ne čakajo predolgo na diagnozo. Danes imamo možnost testiranja na celiakijo, kar je zanesljiva pot do vzročnega zdravljenja z brezglutensko dieto. Dieta ni nezahtevna, še posebej, ker traja vse življenje, a edina bolnike reši izjemno širokega spektra bolezenskih težav telesa in duha.

V uvodnem predavanju je alergologinja in pulmologinja prof. dr. Jana Furlan Hrabar, predsednica Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije, poudarila, da so tokratne predavateljice iz štirih generacij medicine: dve študentki, ki sta prikazali predvsem zgodovino celiakije, dve zdravnici iz mlajšega in zrejšega aktivnega obdobja, specialistki gastroenterologije, ki sta se posvetili klinični obravnavi celiakije pri otrocih in odraslih, ter omenjena prva predavateljica, ki je upokojena zdravnica. Slednja je pred 35 leti prva na Slovenskem pri odraslih bolnikih preučevala prehransko



Predavanje o celiakiji so v Modrem salonu UKCL novembra 2013 predstavili (z leve): Jasna Volfand, prim. Marjeta Sedmak, Marina Mršnik, prof. dr. Jana Furlan, Maša Glišovič in prof. Zvonka Zupanič Slavec (foto Duša Fischinger).

preobčutljivost, tako alergijo kot intoleranco za zaužita živila, sprva v bolnišnici Golnik, nato v Diagnostičnem centru Bled, kjer se je posvetila tudi odkrivanju celiakije. Razmišljala je, da so si omenjeno temo izbrale le predavateljice ženskega spola, kar simbolično kaže na dejstvo, da so v neolitiku, ko je človek odkril pšenico in se je začelo razvijati poljedelstvo, predvsem ženske mlele moko oz. žrmljale pšenico na kolenih med kamnoma in pekle kruh. Verjetno so bile tudi prve, ki so zdravile družinske člane, obbolele za celiakijo.

### Zgodovina celiakije

**Maša Glišovič**, absolventka ljubljanske medicinske fakultete, in leto dni mlajša kolegica **Marina Mršnik** sta zgoščeno predstavili historično pot nastanka celiakije in njenega prepoznavanja. Povedali sta, da je človek živel skozi niz ledenih dob kot nomad. Preživel je se je z lovom, ribarjenjem in nabiralništvom. Stalno se je naselil po koncu zadnje ledene dobe, ko so vremenske razmere postale ugodnejše. Postal je živinorejec in poljedelec. Vzporedno z evolucijo človeka je potekala tudi evolucija žit. Predniki današnjih žit so bila divja samorasla žita. Ta so imela manjši klas, z malo zrnici, ki niso dozorevala na rastlini in so se hitro osula. Z mutacijami in mešanjem različnih vrst žit so nastala žita, kot jih poznamo danes. Ljudje so iz njih najprej pripravljali kaše in močnik. V starem Rimu pa so žita še dodatno selekcionirali, da bi našli tista z več glutena in pripravili kruh. Vse prednosti, ki jih je prinesla poljedelska revolucija, selekcioniranje žit in boljša hrana, pa je človeški organizem pričakal nepripravljen. Človeška prebavila so se razvijala več kot 2 milijona let v sofisticiran organ, ki je toleriral različne antigene. Ti antigeni se v obdobju lovsko-nabiralniškega načina življenja niso veliko spreminjali. S poljedelsko revolucijo pa se je v kratkem času pojavil nov nabor antigenov, med njimi proteini iz kravjega mleka, jajc in žit. Večina posameznikov se je na spremembo prilagodila. Med tistimi, pri katerih ni prišlo do prilagoditve, je nastala intoleranca na hrano. Celiakija je bila rojena.

Bolezen so opisali že v stari Grčiji. Aretej iz Kapadokije je bolezen opisal med 1. in 3. stoletjem našega štetja in bolnike poimenoval koliakos, kar bi lahko prevedli kot trpljenje v črevesju. Leta 1888 je bolezen ponovno opisal angleški pediater Samuel Gee in bolnike poimenoval po grški besedi koliakos, celiacs. Vzrok bolezni ni bil znan, Gee pa je že priporočal dieto z manj moke. Zaradi podrobnega opisa simptomov in znakov bolezni je le-ta postajala bolj prepoznana in število bolnikov je raslo. V dvajsetih letih 20. stoletja je Sidney Haas opisal nov način prehrane – banana dieto. Dieto, brez žit (razen soje) in sladkornja, z veliko banan, pinjenca in presnih jeter, je uporabil pri zdravljenju 10 otrok s celiakijo. Osem jih je klinično ozdravelo, dva sta umrla. Z uspehom banana diete so ogljikovi hidrati izpadli z liste glavnih krivcev za bolezen.

Leto 1950 je bilo prelomno v poznavanju etiopatogeneze bolezni. Tega leta je Willem Dicke opozoril na nižjo obolevnost za celiakijo v vojnih letih, ko je na Nizozemskem primanjkovalo žita. V tem času so se bolnikom s celiakijo bolezenski znaki omilili, po končani 2. svetovni vojni in normalizaciji prehrane pa se je bolezen pokazala nazaj v stari luči. Dicke je predvideval, da je krivec gluten v žitnem zrnju. Leta 1952 je Charlotte Anderson potrdila njegovo hipotezo. Naslednje veliko odkritje je prišlo sredi petdesetih let, ko je Colonel Crosby iznašel Crosby-Kuglerjevo kapsulo, instrument, s katerim so z malo invazivnim posegom pridobili delček sluznice črevesja za histološko analizo in potrditev bolezni.

V šestdesetih letih so strokovnjaki odkrili v krvi bolnikov protitelesa, najprej antigliadinska (AGA), kasneje pa še antiretikulinska in antiendomizijska protitelesa. S temi odkritji je postalo jasno, da je bolezen posledica imunskega odziva telesa na gluten in ne neposredne aktivnosti proteina na sluznico. Odkritje protiteles in merjenje le-teh je pomenilo tudi lažje in cenejše diagnosticiranje bolezni, omogočalo je tudi presejanja za bolezen. Izkazalo se je, da je celiakija veliko bolj pogosta, kot so sprva domnevali.

V devedesetih letih so se raziskovalci osredotočili na iskanje antigena. Leta 1997 so Walburga Dieterich in sodelavci našli antigen, vključen v avtoimunski odziv pri bolezni. To je bil encim tkivna transglutaminaza (tTG). Ludwig Sollid je bil prvi, ki je objavil hipotezo o povezavi med glutenom (sprožilec), tkivno transglutaminazo (avtoantigen) in anti-tTG protitelesi – Sollidova hipoteza.

Mnogo let je v svetu in pri nas veljalo prepričanje, da je celiakija redka bolezen, ki prizadene le otroke, vendar se je z odkritji novih diagnostičnih postopkov ugotovilo, da je glutenska intoleranca ena najpogostejših kroničnih bolezni črevesja, ki prizadene tako otroke kot tudi odrasle. V Sloveniji so bili prvi bolniki s celiakijo diagnosticirani in primerno zdravljeni v petdesetih letih prejšnjega stoletja, ko se je na Pediatrični kliniki v Ljubljani začel razvoj pediatrične gastroenterologije pod vodstvom pediatra prim. Henrika Pečeta. V Mariboru se je pediatrična gastroenterologija začela razvijati v zgodnjih sedemdesetih letih, ko se je vanjo usmerila tedaj specializantka pediatrije Dušanka Mičetić Turk. Tako v Ljubljani kot v Mariboru je diagnostika sprva potekala s pomočjo dolgotrajne metode aspiracijske biopsije. Razvoj endoskopije zgornjih prebavil, ezofagogastroduodenoskopije, je omogočil spremembo diagnostike celiakije z večjo zanesljivostjo pridobitve vzorca sluznice dvanajstnika. Sčasoma je bila uvedena tudi diagnostika s pomočjo seroloških testov: sprva IgA in IgG antigliadinskih protiteles, ki sta jih nadomestila IgA antiendomizijska (EMA) in IgA ter IgG protitelesa proti tkivni transglutaminazi ob določitvi celokupnih IgA. Vzporedno je potekal tudi razvoj biokemičnih preiskav, ki so omogočale določanje disaharidaz iz tkiva duodenalne sluznice, odvzete za biopsijo. Narejene so bile tudi raziskave o epidemiologiji celiakije v severovzhodni Sloveniji v obdobju od 1975 do 1989 in novejša za obdobje od 1999 do 2009, o pogostosti celiakije pri ožjih družinskih članih in pri otrocih s sladkorno boleznijo. Seveda pa so za razvoj diagnostike in obravnave bolnikov s celiakijo poleg začetnikov, omenjenih zgoraj, zaslužni tudi drugi zdravniki pediatri Pediatrične klinike v Ljubljani in Klinike za pediatrijo v Mariboru, ki so uvajali nove metode za izboljšanje diagnostike, raziskovali bolezen in zdravili male bolnike.

Z izboljšano diagnostiko je število novih pacientov raslo. V letu 1988 je v Mariboru na pobudo prof. dr. Dušanke Mičetić Turk nastalo Društvo za celiakijo Maribor in 1990 postalo enako-pravni član Mednarodnega združenja društev za celiakijo (Association of European Coeliac Societies – AO ECS). Leta 1992 pa je društvo, zaradi interesa bolnikov iz celotne Slovenije, preraslo v Slovensko društvo za celiakijo. Število članov je nenehno naraščalo, zato so po posameznih pokrajinah Slovenije ustanovili podružnice, danes jih je sedem.

Pri začetkih kliničnega dela z bolnimi otroki so pomembno prispevali k obravnavi celiakije na ljubljanski pediatrični kliniki delujoči zdravniki prim. Henrik Peče, ki je v sedemdesetih letih uvedel diagnostiko celiakije s pomočjo biopsije sluznice tankega črevesa, prim. Gordana Logar Car, ki je poudarila pomen presejanja pri ožjih družinskih članih bolnikov s celiakijo, prof. dr. Rok Orel, ki je raziskal pomen celičnega imunskega odziva na gluten in vpliv diete na mineralno kostno gostoto pri otrocih s celiakijo, ter asist. mag. Nevenka Bratanič, ki je opisala prevalenco celiakije pri sladkornih bolnikih. Na mariborskem pediatričnem oddelku pa se je prva začela ukvarjati z epidemiologijo celiakije že imenovana prof. dr. Dušanka Mičetić Turk in nato asist. dr. Jernej Dolinšek.

## Celiakija pri otrocih

Obravnavo celiakije pri otrocih in mladostnikih je predstavila njena dolgoletna spremljevalka, **pediatrinja gastroenterologinja prim. Marjeta Sedmak**, svetnica. Z globokim razumevanjem problematike je pokazala, koliko raznolikih obrazov si lahko nadene bolezen, in predvsem povedala, kako jo dandanes pediatri vse bolj obvladujejo. »Klinična slika celiakije je odvisna od starosti otroka. Klasična klinična slika celiakije (imenovana tudi »celiakija dojenčkov«) se pojavi pri dojenčkih in malih otrocih med 6. in 24. mesecem starosti. Pri otroku nastopijo ponavljajoče se driske, blato je značilnega videza: penasto, svetlo, obilno in smrdeče. Poleg tega lahko otrok bruha, je razdražljiv in jokav, ima napihnjeno, izbočeno trebušček, tanke okončine, krhke lase in zelo slab apetit, njegova telesna teža in višina pa se ne povečujeta.

V zadnjih treh desetletjih poročajo iz večine evropskih držav, da je novoodkritih primerov celiakije s klasično klinično sliko pred drugim letom starosti vse manj. Zanimivo je poročilo prof. Makija iz Finske iz leta 1998, kjer so ugotovili, da je bilo v šestdesetih letih 20. stoletja od 80 do 90 odstotkov vseh novoodkritih primerov celiakije pred drugim letom starosti, v osemdesetih letih pa je bilo prav nasprotno: novoodkritih bolnikov s celiakijo, starih do dve leti, so ugotovili le 7 odstotkov, starih od dve do sedem let je bilo 32 odstotkov, večina, kar 66 odstotkov, pa je bilo ugotovljenih v starosti nad 7 let. V tem času se je pomembno spremenila tudi klinična slika bolezni. Bolezen se pojavlja šele v poznem otroštvu, mladostni dobi ali celo v odraslem obdobju. Gastrointestinalni simptomi so še pogosti, vendar so v začetku blagi in/ali občasni. Vzroki za spremenjeno pojavljanje klinične slike celiakije še niso dokončno pojasnjeni. Možni dejavniki so: podaljšano obdobje dojenja, kasnejše uvajanje glutena v prehrano otrok, morda spremembe v količini in kakovosti glutena, ki ga zaužije otrok. Pogostejše odkrivanje bolezni v starejšem obdobju je verjetno pogojeno tudi z večjo osveščenostjo zdravnikov o različnih pojavnih oblikah bolezni in z boljšimi diagnostičnimi tehnikami za odkrivanje bolezni, ali pa se bolezen dejansko spreminja in je klinična slika odraz še nepojasnjenih dejavnikov okolja. Tudi pojava latence od prvega zaužitja glutena v obdobju dojenčka do pojava bolezni šele v najstniškem ali odraslem obdobju medicinska znanost do danes še ni pojasnila.

Klinična slika celiakije v otroškem, predšolskem, šolskem in mladostniškem obdobju je bistveno drugačna kot v obdobju dojenčka. Leta 2000 je »Delovna skupina za celiakijo« na prvem Svetovnem kongresu za pediatrično gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko predlagala, da se opusti naziv »atipična celiakija«, s katerim smo do tedaj poimenovali simptome bolezni pri večjih otrocih. Danes klinično sliko pri otrocih in mladostnikih delimo v dve skupini: ekstraintestinalni simptomi in skupina bolezni, ki se pogosteje pojavljajo v zvezi s celiakijo. Ekstraintestinalni simptomi: kronična utrujenost, hujšanje, glavobol, razdražljivost (10–14 odstotkov), slabokrvnost, bolečine v trebuhu (1 odstotek, če pa mladostnika usmerjeno vprašamo, pa tožijo za bolečino v 20 odstotkih), ponavljajoče se afte v ustih, defekti zobne sklenine stalnih zob (10–40 odstotkov), hipotonija, parestezije, kožni izpuščaji (dermatitis herpetiformis je »celiakija kože«), bolečine v kosteh z rahitisom, osteomalacija in osteoporozo, lahko edemi, krvavitve, betičasti prsti, zapoznena puberteta z zaostajanjem v spolnem dozorevanju in neplodnost, nizka rast (19–31 odstotkov), nevrološke motnje, kot so ataksija, periferna nevropatija in miopatija, epilepsija s perifernimi posteriornimi kalcinacijami,

sklepne težave (predvsem atipične artralgijske in artritisne), prizadetost jeter (hepatitis, holangitis), limfocitni gastritis, insuficienca pankreasa, redko pa tudi obstipacija (10 odstotkov) in znaki intestinalne psevdoobstrukcije. Nezdravljena celiakija lahko vodi v maligno obolenje (limfom prebavil).

Bolezni, ki se pogosteje pojavljajo v zvezi s celiakijo, so avtoimunske bolezni, npr. sladkorna bolezen tip 1, avtoimuni tireoiditis, Sjogrenov sindrom, kolagenska vaskularna bolezen, juvenilni idiopatski artritis, Ig A nefropatija in različne druge bolezni, kot so selektivna Ig A deficienca, Downovo obolenje, alopecija areata.

Danes vemo, da je celiakija imunsko posredovana sistemska bolezen, ki nastane pri genetsko disponiranih osebah, ki uživajo gluten in sorodne prolamine. Škodljive snovi v močnati hrani so rastlinske beljakovine (gliadin v pšenici, hordein v ječmenu, sekalni v rži in avenin v ovsu (avenin je škodljiv le v 5 odstotkih).

Klinični spekter pojavljanja celiakije je različen. Lahko se pojavi z vso opisano klinično sliko, pogostejše pa so pojavnosti tihe ali asimptomatske oblike; v tem primeru otrok nima težav, so pa pozitivni serološki testi in histologija. Asimptomatske otroke s tveganjem za celiakijo je treba aktivno iskati s presejanjem, čeprav nimajo težav. Presejanje je potrebno vedno pri sorojencih otrok s celiakijo in pri vseh otrocih, ki imajo bolezni, ki so pogosteje pridružene celiakiji (presejamo npr. vse otroke z Downovim sindromom, z alopecijo, herpetiformnim dermatitisom, avtoimunskimi boleznimi ...). Presejanje opravimo z odvzemom seroloških testov (antitkivna transglutaminaza in celokupni Ig A). Če so testi pozitivni, se odločimo za ezofago-gastroduodenoskopijo s histološkim odvzemom tkiva dvanajstnika. Otroke z asimptomatsko ali tiho celiakijo je treba zdraviti.

V kliničnem spektru celiakije opisujemo tudi latentno in potencialno celiakijo. Pri obeh je serologija in genetika pozitivna, histologija pa normalna. Ti otroci ne potrebujejo zdravljenja, jih pa ambulantno spremljamo. Lahko gre za sorojence otrok s celiakijo, ki se jim čez nekaj let pojavi histološka konverzija. V tem primeru je zdravljenje potrebno čim prej.

Pogosto vprašanje, ki nam ga postavijo noseče matere s celiakijo: »Kdaj bo lahko dobil gluten moj bodoči dojenček?« Če ima družinski član celiakijo, svetujemo, da bodoči dojenček dobi normalno hrano, kot vsi njegovi vrstniki. Torej naj bo dojen (če dojenje ni možno, naj dobi adaptirano mleko), med 4. in 6. mesecem starosti pa naj mati začne z uvajanjem čvrste, mešane prehrane. Optimalen čas za uvajanje glutena je med 6. in 7. mesecem starosti, ob dojenju. Če bo otrok dobil prebavne težave, je potrebno pri dojenčku narediti presejanje na celiakijo in po potrebi histološke preiskave. Če otrok nima težav, pa bo prav tako potrebno presejanje na celiakijo z istovrstnim genetskim testiranjem (običajno po približno šestih mesecih uživanja glutena).

Zdravljenje pri otrocih je potrebno pri bolnikih in pri otrocih z asimptomatsko (tiho) obliko celiakije. Zdravljenje z brezglutensko dieto je dosmrtno.«

## Celiakija pri odraslih

Iz prakse in izkušenj je o problematiki celiakije pri odraslih spregovorila **internistka Jasna Volfand** iz Diagnostičnega centra Bled. Zapisala je: »Navkljub sprva uveljavljenemu mnenju, da se celiakija vedno pojavlja pri otrocih, so kmalu začeli odkrivati prve primere bolezni tudi pri odraslih. V Sloveniji je prvega odraslega bolnika diagnosticiral leta 1972

prof. dr. Križman na gastroenterološki kliniki UKC Ljubljana, ki se je nato tudi vrsto let strokovno in raziskovalno ukvarjal s celiakijo pri odraslih. Celiakija pri odraslih pa je vseeno ostajala redkost z nekaj odkritimi primeri letno še vsaj naslednjih dvajset let. Diagnostika po t.i. starih ESPGHAN kriterijih je bila namreč težavna, zahtevala je več endoskopskih posegov, večmesečno poskusno brezglutensko dieto in nato še preskus z glutenom, zato so diagnozo potrdili res le pri najtežjih bolnikih.

Leta 1993 je v DC Bled začela delovati ambulanta za prehransko preobčutljivost pod vodstvom prof. dr. Jane Furlan. Prof. dr. Jana Furlan se je kot pulmologinja in alergologinja na Inštitutu za pljučne bolezni in tuberkulozo na Golniku ukvarjala z astmo in preučevala alergijske mehanizme. Bila je med prvimi pri nas, ki jo je pri delu pritegnila prehranska alergija pri odraslih, saj je poleg inhaliranih alergenov preučevala tudi vpliv nutritivnih alergenov. Na podlagi raziskav je pri astmatikih z obremenilnimi testi z zaužitimi prehranskimi alergeni (predvsem gliadini v pšenici) ugotovila, da so se določene osebe odzvale z dušenjem, ki so ga potrdili z meritvami pljučne funkcije, pri nekaterih pa je opazila poleg težav z dihanjem tudi prebavne motnje. Ko se ji je leta 1993 ponudila možnost, da se podrobneje ukvarja z neželenimi reakcijami na hrano v prebavilih v okviru alergološke ambulante DC Bled, je posebno pozornost namenila številnim bolnikom z domnevo o neželeni reakciji na pšenico. Poleg alergije so pri takšnih bolnikih iskali tudi celiakijo z določanjem specifičnih protiteles EMA in pozneje tTG, ki so v 90. letih revolucionarno poenostavila prepoznavanje celiakije. Že v prvih letih so v skupini odraslih bolnikov s simptomi funkcionalnih bolezni prebavil odkrili celiakijo v skoraj tretjini primerov; svoje rezultate so predstavili tudi slovenski in mednarodni strokovni javnosti. Vzporedno s tem je prepoznavanje celiakije pri odraslih dobivalo vedno večji pomen v vsej Sloveniji, še posebej ko je v letu 1996 začel celiakijo podrobneje preučevati in predstavljati tudi asist. Rado Janša s Kliničnega oddelka za gastroenterologijo UKC Ljubljana.

Danes je celiakija pri odraslih pogosta bolezen, ki verjetno prizadene do 1 odstotek prebivalcev. Pot do diagnoze pa je včasih še predolga in ovinkasta, saj se bolezen praviloma kaže z atipično sliko. Najpogostejši simptom je trdovratna slabokrvnost zaradi pomanjkanja železa, neznačilne prebavne težave z napenjanjem, pogostejšim odvajanjem, le redko pa srečajo bolnike s hudimi driskami, hujšanjem in oslabelostjo. Dostikrat bolezen odkrijejo pri bolnikih z različnimi pridruženimi boleznimi, npr. sladkorno boleznijo tipa 1 ali različnimi revmatološkimi obolenji in s prizadetostjo kože (herpetiformni dermatitis); pogostejša, kar do 10 odstotkov, pa je seveda tudi pri sorodnikih obolelih.

V Diagnostičnem centru Bled opozarjajo tudi na to, da celiakija ni edina bolezen, pri kateri pšenica povzroča težave. Pri kliničnem delu so namreč že pred več kot 10 leti opazili, da kljub negativnim rezultatom preiskav nekaterim bolnikom pšenična moka povzroča težave, bodisi v prebavilih ali sistemsko, pri tem pa so pogosto imeli pozitivne atopijske krpične teste s pšenico. Svetovali so jim dieto brez glutena, ker so domnevali, da gre za neprepoznano obliko preobčutljivosti za pšenico po poznem tipu. Njihova predvidevanja so danes potrjena z novo obliko neprenašanja glutena, imenovano glutenska senzitivnost. Ta diagnoza namreč združuje številne bolnike, ki zaznajo različne težave po zaužitju glutena, pri tem pa je pri njih izključena celiakija ali IgE posredovana alergijska preobčutljivost. Možnih mehanizmov za razvoj takšne težave je več, kakih značilnih diagnostičnih preiskav pa še ni. Zato Jasna



Volfand, ki že od začetka sodeluje in nadaljuje delo v Ambulanti za prehransko preobčutljivost DC Bled, posebej poudarja, da samo uspeh poskusne brezglutenske diete še ni dokaz celiakije in da je potrebno pri vsakem bolniku opraviti ustrezne teste za opredelitev celiakije, ki pa so diagnostični samo, dokler bolnik uživa običajno prehrano. V zadnjih 10 letih je bilo tako v alergološki ambulanti Diagnostičnega centra Bled obravnavanih več kot 500 bolnikov s potrjeno celiakijo, obenem pa še vsaj trikrat toliko bolnikov z domnevno glutensko senzitivnostjo.

Vedno večje število bolnikov s celiakijo in neprenašanjem glutena bo torej v prihodnosti postalo vsakdan za vsakogar, zato so se udeleženci razprave strinjali, da je potrebno s težavami bolnikov vedno znova seznanjati tudi širšo javnost, poskrbeti za čimprejšnjo diagnostiko in vodenje ter za lažje življenje bolnikov.«

## Sklep

Živahna razprava, ki se je razvila na srečanju, je dokazala, da premalo vemo o celiakiji, ki zaradi svoje visoke incidence zasluži več pozornosti med zdravniki vseh generacij.

Kakovostno in obsežno poročanje o srečanju v Dnevniku in tudi v odmevni radijski oddaji 1. programa nacionalnega radia Med štirimi stenami je potrdilo kakovost strokovnega srečanja in potrebo po ozaveščanju ljudi o celiakiji. Hvala vsem, ki so sodelovali pri srečanju in vanj prelili svoje bogato znanje in dolgoletne strokovne izkušnje.

E-naslov: [zvonka.slavec@gmail.com](mailto:zvonka.slavec@gmail.com)

Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije v svoje vrste prijazno vabi zainteresirane zdravnike. Srečujemo se enkrat mesečno na strokovnih srečanjih s prijaznimi druženji, ekskurzijah, obiskih različnih ustanov, vodenih ogledih itd. Kontakt: [zgodovina.medicine@mf.uni-lj.si](mailto:zgodovina.medicine@mf.uni-lj.si) ali 041 524 627.

## Sodobni pogled na obravnavo skeletnih nepravilnosti razreda II

Vinka Rajković, Jasmina Primožič, Maja Ovsenik

Na povabilo Katedre za čeljustno in zobno ortopedijo Medicinske fakultete v Ljubljani sta nas na začetku novembra s sorodne katedre Univerze v Trstu obiskala dr. Giuseppe Perinetti in dr. Luca Contardo in predstavila njihove poglede pri obravnavi skeletnih nepravilnosti razreda II. Sistematično sta prikazala možnosti ugotavljanja stopnje skeletne zrelosti pacientov in čas, kdaj lahko najučinkovitejše vplivamo na rast zgornje in spodnje čeljustnice. Na primeru skeletne nepravilnosti razreda II sta prikazala možnosti funkcionalne terapije in njeno uspešnost glede na obdobje skeletne zrelosti.

Iz strokovne literature je znano, da v klinični praksi možni indikatorji skeletne zrelosti: kronološka starost pacienta, dentalna starost, znaki začetka spolnega razvoja (prva menstruacija pri deklicah, sprememba glasu pri fantih), niso zanesljivi. Natančneje določamo stopnjo skeletne zrelosti s pomočjo:

1. rentgenskih slik vratnih vretenc pri slikanju stranskega telerentgena glave in ugotavljanja skeletne zrelosti (CVM – Cervical Vertebral Maturation) glede na obliko in prisotnost konkavite na spodnjih robovih vretenc C2, C3 in C4. Predpubertetni fazi sta CS1, CS2, pubertetni CS3 in CS4 ter postpubertetni CS5 in CS6;
2. rentgenskega slikanja dlani in zapestja (HWM – Hand Wrist Maturation) po Fishmanu in modificirane metode, pri kateri ugotavljamo zrelost srednje falange sredinca na roki – MPS (Middle Phalanx Stage). Predpubertetni fazi sta MPS1, MPS2, pubertetni MPS3 in MPS4 ter postpubertetni MPS5 in MPS6;
3. rentgenskega slikanja zob – ugotavljanje stopnje razvitosti spodnjih podočnikov, prvih in drugih ličnikov ter drugih kočnikov;

4. biomarkerjev – aktivnost alkalne fosfataze v gingivalni tekočini.

Bacetti in sod., 2005, so vpeljali določanje skeletne zrelosti po izgledu vratnih vretenc. Po predavanju, ki ga je imel dr. Bacetti v letu 2009 v Sloveniji, je postala diagnostika skeletne zrelosti sestavni del ortodontske klinične prakse. Pričakujemo, da se bo vse bolj začela uporabljati tudi metoda slikanja srednje falange sredinca na roki, ki je z novim diagnostičnim postopkom varnejša za pacienta, saj se tako izognemo izpostavljanju sevanju rentgenskih žarkov.

Prikazani so bili klinični primeri z nepravilnostjo razreda II in njihova razrešitev.

Skeletni razred II je posledica retrognatije spodnje čeljustnice v 80 odstotkih, prognatije zgornje čeljustnice ali kombinacije obeh.

Zaradi narave skeletne rasti zgornje čeljustnice, ki je praviloma pri skeletni nepravilnosti RII v transverzalni smeri preozka, je pomembno, da pravočasno začnemo čeljustnoortopedsko obravnavo – to je z ortopedskim širjenjem. Če želimo vplivati na skeletno rast zgornje čeljustnice, moramo ukrepati že v predpubertetnem obdobju, CS 1–3, kasneje je učinek le dentalen. Torej je potrebno hitro širjenje zgornje čeljusti pred pubertetnim rastnim sunkom. Ko pa želimo vplivati na skeletno rast spodnje čeljustnice, moramo ukrepati ob pubertetnem rastnem sunku v obdobju CS 3–4.

Za širjenje zgornje čeljusti sta gosta prikazala uporabo RME (Rapid Maxillary Expander – aparat za hitro širjenje zgornje čeljustnice) ali QH (Quad-Helix). V predpubertetnem obdobju se priporoča uporaba RME in aktivacija 1–2 navoja na dan (po



Dr. Giuseppe Perinetti, prof. dr. Maja Ovsenik, doc. dr. Jasmina Primožič, dr. Luca Contardo.

0,25 mm na navoj). Po pubertetnem obdobju pa se RME aktivira z dvema navojema na teden. Pri slednjem nimamo vpliva na derotacijo zgornjih prvih stalnih kočnikov. Z uporabo Quad-Helixa pa lahko tudi derotiramo zgornje prve stalne kočnike in zato je to pogosto obravnava izbora po pubertetnem obdobju.

Obravnava spodnje čeljustnice se odloži do pubertetnega rastnega sunka, ko lahko najučinkoviteje vplivamo na njeno rast (CS 3–4). Ortodontski aparati izbora so: bionator, twin block, regulator funkcije po Fräncklu II, herbst, forsus. Najuspešnejši je twin block. Raziskave so pokazale, da je obravnava nepravilnosti razreda II z nesnemnim ortodontskim aparatom prav tako učinkovita v puberteti, vendar pa se nepravilnost ne odpravi popolnoma.

E-naslov: [ortho@mf.uni-lj.si](mailto:ortho@mf.uni-lj.si)

## Študentski kongres dentalne medicine na Reki

*Rok Ovsenik, Miha Pirc*

Odsek Dentalne medicine Medicinske fakultete Univerze na Reki je v letu 2013 praznoval svoj 40. jubilej. V počastitev dogodka so med 6. in 8. decembrom 2013 organizirali Kongres študentov dentalne medicine z mednarodnim sodelovanjem, na katerega smo bili, s podporo Zdravniške zbornice Slovenije, povabljeni tudi študenti dentalne medicine Medicinske fakultete v Ljubljani. Kongresa se je poleg tamkajšnjih študentov, ki so seveda prevladovali,

udeležilo približno 50 študentov iz Ljubljane, nekaj študentov pa je prišlo tudi iz Bosne in Hercegovine, Srbije in Makedonije.

Štirje študentje 6. letnika dentalne medicine v Ljubljani, ki smo v letu 2013 izdelali raziskovalno nalogo za Prešernovo nagrado in prejeli nagrado Medicinske fakultete, smo na kongresu tudi aktivno sodelovali. Petja Videmšek in Anja Sotošek (slika 1) sta



Slika 1



Slika 2

pod mentorstvom doc. dr. Roka Gašperšiča, dr. dent. med., in prof. dr. Katje Seme, dr. med., predstavili raziskovalno nalogo z naslovom *Bakteriološka analiza subgingivalnih zobnih oblog slovenskih bolnikov s kroničnim paradontitisom*, Rok Ovsenik in Miha Pirc (slika 2) pa sva pod mentorstvom doc. dr. Borisa Gašpirca, dr. dent. med., in doc. dr. Jasmine Primožič, dr. dent. med., predstavila raziskovalno nalogo z naslovom *Ovrednotenje antimikrobnega fotodinamičnega zdravljenja hipertrofije dlesni, nastale med ortodontsko obravnavo z nesnemnim ortodontskim aparatom*.

Kongres je organizirala predsednica organizacijskega odbora kongresa Bernarda Mrak, absolventka študija dentalne medicine na Reki, program kongresa pa je vodila prof. dr. Renata Gržič, prodekanja odseka Dentalne medicine Univerze na Reki.

Prvi dan so potekala predavanja iz različnih strokovnih področij dentalne medicine hrvaških univerz, drugi dan pa je bil namenjen predstavitvam študentskih raziskovalnih nalog,

delavnici ustne higijene in podelitvi priznanj študentom, ki so aktivno sodelovali, s čimer se je uradni del kongresa pozno popoldne tudi zaključil. Nedelja, 8. decembra, je bila namenjena organiziranemu izletu v Istro.

V času kongresa je bilo moč slišati številna zanimiva predavanja tako profesorjev kot tudi študentov z različnih področij dentalne medicine, katerih morda edina pomanjkljivost za nas, slovenske študente, je bil hrvaški jezik. Poleg nekoliko resnejšega dnevnega programa kongresa je bilo oba večera poskrbljeno tudi za zabavo, ki smo se je udeležili tako študentje kot tudi nekaj profesorjev, tako da druženja na tak in drugačen način zares ni manjkalo.

Za konec pa vse pohvale organizacijskemu odboru kongresa in zahvala za prijeten izobraževalno-družabni konec tedna na Reki.

E-naslov: [rok\\_ovsenik@hotmail.com](mailto:rok_ovsenik@hotmail.com)

## Aktualne zamisli o zamenjavi sklepov: 2013

*Samo K. Fokter*

V času od 11. do 14. decembra 2013 je v Orlandu na Floridi potekal 30. kongres endoprotetike velikih sklepov, ki ga pod imenom *Current concepts of joint replacement* organizira Current concepts institute iz Clevelanda v Ohio. V tem poročilu avtor kratko povzema nekatera splošna strokovna stališča in smernice, ki so jih preko 2000 registriranim udeležencem iz 68 držav predstavili večinoma ameriški vabljeni predavatelji, podrobnejše kirurško-tehnično poročilo pa je zainteresiranim na voljo pri piscu prispevka.

Prvi dan kongresa je bil namenjen endoprotetiki kolčnega sklepa (THA). V uvodnem predavanju so predstavili univerzalno klasifikacijo obprotetičnih zlomov, ki bo v letu 2014 prvič izšla v novi izdaji AO-učbenika. Namen klasifikacije je prepoznati, uvrstiti in najustrezneje zdraviti te zaradi spremenjene kakovosti kostnine ob endoprotezi velikokrat zapletene zlome pri starostnikih. V zadnjem času so namreč povsod po svetu priča pravi epidemiji tovrstnih zlomov, kar izrazito zvišuje stroške zdravljenja na ravni klinik in na nacionalni ravni. V sklopu Orthopaedic Crossfire (OC) I so avtorji kritično obravnavali nekatere izvedbe kolčnih endoprotez, ki jih je v zadnjih letih ponudila industrija. Kratkoročni rezultati izvedb s kratkim deblom so obetavni, večino preplastitvenih modelov z artikulacijo kovina-na-kovino (MoM) so nehali tržiti oz. so njihovo uporabo zelo omejili, debela z modularnimi vratovi pa so zaradi nerešenih korozijskih problemov na stiku med vratom in deblom proteze in posledičnega loma vratov popolnoma opustili.

V drugem sklopu predavanj so predavatelji obravnavali primarno THA. Trenutno v ZDA vgradijo 95 odstotkov ponvic z vložkom iz prekrižanega polietilena in 40 odstotkov keramičnih glav. Širšo uporabo keramičnih vložkov zavira visoka cena, druge težave artikulacije keramika-na-keramiko (CoC), kot npr. škripanje in lom, pa so odpravljene. Artikulacije MoM zaradi tvorbe psevdotumorjev in ostalih resnih zapletov ne vgrajujejo več. Tudi v ZDA spet postajajo bolj priljubljena cementna debela endoproteza, ki imajo po vseh registrih še vedno najboljše

dolgoročne rezultate, so popolnoma ustrezna tudi za mlajše bolnike, povzročajo bistveno manj obprotetičnih zlomov stegenice (0,24 odstotka; nekatera brezcementna debela tudi do 5 odstotkov) in manj vnetnih zapletov. V tretjem sklopu so avtorji konsenzualno obravnavali tehnične podrobnosti operacije. Avtotransfuzije ne uporabljajo več, uporaba traneksamične kisline je rutinska, kakor tudi profilaktična uporaba cefazolona. Opuščajo kratek in nepregleden rez (Minimal Invasive Surgery, MIS zdaj tolmačijo kot Must Insist on Seeing), nikoli ne drenirajo rane (razen pri izjemno debelih podkožjih), na analgetike *per os* pridejo prvi pooperativni dan, obremenitev pa takoj dovolijo s polno težo. V sklopu OC II so se mnenja kresala okoli sprednjega pristopa (dvomljivi rezultati, opuščajo), uporabe CoC-artikulacije pri mlajših bolnikih (dolgoročno dobri rezultati, ki jih za prekrizani polietilen še ni) in vrednosti nacionalnih registrov za napovedovanje zgodnjih težav (ki je le relativna – številni registri dajejo med seboj neprimerljive rezultate).

V popoldanskem delu srečanja so predavatelji obravnavali druge možnosti zdravljenja pred THA, prikazali zanimive primere iz klinične prakse in se posvetili tehnično zapletenim rešitvam. Zelo zanimivo študijo v zvezi s preprečevanjem vnetnih zapletov po THA in totalni kolenski artroplastiki (TKA) je predstavil MA Mont. Naključno izbranim bolnikom, ki so bili predvideni za artroplastiko, so namreč razdelili po dva zavitka s po 6 krpicami, namočenimi v raztopino klorheksidina, in jih podučili, kako se naj z njimi prebršijo na večer pred operacijo in zjutraj na dan operacije; ostali bolniki so bili deležni le standardne predoperativne priprave v bolnišnici. Na vzorcu skoraj 5000 bolnikov se je pri THA zmanjšalo število vnetnih zapletov z 1,7 na 0,5 odstotka in pri TKA z 2,2 na 0,6 odstotka v korist bolnikov, ki so doma uporabili krpice s klorheksidinom.

Drugi dan kongresa se je pričel z obravnavo revizij omajanih femoralnih komponent pri THA. Možnost menjave z dolgim poliranim deblom, impaktiranjem kostnih presadkov in uporabo nizkoviskoznega cementa Exeterjevega tipa ostaja v

velikih centrih še vedno v igri (94-odstotno 10-letno preživetje). V večini centrov sicer prehajajo na proksimalno modularno fiksacijo z dolgim distalnim deblom. Značilno ameriške cilindrične izvedbe je v številnih centrih tudi po ZDA zaradi lomov pri debelejših bolnikih na mestu modularnega stika pričela nadomeščati evropska konična izvedba Wagnerjevega tipa, ki je v Kanadi praktično že popolnoma izpodrinila vse druge, saj jo vgradijo kar v 97 odstotkih primerov vseh revizij femoralnega debla. V nadaljevanju so obravnavali revizijo ponvice pri aseptičnem omajanju THA. V primeru periacetabularnih osteoliz s stabilnim implantatom priporočajo omejeno revizijo z zamenjavo zgolj acetabularnega vložka in glave endoproteze ter polnjenje cist s kostnimi transplantati in/ali kostnimi nadomestki (npr. kalcijevim sulfatom). Rezultati kažejo, da zadeva deluje: 87-odstotno 5-letno preživetje v primerjavi z le 50-odstotnim, kadar so zamenjali celotno ponvico. Večja ponvica (»jumbo cup«) ostaja delovni konj pri menjavi omajane acetabularne komponente, stabilnost običajno dosežejo s 4 mm večjim press-fitom, dodatna fiksacija z vijaki je obvezna, uporaba trabekularne kovine nadvse priporočljiva.

Preostanek srečanja je bil posvečen kolenski artroplastiki (TKA). V uvodnem delu so vodilni strokovnjaki področja predstavljali svoja stališča glede nekaterih v letu 2013 objavljenih študij. Strinjali so se z dejstvom, da je zatrditev (artrodeza) kolena po neuspešnih revizijah zaradi vnetnega zapleta tisti postopek, ki ga tako bolniki kakor tudi zdravniki ocenjujejo kot najugodnejšega glede funkcije in umiritve vnetja. Postavili so jo visoko pred (ponovno) dvostopenjsko revizijo in amputacijo, najslabše rezultate pa so dosegli z dosmrtno antibiotično supresijo. Prav tako večina ne podpira rutinske uporabe za bolnika specifičnega instrumentarija, saj le-ta ne zagotavlja ustreznega uravnoveženja mehkih tkiv, poseg pa močno podraži (v ZDA tudi do 5000 dolarjev). Posebej so izpostavili pomembnost umivanja bolnika s klorheksidinskim preparatom manj kot 6 ur pred posegom, dosledno omejitev prometa v operacijski dvorani, uporabo dvojnih kirurških rokavic in antibiotično profilakso. Za akutne okužbe (znotraj treh tednov po posegu) je hitra agresivna revizija z ohranitvijo endoproteze dokaj varna in zanesljiva metoda, za kasnejše okužbe je dvostopenjska revizija še vedno zlati standard: poročajo o 91-odstotnem uspehu, kadar uporabijo artikularajoči vmesnik (spacer), ki ga izdelajo iz kostnega cementa s primešanim antibiotikom, kar je bistveno boljše kot pri uporabi neartikularajočega vmesnika (84 odstotkov) ali pri enostopenjski reviziji (79 odstotkov). V zvezi s preprečevanjem vnetnih zapletov je bil poudarek tudi na zmanjšanju dejavnikov tveganja na strani bolnika: ta naj preneha kaditi in si uredi sladkorno bolezen, tiste z BMI > 40 pa so začeli v številnih centrih odklanjati.

OC III je bil posvečen obravnavi tehničnih podrobnosti pri TKA, ki naj bi izboljšale doslej ne popolnoma pojasnjeno razliko v zadovoljstvu bolnikov, ki je po TKA v primerjavi s THA še vedno bistveno nižje. V nadaljevanju so predavatelji obravnavali postopke, s katerimi bi omejili izrazito naraščajoč trend TKA pri mlajših bolnikih. Poleg ustreznih razlage bolniku, kaj lahko pričakuje po TKA, ostaja osteotomija proksimalne tibije metoda izbora, čeprav je revizij po 10 letih kar 51 odstotkov. Veljavo tudi v ZDA pridobiva parcialna artroplastika (unicompartement, UNI). Pomembno je, da se ortopedski kirurgi zavestno opredelijo za ali proti njej, saj je treba opraviti vsaj 12 tovrstnih posegov na leto, da so rezultati predvidljivo enotni in dobri. Zamenjava UNI za TKA je zahtevna operacija, ki je povsem primerljiva z revizijo TKA (rezultati revizije so zato bistveno slabši kot po primarni TKA), kar je treba ustrezno pojasniti tudi bolniku.

Revizija UNI zaradi aseptičnega omajanja po 10 letih ostaja pogosta (16,3 odstotka), še pogostejša je revizija po izključno patelofemoralnih artroplastikah (29,9 odstotka). Sledila so predavanja v zvezi s preprečevanjem ostalih zapletov. Operativno izgubo krvi so zmanjšali z rutinsko uporabo traneksamične kisline, ki jo lahko apliciramo tudi lokalno v sklep. Transfuzija je tako potrebna le še v < 1 odstotku primerov. Problem ostaja fleksijska kontraktura zaradi artrofibroze (3–6 odstotkov primerov), manipulacija je včasih uspešna, če jo izvedemo znotraj treh mesecev po posegu, zato svetujejo zgodnejšo prvo pooperativno kontrolo. Drugi dan predavanj se je zaključil z zanimivim sklopom »Hoja z velikani«, v katerem je svojo življenjsko pot v mestoma zelo čustvenih predavanjih predstavilo pet vodilnih ortopedov, ki so se pred kratkim upokojili.

Zadnji dan srečanja smo pričeli s sklopom, ki je bil posvečen slabšim rezultatom po TKA. Nezadovoljnih bolnikov je namreč še vedno 18 odstotkov. Posebno pozornost je gotovo treba posvetiti bolniku že ob prvem stiku z ortopedskim kirurgom, saj so pričakovanja bolnikov pogosto bistveno prevelika. Svetujejo, da bolnikom jasno povemo, da bo koleno po TKA slabo funkcioniralo okoli 1/3 časa. Novejši modeli TKA in metode zdravljenja žal niso izpolnile pričakovanj. OC IV je kritično obravnaval izvedbe TKA z (PS) in brez (CR) žrtvovanja zadnje križne vezi. Bitko vsekakor dobiva PS, ki ga večinoma uporabljamo tudi pri nas. Mnenja so se kresala tudi okoli uporabe oz. neuporabe Esmarkove preveze med TKA: meta-analiza je pokazala, da imajo bolniki, pri katerih le-ta ni bila uporabljena, kar za 11° boljšo gibljivost, manj pooperativne izgube krvi in manj pooperativne bolečine v stegnu. Priporočajo kratek čas stisnjenja in tlak v manšeti le med 250 in 300 mmHg. Glede revizijske artroplastike narašča število zagovornikov kratkih cementiranih podaljškov, kadar pa uporabljamo necementirane izvedbe, moramo uporabiti dolge podaljške in doseči metafizarno biološko fiksacijo z uporabo konusov iz trabekularne kovine ali obojk z ustrezno obdelano površino.

Sledila so predavanja v zvezi s tehnično izvedbo revizijske artroplastike. Priporočajo pristop z rutinsko poševno tenotomijo kvadricepsa (»quadriceps snip«), redkeje je potrebna osteotomija golenične grče, opustili so V-Y tenotomijo kvadricepsa. Za rotacijsko orientacijo golenične komponente je najprimernejše izbrati srednjo tretjino diafize golenice, katere sprednji rob je tudi pri debelejših bolnikih dobro tipen. V kolikor je zaradi ponavljajočega se vnetnega zapleta po TKA potrebna artrodeza kolena, jo priporočajo opraviti dvostopenjsko: šest tednov naj bo v kolenu antibiotični vmesnik, nato pa je najbolje vgraditi dolgi intramedularni žebelj. Menijo namreč, da artrodeza s ploščami ni primerna za (običajno prisotna) stanja s hudo izgubo kostnine in deficitiranim kožnim pokrovom, aparat po Illizarovu pa bolniki težko prenašajo več mesecev.

V zadnjem sklopu predavanj so avtorji obravnavali različne tehnike izboljšanja kakovosti zdravljenja bolnikov s TKA. Posebej so izpostavili multimodalno analgetično terapijo brez narkotikov, ki omogoča, da se 60 odstotkov bolnikov vrne v domače okolje že na dan operacijskega posega. Veliko praktično uporabno vrednost so pripisali mikrokapsularnemu lokalnemu anestetiku bupivakainu, ki ga aplicirajo pod pokostnico in v mehka tkiva s tanko iglo pred zapiranjem kirurške rane. Zdravilo, ki ga proizvajajo z nanotehnologijo, se iz mikrokapsul postopoma sprošča na telesni temperaturi še 48 ur, žal pa v Evropi še ni registrirano.

E-naslov: [samo.fokter@guest.arnes.si](mailto:samo.fokter@guest.arnes.si)

# Novosti v fetalni medicini: prostocelična plodova DNK v krvi nosečnice – klinična uporaba

Uršula Reš Muravec, Mili Lomšek

## Uvod

Pod okriljem prof. Kyprosa Nicolaidesa, ki vodi Fundacijo za fetalno medicino v Londonu (The Fetal Medicine Foundation – FMF), je 14. in 15. decembra 2013 potekalo strokovno srečanje na temo novosti v fetalni medicini. Srečanja se je udeležilo nekaj več kot 1000 udeležencev iz 68 držav.

Uvodno predavanje je začel in s tem odprl delovno srečanje o novostih v fetalni medicini sam prof. Nicolaides. V obsežnem predavanju je povzel zadnje izsledke raziskav o neinvazivnem prednatalnem testu (NIPT) prostocelične plodove DNK (PCPD) v periferni krvi nosečnice ali na kratko NIPT.

Ideja o neinvazivnem določanju kromosomskih nepravilnosti pri plodu sega že zelo daleč. Prof. Nicolaides nas je presenetil s častnim gostom, ruskim profesorjem Kazakovom, ki je leta 1995 prvi pisal o odkritju prostocelične plodove DNK v krvi nosečnice v neki ruski strokovni reviji. V svetu veliko bolj odmeven in nam bolj znan je leta 1997 napisan prispevek o prosti DNK v reviji Lancet, katerega avtor je bil Dennis Lo iz Amerike. Od takrat do danes je preteklo kar nekaj let, ko je ta možnost postala klinično uporabna in dostopna. Tehnike možnih izolacij in pridobivanja prostocelične plodove DNK iz periferne krvi nosečnice so se razvijale vrsto let, pot je bila dolga, a danes imamo na voljo zelo izpopolnjeno tehniko sekveniranja nove generacije in njenih variacij ter statistično obdelavo podatkov, ki nam nudijo klinično vedno več podatkov o plodovem genetskem materialu z zavidljivo visoko stopnjo odkrivanja kromosomskih napak.

Do sedaj poznane presejalne metode za kromosopatije so: starost, UZ-pregled plodove zgodnje morfologije z nuhalno svetlino (NS) in dodatnimi markerji za kromosopatije (NS plus) in dvojni hormonski test (DHT). Dodatni markerji za kromosopatije so prisotnost nosne kosti, merjenje obraznega kota, merjenje pretokov skozi duktus venosus in trikuspidalno zaklopko. Če združimo NS in DHT, govorimo o kombiniranem presejanju. S kombiniranim testom lahko odkrijemo 90 odstotkov T21, 70 odstotkov T18 in cca 90 odstotkov T13 pri 5 odstotkih lažno pozitivnih izvidov.

## NIPT na splošno

Uvajanje NIPT v klinično delo pri ugotavljanju kromosomskih aneuploidij predstavlja izredno velik mejnik v fetalni medicini, predvsem zaradi visoke stopnje zanesljivosti in neinvazivnosti. Še vedno velja NIPT kot visoko zanesljiv presejalni test.

Do sedaj znane ultrazvočne in hormonske metode lahko nadgradimo z novo presejalno metodo NIPT. NIPT nikakor ni nadomestilo za do sedaj znane metode, ampak se z njimi dopolnjuje.

Po najnovejših podatkih iz literature, ki jih je prof. Nicolaides povzel iz večine največjih svetovnih laboratorijev v svetu, ima NIPT več kot 99-odstotno stopnjo odkrivanja treh

najpogostejših trisomij – T21, T18 in T13 – z 0,08 odstotka, 0,15 odstotka, 0,2 odstotka lažno pozitivnih rezultatov za trisomijo 21, 18 in 13, torej skupno 0,43 odstotka lažno pozitivnih rezultatov. Pri ostalih presejalnih testih je lažno pozitivnih rezultatov bistveno več, od 3 do 5 odstotkov. Vsak pozitiven rezultat NIPT je treba potrditi ali izključiti s klasično invazivno diagnostiko (horionsko biopsijo ali amniocentezo). Delež invazivnih preiskav pri naših nosečnicah je trenutno okoli 8-odstoten, v Angliji jih je okoli 2,5 odstotka, povsod po svetu ta delež pada. S smiselnim uvajanjem NIPT bi se število invazivnih preiskav močno zmanjšalo.

V periferni krvi nosečnic je prostocelične plodove DNK po 10. tednu nosečnosti v večini primerov več kot 6 odstotkov, kar je pogoj za analizo v večini laboratorijev. V povprečju je prostocelične plodove DNK v krvni plazmi nosečnice od 10 do 15 odstotkov. Odvzem krvi v praksi je najbolj pogost okoli 12. do 13. tedna nosečnosti, po opravljenem ultrazvočnem pregledu ploda z nuhalno svetlino.

## Klinična uporaba NIPT

Prof. Nicolaides je v svojem predavanju predstavil tri možne načine klinične uporabe NIPT v vsakdanji praksi.

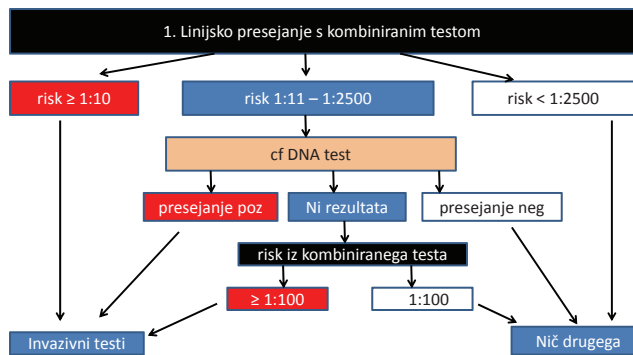
**Prvi model klinične uporabe NIPT**, imenovan tudi univerzalni model, predlaga NIPT za vse nosečnice kot prvo presejalno metodo za ugotavljanje najpogostejših trisomij. Če je NIPT negativen, dodatni testi niso potrebni. Če je NIPT pozitiven, se opravi invazivno diagnostiko. Če z NIPT ne dobimo izvida, se opravi kombiniran test (NS in DHT). Če je kombiniran test rizičen ( $\geq 1:100$ ), se pristopi k invazivni diagnostiki; če je kombiniran test manj rizičen ( $< 1:100$ ), dodatne preiskave niso potrebne. Z univerzalnim modelom bi odkrili 98,5 odstotka T21, 95 odstotkov T18 in T13. Lažno pozitivnih rezultatov bi bilo 0,43 odstotka, invazivna diagnostika bi bila potrebna pri 1 odstotku nosečnic.

Kljub zelo dobro dodelani diagnostiki NIPT se zgodi, da ni izvida. Prof. Nicolaides je podal rezultate ameriškega laboratorija Ariosa, kjer niso podali rezultata v 4,3 odstotka vzorcev po prvem odvzemu krvi, po dveh odvzemih krvi pa je primerov brez izvida 2 odstotka. Glavni vzroki, da izvida ni, so: prenizek delež prostocelične plodove DNK (67 odstotkov), neuspešno laboratorijsko procesiranje (26 odstotkov) ali transport (7 odstotkov). Delež prostocelične plodove DNK v periferni krvi nosečnice raste s trajanjem nosečnosti, tako da je večja verjetnost, da bo pri ponovnem odvzemu delež DNK višji. Delež prostocelične plodove DNK raste s placentarno maso in korelira s koncentracijami hormona PAPPa (ki ga določamo pri DHT) ter pada s težo nosečnice.

**Drugi model klinične uporabe NIPT** predlaga za vse nosečnice najprej kombiniran test (NS in DHT). Za visoko rizične predlaga NIPT. V tem modelu prof. Nicolaides definira visokorizične 1:1000 ali opcijsko 1:2500. Če je NIPT

## FMF KLINIČNA IMPLEMENTACIJA NIPT

**Model 3:** invazivna dg pri visoko rizičnih & cfDNA v vmesni skupini na osnovi kombiniranega testa



Možna klinična implementacija NIPT.

pozitiven, predlaga invazivno diagnostiko, če je NIPT negativen, dodatni testi niso potrebni. Pri nizkem tveganju pri kombiniranem testu dodatno testiranje ni potrebno. S tem modelom bi odkrili od 95 do 97 odstotkov T21, 95 odstotkov T18 in T13. Invazivnih testov bi bilo potrebnih le 0,7 odstotka, NIPT bi bil potreben pri 15 do 25 odstotkih nosečnic, odvisno od definicije visokorizičnosti.

**Tretji model klinične uporabe NIPT** je nekoliko bolj razčlenjen, za prakso s posameznimi popravki verjetno najbolj primeren. Ta model za vse nosečnice predlaga najprej kombiniran test (NS in DHT). S tem presejanjem se razdelijo nosečnice v tri skupine, glede na tveganje. Nosečnice z visokim tveganjem s kombiniranim testom (tveganje  $\geq 10$ ) opravijo invazivno diagnostiko. Nosečnice z nizkim tveganjem (tveganje  $< 1:2500$ ) ne potrebujejo dodatnega testa. Pri nosečnicah, ki imajo vnesno tveganje (1:11–1:2500), se opravi NIPT. Če je NIPT pozitiven, se opravi invazivna diagnostika; če je NIPT negativen, dodatni testi niso potrebni. Če z NIPT po dveh odvzemih ni rezultata, se upošteva tveganje kombiniranega testa. Če je tveganje  $\geq 1:100$ , se opravi invazivna diagnostika, če je tveganje s kombiniranim testom  $< 1:100$ , dodatni testi niso potrebni. S tem načinom uvedbe NIPT v klinično prakso bi odkrili 97 odstotkov T21, 98 odstotkov T18 in T13, ob 0,4 odstotka lažno pozitivnih rezultatov. Delež invazivne diagnostike bi se zmanjšal na 0,9 odstotka.

Vsi trije modeli klinične obravnave presejalnih in diagnostičnih testov za odkrivanje kromosomskih nepravilnosti pri plodu, vključujoč ceno, so lahko osnova za zavarovalnice in zdravstveno politiko v posamezni državi glede na njene zmožnosti ter želje in odločitve nosečnice.

### Dvojčki in NIPT

Literature o rezultatih NIPT pri dvojčkih je veliko manj kot za enoplodne nosečnosti, vendar je vedno več. S kombiniranimi testi odkrijemo 90 odstotkov T21 ob nekoliko višjem deležu lažno pozitivnih rezultatov kot pri enojčkih, kjer je ta delež 5 odstotkov. Pri dihorionskih dvojčkih je delež lažno pozitivnih 6 odstotkov, pri monohorionskih dvojčkih pa 9 odstotkov, pri slednjih predvsem zaradi povišane nihalne svetline zaradi TTTS.

Z NIPT je delež lažno pozitivnih bistveno manjši, literatura pa navaja, da pride do testa brez NIPT-rezultata pri dvojčkih v 7,4 odstotka, kar je več kot pri enoplodni nosečnosti. Z raziskavami

je bilo ugotovljeno, da je pri isti višini nosečnosti pri dvojčkih manjši delež proste DNK kot pri enoplodni nosečnosti. Vsa ta dejstva je treba upoštevati tudi pri posvetu z nosečnico in predstavitvi možnosti za odkrivanje kromosomskih napak pri plodu.

### Razširjen NIPT

Različni laboratoriji po svetu, ki izvajajo NIPT, lahko poleg najpogostejših trisomij T21, T18 in T13 dodatno ugotavljajo tudi napake na spolnih kromosomih, triploidije, delecije in druge nepravilnosti.

Če je tveganje s kombiniranim testom visoko ( $> 1:100$ ), je verjetnost za T21, T18, T13 83 odstotkov, 8 odstotkov odpade na napake spolnih kromosomov (XO-monosomija X, trisomije spolnih kromosomov), 4 odstotke na triploidije, preostanek pa na delecije, duplikacije in mozaicizem. Z NIPT pri neselekcionirani populaciji nosečnic zaznamo več napak na spolnih kromosomih, predvsem trisomij, ki jih s kombiniranim testom ne zaznamo.

Napake na spolnih kromosomih so pogoste. Pri spolnih kromosomih je mozaicizem bolj pogost. Trisomije: 47, XXY (Klinefelterjev sindrom), 47, XYY (super moški) in 47, XXX (super ženska) se pojavljajo s prevalenco 1:500 v 12. tednu nosečnosti in ob terminu. Zanesljivost NIPT-testa za trisomije spolnih kromosomov je okoli 97-odstotna ob 0,9 odstotka lažno pozitivnih testov. Monosomija X (Turnerjev sindrom) se pojavlja s prevalenco 1:1500 v 12. tednu nosečnosti, ob terminu je verjetnost 1:4200. Zanesljivost NIPT-testa za monosomijo X je 90 odstotkov ob 0,12 odstotka lažno pozitivnih testov.

Različni laboratoriji nudijo različen nabor dodatnih testov iz prostocelične plodove DNK. S sekveniranjem je možno zaznati tudi klinično pomembne, manj pogoste delecije, kot so: DiGeorge sindrom, 1p36 delecijski sindrom, Prader-Willi, Angelmanov sindrom, Cri-du-chat sindrom in druge. Zanesljivost za mikrodelecije je od 60 do 97 odstotkov, ob 1,5 odstotka lažno pozitivnih testov.

Sodobna medicina tudi na področju fetalne medicine nudi vedno več diagnostičnih možnosti, tako smo večkrat pričča dejstvu, da je klinična uporaba le-teh nekoliko kasnejša.

### Druge novosti

Poleg uvedbe NIPT v klinično prakso je bila na londonskem srečanju tokrat predstavljena uporaba magnetne resonance v prednatalni diagnostiki, patologija placente in posledične motnje rasti ploda, presejanje za preeklampsijo v prvem trimesečju nosečnosti, vpliv aspirina na trofoblastno funkcijo, posmrtna diagnostika pri plodu, anomalije pljuč in sečil ter posamezni klinični primeri razvojnih napak ploda.

Magnetna resonanca (MRI) je dobrodošlo dopolnilo UZ-diagnostike razvojnih napak ploda predvsem tam, kjer UZ-preiskava ne omogoča natančne določitve razvojnih napak in posledično načrtovanja nadaljnjih ukrepov. MRI je bolj uporabna metoda pri ocenjevanju intrakranialnih struktur in placente. Prekomerna telesna teža ne vpliva na natančnost metode MRI, kar je pri UZ-diagnostiki velika ovira. MRI je edina metoda, ki delno omogoča tudi ocenjevanje funkcije možganov.

Preeklampsija (PE) vsako leto prizadane približno 8.370.000 žensk na svetu in je eden od glavnih vzrokov maternalne, fetalne in neonatalne zboleznosti in umrljivosti v razvitem

svetu. Zanj je značilna okvarjena placentarna perfuzija, ki vodi v ishemijo placente.

V FMF so razvili presejalni program za ugotavljanje tveganja za PE v prvem trimesečju nosečnosti. Pri oceni tveganja se upošteva anamnezo nosečnice, srednji arterijski tlak (MAP), pulzatilni indeks arterije uterine (UAPI), vrednost hormona PAPP-A v krvi nosečnice in placentarni rastni faktor (PIGF). Številne študije kažejo, da se da na podlagi tega presejalnega programa predvideti zgodnji začetek težje oblike PE v 93 odstotkih, kasno obliko PE pa v 36 odstotkih, 5 odstotkov je bilo lažno pozitivnih rezultatov. Če pa upoštevamo le anamnezo nosečnice, lahko predvidimo zgodnji začetek težje PE le v 30 odstotkih in kasno v 20 odstotkih, pri 5-odstotni lažno pozitivni napovedi. Pri težji obliki PE je potrebna prekinitev nosečnosti pred 37. tednom.

Okvara placente pri preeklampsiji predvidoma povzroča aktivacijo trombocitov. Poveča se izločanje tromboksana, ki je vazokonstriktor in stimulira agregacijo trombocitov. Aspirin potencialno zmanjšuje izločanje tromboksana in s tem izboljša placentacijo. Raziskave kažejo, da jemanje aspirina v nizkem

odmerku (150 mg dnevno) pomembno zmanjša tveganje za nastanek preeklampsije pri povečanem tveganju, če se prične jemati že v prvem trimesečju nosečnosti. Tveganje za PE se zmanjša za 50 odstotkov in za 80 odstotkov se zmanjša tveganje za prezgodnji porod (PPI), za 46 odstotkov se zmanjša tveganje za zastoj rasti ploda (IUGR). Če se prične z jemanjem aspirina šele pri 16. tednu, je njegova učinkovitost bistveno manjša.

## Zaključek

Novosti, ki jih ponuja sodobna medicina, se pojavljajo z izjemno hitrostjo, tako da klinična praksa težko sledi implementaciji le-teh. Seveda je za vsako metodo ali terapijo najprej potrebno poznavanje literature, tehten razmislek v okviru možnosti, ki so dane, bodisi s strani zavarovalnice ali samoplačniško. Mi zdravniki imamo poslanstvo, da svoja znanja širimo, verodostojno in kritično predstavimo z vsemi pozitivnimi in negativnimi lastnostmi.

E-naslov: [ursula.res@gmail.com](mailto:ursula.res@gmail.com)

# Prvi letnik Šole urgence

*Vesna Borovnik Lesjak*

Že pred leti je pokojni prof. dr. Štefek Grmec snoval idejo o Šoli urgence, z mladimi urgentnimi zdravniki pa je ideja zorela naprej in se pod okriljem Slovenskega združenja za urgentno medicino in Katedre za urgentno medicino Medicinske fakultete v Mariboru decembra 2013 uresničila v obliki dvodnevnega izobraževalnega srečanja. Šola je zasnovana v obliki petih letnikov, od katerih bo vsak letnik posvečen specifični tematiki s področja urgentne medicine, ki sledijo programu Evropskega združenja za urgentno medicino (EuSEM, European Society of Emergency Medicine) glede temeljnega nabora znanj za specialnost urgentne medicine. Letošnji prvi letnik je bil posvečen kardiopulmonalnim temam, v naslednjih letih pa bodo sledile še travmatološka, toksikološka, nevrološka, gastroenterološka, ginekološka in pediatrična tematika.

Prva šola je pritegnila okoli 300 udeležencev, predvsem mladih zdravnikov pripravnikov ter specializantov različnih strok, zlasti urgentne medicine, pa tudi specialistov družinske medicine. Prav populacijam in specialnostim, ki se pri delu redno srečujejo s takšnimi ali drugačnimi urgentnimi stanji, je šola tudi namenjena. Predavanja so bila zelo praktično in klinično usmerjena. Predavatelji so se resnično izkazali s poznavanjem tematike in osredotočenjem na problematiko, značilno za urgentne ambulante oz. urgentne situacije. K sodelovanju so bili poleg slovenskih strokovnjakov s področja kardiologije (naj omenimo le najbolj izstopajoče Hugona Možino in Marka Gričarja iz UKC Ljubljana ter Mateja Marinška iz SB Celje) povabljeni tudi nekateri tuji »guruji« s področja urgentne medicine, ki so med drugim posebej za namen šole spregovorili tudi o razvoju urgentne medicine v ZDA ter o pomenu umestitve urgentne medicine v (slovenski) medicinski prostor. Amal Mattu je v slogu svojega *podcasta* predaval o posebnostih EKG, Mel Herbert o hipertenzivni krizi, zvrstil pa se je tudi sklop videopredavanj o intubaciji s hitrim zaporedjem postopkov in pristopih k oskrbi težavne dihalne poti (na čelu s

Scottom Weingartom in Nicholasom Chrimesom), ki so odlično dopolnila predavanja mariborskih anesteziologov o osnovah mehanske ventilacije ter oskrbi dihalne poti. Strokovnjaki s Klinike Golnik so prevzeli sklop o boleznih dihalnega sistema, pomembnih za delo v urgentnih ambulantah.

Za sprostitev po intenzivnem dnevu zgoščenih predavanj je poskrbela glasbena skupina Klic divjine s koncertom v klubu KGB, ki je bil prijetna osvežitev in razvedrilo pred drugim dnevom predavanj.

Prvi vtisi udeležencev so pozitivni in vzpodbudni, po analizi rezultatov ankete, ki smo jo opravili med udeleženci, pa bomo poskušali še izboljšati nekatere pomanjkljivosti, s katerimi smo se morebiti soočili. Seveda izboljšave nikakor ne bodo namenjene komercializaciji šole, ampak izključno izboljšanju kakovosti in aktualizaciji tem. Osnovni namen bo tudi za prihodnje letnike ostal isti – ponuditi kakovostno, relevantno in usmerjeno ter obnem tudi cenovno dostopno izobraževanje, mladim zdravnikom po načelih EuSEM.



# V spomin akademiku prof. dr. Jožetu Trontlju

Roman Globokar

Modri Sirah je zapisal (Sir 37,16–26):

.....

*Začetek vsakega dejanja je beseda,  
pred vsakršno dejavnostjo premislek.*

*Kot sled srčnega dogajanja*

*poganjajo štiri prvine:*

*dobro in zlo, življenje in smrt;*

*nad njimi ima vedno oblast jezik.*

*Dobi se moder mož, ki je moder za svojo dušo,  
sadovi njegove pameti v njegovih ustih so  
zanesljivi.*

*Moder mož bo svoje ljudstvo vzgajal,  
sadovi njegove modrosti so zanesljivi.*

*Moder mož bo poln blagoslova,  
vsi, ki ga bodo gledali, ga bodo blagrovali.*

*Življenju moža so odmerjeni dnevi.*

*Modri bo v svojem ljudstvu deležen zaupanja,  
njegovo ime bo živelo na veke.*

.....

Danes smo se zbrali, da z globoko hvaležnostjo počastimo spomin na našega dragega prijatelja prof. Jožeta Trontlja. Njegovo življenje je bila utelešena dobrota. V svoji osebnosti je združeval vrhunsko znanost in izredni etični čut. Z gotovostjo lahko rečemo, da je bil v zadnjem času največja moralna avtoriteta v našem narodu. Z vsemi svojimi močmi se je zavzemal za pristno človečnost, za razširjanje etične zavesti v sodobnem svetu, ki ga zaznamuje zmeda na etičnem področju. Čutil je globoko poslanstvo, da v to okolje prinaša novo upanje, upanje na bolj pravično in pošteno družbo, v kateri bo spoštovano dostojanstvo prav vsakega človeka. S svojo pronicljivo mislijo, s svojo preudarnostjo in modrostjo je postavljajl smernice za boljši svet, v katerega je verjel. Ljudi ni delil na naše in vaše, ampak je gojil pristno spoštovanje do vsakega človeka. Prizadeval si je za spravo v našem narodu in izražal podporo različnim pobudam, da bi presegli usodno razdeljenost in poiskali skupno pot v prihodnost. V zadnjem času si je še



posebej prizadeval za uvajanje etičnih vsebin v proces vzgoje in izobraževanja. Boljši svet je mogoče graditi samo, če bomo poskrbeli za oblikovanje etičnega čuta že od prvih let otrokovega življenja. V širši skupnosti so njegove pobude enoznačno naletele na zelo pozitiven odmev. Čedalje bolj se vsi skupaj zavedamo, da brez etike ni resničnega napredka. Znanost nujno potrebuje etiko, če želi zagotoviti resnično blagostanje človeka. V enem od svojih govorov je izrekel tudi te besede: »Edino upanje za preživetje sedanje civilizacije je, da se zmanjšajo velikanske razlike med narodi, ne več toliko s pomočjo znanstvenega in tehnološkega razvoja ali tržnega gospodarstva, ampak predvsem prek vse večjega sprejemanja in zblíževanja etičnih vrednot.«

Ob izgubi dragega prijatelja prof. Jožeta Trontlja smo pretreseni. Zelo bomo pogršali njegovo preudarnost pri soočenju z različnimi etičnimi vprašanji. Profesorju smo preprosto lahko zaupali. Vedeli smo, da ima v sebi kompas za prave odločitve. Dostikrat je videl dosti dlje od nas. Posamezne primere je umestil v širši kontekst in nam tako osvetlil marsikatero nerešljivo zagato. Ni bil nagnjen k hitrim in populističnim rešitvam, ki bi hotele ugajati trenutnim trendom, ampak je bil zavezan iskanju etične resnice. Zavezan je bil odgovornosti in spoštovanju dostojanstva vsake človeške osebe, tudi za ceno očitkov o zastarelosti in staromodnosti.

Dragi prijatelji, vsi mi smo ogromno prejeli od pokojnega prof. Jožeta Trontlja. Res smo lahko hvaležni, da smo lahko razmišljali in delali skupaj z njim. Prepričan sem, da z menoj delite prepričanje, da smo dolžni prevzeti odgovornost, da bo njegova bogata dediščina tudi v prihodnje rojevala sadove v naši družbi. Profesor je bil zelo ponosen na našo etično komisijo. V njej je videl zagotovilo, da bo razvoj znanosti napredoval v etični smeri, torej v smeri, ki zagotavlja blagor posameznika, družbe in celotnega naravnega okolja. Na poseben način bo tudi v prihodnje še vedno z nami.

Naj počiva v miru!



# Klara Kavalič (1971–2013),

predsednica Društva za pljučno hipertenzijo Slovenije

# Maks Soršak (1964–2012),

podpredsednik Društva za pljučno hipertenzijo Slovenije

*Barbara Salobir*

*Življenje niso dnevi,  
ki so minili, temveč dnevi,  
ki smo si jih zapomnili.*

*(P. A. Pavlenico)*

2. decembra 2013 nas je popolnoma nepričakovano v skoraj nerazumljivi nesreči na delovnem mestu zapustila predsednica Društva za pljučno hipertenzijo Slovenije, Klara Kavalič. Njeno življenje je pred slabimi petimi leti viselo na nitki. Imela je hudo pljučno arterijsko hipertenzijo zaradi kroničnih pljučnih tromboembolizmov. Videti je bilo, da se bo usodno končalo. A Klara se je po obravnavi v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana na Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergije

ter predstavitvi prof. Walterju Klepetku na AKH Dunaj, ki je 25. februarja 2009 odlično opravil pljučno endarterektomijo, kot je sama rada rekla, znova rodila. Poseg ji je vrnil normalno življenje in hvaležna je bila za vsak preživet dan. Kakšen mesec po operaciji je spoznala bolnika Maksa Sorška, pomočnika direktorice Moderne galerije. Izvedela je, da je šele druga v Sloveniji, pri kateri so opravili tako operacijo. Prvo so pri Maksu, prav tako na Dunaju.

Iz hvaležnosti za »novo« življenje se je pri obeh porodila želja, da bi pričela slovensko javnost ozaveščati o tej redki in zahrbtni bolezni. Tako sta najprej skupaj javno spregovorila o njej v številnih slovenskih časopisih, revijah, na televiziji in radiu, nato pa 14. aprila 2011 ustanovila skupaj z drugimi bolniki, strokovnimi delavci in vsemi, ki so podpirali njuno poslanstvo, Društvo za pljučno hipertenzijo Slovenije. Društvo je bilo še isto leto sprejeto v Evropsko združenje pljučne hipertenzije, izdalo je zloženke, ki so bile razdeljene po vsej Sloveniji in spodbujale k ozaveščanju o pljučni hipertenziji. Za moto društva sta izbrala



Predsednica Društva za pljučno hipertenzijo Slovenije Klara Kavalič in podpredsednik društva Maks Soršak v spremstvu igralke in režiserke Tine Gorenjak (desno) in Saša Kraglja, našega najboljšega motokrosista (skrajno desno) v kampanji Modre ustnice 29. februarja 2012, za katero je društvo v Barceloni v Španiji na letnem srečanju Evropskega združenja pljučne hipertenzije prejelo prvo nagrado za najboljšo in najbolj odmevno kampanjo v Evropi!

misel, da se da kljub težki bolezni živeti lepo, srečno in sončno. Tako sta tudi oba živela, pred in po operaciji.

Že naslednje leto je Društvo za pljučno hipertenzijo Slovenije na dan redkih bolezni, 29. februarja 2012, ob njenem velikem prizadevanju organiziralo v okviru Evropskega društva za pljučno hipertenzijo kampanjo Modre ustnice, za katero je društvo prejelo **prvo nagrado** za najboljšo in najbolj odmevno kampanjo v Evropi! Klara in Maks sta ob pomoči vseh, predvsem pa mladih Urške Krek in Jana Veharja, združila številne športnike, umetnike in glasbenike, ki so skupaj s strokovnjaki na ta dan ozaveščali strokovno in laično javnost o pljučni hipertenziji. Plakati so že teden dni prej viseli po vsej Sloveniji, o bolezni so potekale oddaje na praktično vseh radijskih in televizijskih postajah, v revijah in časopisih so bili objavljeni članki in intervjuji o tej temi. Po kampanji je na facebooku potekal takle pogovor med najbolj aktivnimi organizatorji: Klara Kavalič: »Tri najbolj odmevne kampanje bodo nagrajene in bodo objavljene 6. junija! Mislite, da bomo med temi tremi????« Urška Krek: »Absolutno!:)« Jan Vehar: »Waa :)« Barbara Pirih: »Seveda, uspeh nam ne pobegne kar tako!;)«

Društvo je prejelo 1. nagrado za najbolj odmevno kampanjo ... Ob podelitvi 13. septembra 2012 je Klara zapisala: »Ponosno, veselo in presrečno sporočam, da smo nocoj v Barceloni na letnem srečanju Evropskega združenja pljučne hipertenzije prejeli PRVO NAGRADO za najboljšo kampanjo v Evropi! Zahvala gre vsem tistim, ki ste nam pri tej kampanji pomagali na kakršenkoli način ... veliko vas je, ki ste na dan redkih bolezni 29. 2. 2012 dihali z nami!!! Še enkrat hvala vsem in vsakemu posebej!!!« Po vrnitvi ji je Maks rekel: »No predsednica, a vidiš, uspelo nama je!«

Maksa je v letu 2012 vzela bolezen. V knjigi *Maks, vezni igralec mesta*, urednic Petre Pogorevc in Inge Remeta, ki je na njegov rojstni dan 21. 12. 2013 izšla pri Mestnem gledališču ljubljanskem, je Klara napisala: »Ko sem izvedela, da ga je bolezen

premagala, je bila moja prva misel: »Naslednja sem jaz.« Vendar mi je jeza dala neko novo moč, da grem naprej in nadaljujem delo, ki sva si ga zastavila. Z Maksovo pomočjo od »tam zgoraj« upam, da mi uspeva.« In res, tudi tokrat je bila kampanja odlično organizirana ob 1. svetovnem dnevu pljučne hipertenzije 4. maja 2013. Bremena so Klari sedaj pomagali nositi novi člani v društvu, še posebej Tadeja Ravnik, sedanja podpredsednica, in Aljaž Prevolšek, ki je glavni povezovalni člen z Evropskim združenjem za pljučno hipertenzijo. Pa tudi Maks je pomagal »od tam zgoraj«, je verjela Klara. Polna načrtov se je s Tadejo Ravnik vrnila z letnega srečanja evropskega združenja v Barceloni. Potem pa jo je iznenada vzela, ne bolezen, ampak tragična nesreča na delovnem mestu.

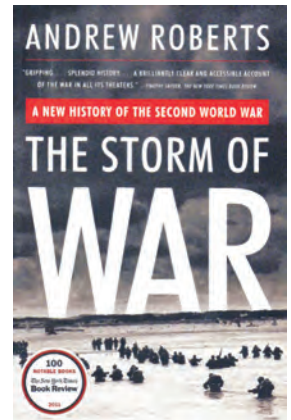
Klara in Maks sta bila čudoviti osebi. Bila sta polna navdušenja, ki je vse okrog njiju spravljalo v dobro voljo. Prostovoljno sta ogromno naredila za ozaveščanje o pljučni hipertenziji v slovenskem prostoru. Njun pečat, ki sta ga dala slovenski medicini, bo ostal za vedno. Tudi z njuno pomočjo in pomočjo vseh, ki so ju podpirali (vključno z novinarji), se je v zadnjih petih letih v obravnavi bolnikov s pljučno hipertenzijo veliko obrnilo na bolje, saj so s strani Ministrstva za zdravje in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije odobreni vsi načini zdravljenja pljučne hipertenzije. **Sledimo najnovejšim smernicam za zdravljenje pljučne hipertenzije, ki jih bo na 2. simpoziju o pljučni hipertenziji 7. marca 2014 v Domus Medica v Ljubljani predstavil in celotni simpozij vodil vodilni svetovni strokovnjak prof. Nazzareno Galie.** Tudi na tem simpoziju se bomo spomnili Klare in Maksa in vseh dni, ko smo skupaj ozaveščali slovensko javnost o tej redki, zahrbtni bolezni in se skupaj zavzemali za boljšo obravnavo bolnikov s pljučno hipertenzijo. Tako bosta z nami živela dalje, kajti »Življenje niso dnevi, ki so minili, temveč dnevi, ki smo si jih zapomnili« (P. A. Pavlenico). Nadaljevali bomo delo, ki sta ga začela, tudi z njuno pomočjo od »tam nekje zgoraj«.

E-naslov: [barbara.salobir.pulmo@kclj.si](mailto:barbara.salobir.pulmo@kclj.si)



# Andrew Roberts: The Storm of War. A New History of the Second World War

(Vihar vojne. Nova zgodovina druge svetovne vojne).  
Harper Perennial, New York, 2011, 711 str.



Knjiga se je znašla pred mano – ne nepričakovano – po klasični pošti poslana iz Amerike.

Doma sem jo dolgo opazoval od zunaj in se vedno znova prestrašil njene debeline. A ker je bila darilo, sem se je le lotil. Ne spomnim se, ali pri fotografijah nekje na sredi besedila ali pri zemljevidih na začetku (strani xvii-li). In končno opazil, da je na koncu samostojno poglavje *Conclusions: Why Did the Axis Lose the Second World War?* (Sklep: Zakaj so sile osi izgubile drugo svetovno vojno?) In vame je kar treščilo, ko sem videl, da se poglavje začne s citatom iz knjige Nicholasa Monsarrata *The Cruel Sea*, katere slovenski prevod *Kruto morje* (Mladinska knjiga, Ljubljana, 1953) sem z navdušenjem prebiral kot medicinec 3. letnika takratne Medicinske visoke šole v Ljubljani ...

Tako se mi zdi najbolje svojo predstavitev začeti s prevodom prvega ter zadnjega odstavka poglavja *Conclusions*:

»Ta vojna«, je leta 1942 Hitler povedal v Reichstagu, »je eden tistih elementarnih konfliktov, ki uvajajo novo tisočletje in ki pretresajo svet.« Seveda je imel prav. Daleč od tisočletnega Reicha je današnja Nemčija pacifistična, liberalna demokracija, ki spoštuje zakon. Tako kot tudi Italija. Poljska in Rusija sta ponosni in neodvisni slovanski državi. Francija je obnovljena in ima vodilno vlogo v Evropi. Judovsko ljudstvo ni le preživelo in se povečalo, temveč ima danes svojo lastno demokratično nacionalno državo, deloma tudi zaradi holokavsta. Združene države, ki so se Hitlerju gnusile, ker je veroval, da jih vodijo zamorci in Judje, so danes največja sila na svetu in v času pisanja te knjige jih vodi človek, ki je črn. Kitajska je močna neodvisna država in Japonska je nevtralna, antimilitaristična demokracija. Britansko cesarstvo je propadlo, toda njen Commonwealth uspeva prek celin. Uresničenje Hitlerjevih upov na orjaško »Panevropsko ekonomsko področje« se ne ujema z njegovo predstavo o orjaškem sistemu, ki bi podpiral življenje arijske rase, ki si seveda ni nikoli pridobila tistega, kar je on poimenoval *Lebensraum*. Hitlerjeva vojna je bila zares prav zato »eden tistih elementarnih konfliktov, ki uvajajo novo tisočletje in ki pretresajo svet«, ki pa je natančno nasprotje tiste vrste tisočletja, ki ga je imel v mislih.

....

4. februarja 1942 zvečer je imel Adolf Hitler na *Berghofu* v gosteh Heinricha Himmlerja in tako so med pogovori prišli tudi do Shakespeara. Verjetno je imel Hitler v mislih Hamleta ter kralja Leara, ko je povedal, da je:

»... zla sreča, da se nobeden od naših velikih piscev ni ukvarjal z nemško imperialno zgodovino. Naš Schiller ni našel nič boljšega kot to, da je slavil nekega švicarskega samostrelca (Wilhelm Tell, op. pis.). Angleži pa, nasprotno, so imeli Shakespeara, toda zgodovino njihove države – kar zadeva junake – je Shakespeare predstavil kot bedake in norca.«

Analize Hitlerjevega poraza so ga nakazovale kot strateškega bedaka – »korporala Hitlerja« – ali drugače kot norca, vendar te razlage ne zadostujejo. Pravi vzrok, da je Hitler izgubil drugo svetovno vojno, je bil v prvi vrsti natančno isti kot tisti, zaradi katerega je to vojno začel: bil je nacist.

Besedilo je razdeljeno na tri dele: *Onslaught* (Silovit napad), *Climacteric* (Odločilno) in *Retribution* (Vračilo), vsak del pa na šest poglavij, vsega skupaj 18. Tematiko avtor predstavi v kratkem poglavju *Prelude: The Pact* (Predigra: Dogovor). Tu je izvrstno opisano, kako sta se 12. aprila 1934, na krovu žepne bojne ladje *Deutschland*, srečala Hitler in njegov minister za vojsko general Werner von Blomberg. Sklenila sta tajni dogovor, da bo nemška vojska podprla Hitlerja, da bo postal poglavar države takoj potem, ko bo umrl Hindenburg. Pogoj za to podporo pa je, da bo vojska, takratni *Reichswehr*, edina sila, ki bo nadzorovala vse vojaške zadeve. In Hitler je držal besedo: že čez nekaj mesecev, junija 1934, je Hitler v *noči dolgih nožev* mobiliziral svojo SS, dal ubiti Ernsta Röhma in njegove sodelavce v SA, ki so si hoteli podrediti *Reichswehr*.

O drugi svetovni vojni sem prebral že kar nekaj dobrih knjig in tako tuhtam, kako in koliko se od teh razlikuje *The Storm of War*. Menim, da gre za več značilnosti:

Po eni strani se nekako »osebno dotika« knjig, ki sem jih že prebral. Npr. citati, prekrivajoči se s tistimi iz *Hitlerjeve knjige* T. Rybacka ali *Bis zur letzten Stunde* (Do zadnje ure), zapisom Hitlerjeve tajnice Traudl Junge. In naprej: med branjem poglavja *The Waves of Air and Sea* so se mi v ozadju mojega miselnega sveta prepletale scene iz romanov oz. filmov *Kruto morje* in *Podmornica* (slovenski prevod iz nemščine: Lipa, Ljubljana, 1975). Ali znamenita knjiga L. Deightona *Bomber* (Bombnik; slovenski prevod je Mladinska knjiga izdala leta 1976). Opisuje dogajanja ter skoraj vse ljudi – tako na angleški kot na nemški strani – v enem dnevu v juniju 1943. Zaradi nesrečnih naključij sta dve letali *Mosquito*, t. i. *pathfinders* (stezosledci), napačno označili bombniški cilj: ne industrijsko mesto Krefeld, temveč nekaj kilometrov oddaljeno mestoce Algarten, na katerega je nato več sto bombnikov odvrгло svoj smrtonosni tovor. *Bomber* je izvrsten literarni dvojnik pričujoči knjigi, tj. poglavju *The Cruel Reality* (Kruta resničnost), ki

obravnava vprašanje, ali je bilo sistematično zavezniško bombardiranje nemških mest in infrastrukture uspešno ali ne. In na str. 442 opisuje navigacijsko napako, zaradi katere je 787 angleških bombnikov svoj cilj v Hamburgu zgrešilo za skoraj 3 km ...

Po drugi strani pa se mi zdi, da *The Storm of War* poskuša zadnjo vojno predstaviti nekako celovito. Npr. neznansko zanimivo primerja sloge poveljevanja. Medtem ko je bil Hitler diktator, njegovi generali pa večinoma poslušni izvajalci, je bila *Stavka*, poveljstvo Rdeče armade, kolektivni organ s tudi diktatorskim Stalinom, ki pa je včasih vendar prisluhnil svojim generalom. Nasprotno slednjima pa so bila zahodna poveljstva oz. na koncu vrhovno poveljstvo (Supreme Headquarters Allied Expeditionary Force, SHAEF) nekakšno demokratično sračje gnezdo, v katerem je vrhovni poveljnik usklajeval ne le različne vojaške zamisli, temveč tudi nemajhna nasprotja in medsebojne zamere generalov. Hitler je bil sicer diktator in dal pobiti množico častnikov, vpletenih v Stauffenbergov atentat, a vojaško neposlušnega generala je samo odpoklical – in nič več. Pri Stalinu se je taka reč takoj končala z eksekucijo. Američani pa so svojega generala Pattona skoraj izključili iz vojske, ker je med obiskom v neki bolnišnici oklofotal dva vojaka zaradi njune domnevne strahopetnosti ...

Najbolj pretresljivi sta dve poglavji. Prvo je *The Everlasting Shame of Mankind* (Večna sramota za človeštvo) in se ukvarja s holokavstom. Tudi z načrti zahodnih zaveznikov o bombardiranju Auschwitza ter njihovi (ne)izvedljivosti. Drugo pa je *Five Minutes at Midway* (Pet minut pri otoku Midway). Slednje se sicer začne bolj faktografsko o prvem velikem vojaškem obratu leta 1942, ko so ZDA »v petih usodnih minutah« ustavile nezadržno japonsko napredovanje. A to poglavje se nato nadaljuje z opisom japonskega nasilja, ki je bilo primerljivo ali po okrutnosti še hujše kot nacistično.

Povedna je tudi statistika (npr. na str. 214): Ko so Združene države decembra 1941 vstopile v vojno, je bila njihova vojska po številu na 17. mestu na svetu; imela je 269.023 vojakov, manj kot npr. Romunija. Vsega skupaj torej komaj pet popolnoma opremljenih divizij – in to v času, ko je imel Hitler 180 divizij. Do konca vojne leta 1945 pa je bilo v ZDA mobiliziranih 14,9 milijona ljudi, izdelanih 296.000 letal, 86.333 tankov in 147 letalonosilk ...

Knjiga obravnava tudi nekatere mite iz zadnjih desetletij, npr. da je bilo bombardiranje Dresdna oz. atomsko bombardiranje Hirošime in Nagasakija odveč. No, kdaj je Japonska kapitulirala, je znano. Manj pa je znano, da bi se vojna z Japonsko zavlekla še za najmanj eno leto, če ne bi bilo atomske bombe. In računi kažejo, da bi bilo število žrtev na koncu večje. Po drugi strani pa kar precej demitizira Stauffenbergov atentat na Hitlerja: skupina visokih častnikov se je res hotela znebiti tirana ter končati vojno, vendar Nemčijo ohraniti v mejah tisočletnega Reicha ...

V sklop »celovitega pristopa« k zgodovini druge svetovne vojne sodita še dva vidika, ki sem ju sicer poznal, a v bistvu le po drobcih:

Prvi sodi med t. i. vojne zvijače. Gre za *Operacijo Fortitude*, s katero so Anglo-Američani postavili izmišljeno armado, oboroženo z gumenimi maketami topov, tankov, letal itn., ter podprti s čredo lažnih vohunov prelisčili Hitlerja, da je vseskozi domneval, da bo zavezniška invazija ne v Normadiji, temveč v območju Dover – Pas de Calais. In končno za angleški vdor v

nacistični šifrirni sistem *Enigma*. Pomembnost vdora za potek vojne se vidi iz uvodnih stavkov na str. 346:

Britanski politik, 2. vikont Hailsham, je nekoč povedal, da »Tisti posebni primer, v katerem morem v sodobni zgodovini videti božji prst, je bilo Churchillovo imenovanje za predsednika vlade v natančno pravem času v letu 1940.« Naslednji kandidat za poseg Vsemogočnega v drugo svetovno vojno bi morda lahko bilo dejstvo, da so zavezniki prodrli v nemško šifro *Enigma*, kar je sprožilo tok dešifriranih sporočil, ki so po posebnih angleški varnostni klasifikaciji znana kot *Ultra*. To je zaveznikom omogočilo, da so skoraj vso vojno prebrali mnogo komunikacij, ki so bile poslane ali sprejete na naslove OKW (*Oberkommando der Wehrmacht*, Vrhovno vojno poveljstvo), OKH (*Oberkommando des Heeres*, Vrhovno poveljstvo vojske), Wehrmacht (Vojska), Luftwaffe (Letalstvo), Kriegsmarine (Vojna mornarica), Abwehr (Vojaška protiobveščevalna služba), SS in Reichsbahn (železnica), vsega skupaj nekaj milijonov enot varnostnih podatkov.

Nisem vedel, da se danes ocenjuje, da bi druga svetovna vojna potekala zelo zelo drugače, vsekakor pa dlje, če zahodni zavezniki ne bi bili skoraj sproti seznanjeni s potezami nacističnega poveljstva. In ko poskušam razumeti znanstveni pristop pri zlomu Enigme, se sprašujem, zakaj (čemu?) se nasprotna stran tega ni zavedela?

Drugi vidik pa je ocena Hitlerja kot stratega. Ki je hotel Anglijo uničiti tako, da je napadel Stalina, ter si tako končno naprtil boj na dveh frontah. Ki je brez potrebe zapravljal svoje sile v Severni Afriki. Ko so slednje klecnile, so klecnile hkrati s Stalingradom in zato je Hitler izgubil oboje. In da je vojno napovedal tudi Združenim državam. V bistvu je Rooseveltu naredil uslugo; pred ameriško, s pacifizmom obsedeno javnostjo mu ni bilo treba zagovarjati boja na dveh frontah: proti Japonski in proti Nemčiji. ZDA so bile tiste, ki so dokončno zapečatile nacistično usodo. Ali z drugo besedo: med silami t. i. *osi* (*Achsenmächte*: Nemčija, Italija in Japonska) ni bilo nikoli usklajenega delovanja – popolno nasprotje tistega, kar sta zmogla Roosevelt in Churchill – npr. njuna strateška odločitev »Germany first« (»Najprej Nemčija«) – ne le med sabo, temveč oba celo s Stalinom.

Na nekaj svojih vprašanj pa nisem našel odgovora. Npr. zakaj so Anglo-Američani vztrajali pri *carpet bombing* (bombardiranje kot preproga), ko pa so Američani imeli menda zelo natančen Nordenov bombni namerilnik? Zakaj se je v resnici smrtno ponesrečil general Władysław Sikorski, predsednik poljske vlade v izgnanstvu? Ali je Stalin res nameraval s Hitlerjem skleniti separatni mir, ker so zahodni zavezniki odlašali z napadom na Zahodu?

Nacizem je sejal veter, požel pa vihar, ki je dandanes v resnici nepredstavljaliv. Vihar (tudi maščevanje) so večinoma poželi civilisti, ki so bili – vsaj pravno gledano – nedolžni. Zdi se, da so se Zahodnjaki zavedali, kaj počno – pa četudi je bila vojna. In ker so hoteli varčevati s svojimi ljudmi, so pač žrtvovali tuje. Vzhodnjaki pa se o teh rečeh niso spraševali. Sprejemali so nepredstavljalivo velikansko materialno zahodno pomoč ter za zmago prelili morje svoje krvi; ljudi so imeli dovolj. Ravnali so iracionalno, enako kot Hitler, le da je njemu na koncu zmanjkalo ljudi. Pa ne le tistih, ki so padli z orožjem v roki. Zmanjkalo mu je tudi tistih, ki jih je bodisi pregnal ali preganjal ali onemogočil, da bi delali. Tako je šele v juniju 1942 fizik Werner

von Heisenberg poročal Hitlerju, da bi bil kos urana, »... ne večji kot ananas«, dovolj, da uniči velemesto. A takrat so bili že vsi nemški in judovski fiziki v Ameriki in že kar nekaj časa sodelovali v projektu Manhattan ...

V tej predstavitvi – ki morda zveni pristranska, posebej tistemu, ki ni doživel druge svetovne vojne – ni mogoče povzeti v knjigi obdelanih taktičnih napak zahodnih zaveznikov, Stalinovih pa še celo ne. V zadnjem letu vojne, ko so Sovjeti že nezadržno napredovali in zmagovali, so imeli slednji nekajkrat večje človeške izgube kot nacisti ...

**The Storm of War** je težko, a izvrstno branje. In tako tuhtam o čudnih mehanizmih ravnanja ljudi:

Zakaj se je na prelomu let 1940/1941 Hitler začel obračati od Zahoda proti Vzhodu, seveda z istim zlim poslanstvom o neenakopravnosti ljudi?

In zakaj je prav v istem času F. D. Roosevelt razglasil svojo poslanico o t. i. štirih svobodah, ki naj bi veljale za vse ljudi na svetu?

Žal tu ne morem citirati celotne poslanice, zato je spodaj nekakšen povzetek Rooseveltovih misli:

- svoboda od strahu,
- svoboda od pomanjkanja,
- svoboda za govor in
- svoboda za vero.

Menda je bila druga svetovna vojna v zgodovini človeštva prvi spopad med dobrim in zlom. In zato dobra priložnost za verujočega, da se je v človeško dogajanje morda res vmešal božji prst.

A morda je takrat le obveljalo preprosto dejstvo, da je zlo dolgoročno zelo neproduktivno.

In če je dovolj zlo, uniči samo sebe.

*Marjan Kordaš*

E-naslov: [marjan.kordas@mf.uni-lj.si](mailto:marjan.kordas@mf.uni-lj.si)

## Borut Korun, dr. dent. med.: Odisej sem, Itaka dom je moj sončni

Samozaložba, 328 strani, Velenje, 2013

Ko mi je kolega doktor Korun poklonil svoje novo delo, sem bil, moram priznati, kar malo v dvomih. Kaj pa lahko še kdo napiše o Odiseju in njegovi odisejadi, saj je že sam ep tako lep, da ni kaj dodati. To je zaklad človeštva, znan in vtkan v evropsko kulturno zavest že tri tisoč let! Zgodbe Iliade in Odiseje so s svojo mitologijo prežemale antično duhovno zavest in antično kulturo in še kasneje, od renesanse naprej oplajale vso evropsko kulturo. Ko pa sem prišel brati Korunovo knjigo, me je tako pritegnila, da sem jo prebral na dušek. Ne le, da je slog pisanja prijeten in tekoč, Korun piše tako živo, da Odisej zaživi pred bralcem z vsemi svojimi težavami, dvomi, mislimi in upi. Knjigo je obogatil s številnimi modrimi resnicami, ki jih je spretno vpletel v Odisejeva razmišljanja in pripoved. Tako Odisej že v uvodu pravi: »Čas ni človekov zaveznik, je kot val, ki trga obalo, je kot reka, ki odnaša pesek in kamenje, spreminja bregove in preusmerja tok. Odnaša sledi, ki jih puščamo v življenju, in slabi moč spomina. S časom izginjajo sledi dejanj, kjer so nastopali junaki, kot jih še ni videl svet, izginjajo sledi dogodkov, zaradi katerih so se sprli celo bogovi. Zaradi časa se junaki spreminjajo v starce, ki jim ostaja samo preteklost. Zgodbe o naših junaštvih so živele vedno bolj samo v pripovedih pesnikov. Ti preteklost upesnjujejo v zgodbe in nam pripovedujejo o neprizanesljivosti usode, ki ne loči med dobrim in slabim, med pogumnimi in bojazljivimi.«

Odisejeve zgodbe je pisatelj zelo živo predstavil v pripovedi v prvi osebi. Nekatere epizode je priredil po svoje, tako Odisejev obisk pri Kirki, pri Eolu, rešitev iz Polifemove votline, bivanje pri nimfi Kalipso, z namenom, da današnjemu bralcu naredi pripoved bližjo domnevni zgodovinski resnici. S tem je zgodbe v bistvu osiromašil mitične »navlake«, ki pa je značilna za dobo, polno strahov in verovanj tedanjega človeka. Vendar to tudi za zahtevnega bralca, ki pozna izvirno delo, ni moteče. Ponekod je zgodbe priredil tako, da je vnesel v pripoved dejstva, znana iz

modernih zgodovinskih in arheoloških dognanj. Vpletel je tudi zgodovinsko pripoved o trojanskih beguncih, Eneju in Antenorju, voditelju Venetov, ki so Troji priskočili na pomoč. Knjiga je polna odličnih dvogovorov, modrosti, filozofskih in moralnih vprašanj. Tako Odiseju potoži Eol: »Ta otok je postal moj drugi dom. Moral sem ostati. Ko so moji prijatelji odpluli, se mi je srce pretrgalo na pol. Kdor ima dve domovini, v resnici nima nobene.«

V zgodbi o Odisejevem obisku Hada, ki je izjemno pretresljiv in čustven del pesnitve, pisatelj izpusti srečanje z materino senco, zato pa zasluži pozornost pogovor z Ahilovo senco, ko mu Ahil potoži: »Kot mogočna reka smo ljudje, kot neskončna množina kapljic in ta reka neprestano prihaja iz niča in se spreminja v nič, v senco tega, kar smo bili nekoč. Zato, Odisej, uživaj življenje, dokler živiš! Ne želi si posmrtnih slave in zaradi te slave se ne odpoveduj življenju. Slava je samo tvoj nekdanji odsev v glavah drugih. Tebi ne koristi! Tudi slavni kralj med mrtvimi je še vedno samo mrtvec!« V Odisejeva razmišljanja je pisatelj Korun vpletel tudi nesmisel vojne nasploh: »Veriga ubijanja se je zdela neskončna in kar je bilo še huje, zdela se je nesmiselna. Smo se bojevali deset let samo zato, da bomo le člen v vrsti tistih, ki so odhajali v Had? Se bo ubijanje nadaljevalo tako dolgo, dokler ne bomo odšli vsi? So se bogovi norčevali iz nas? So čakali, da bomo spoznali brezplodnost svojega početja?«

Knjiga približa Odisejo, ta literarni biser iz same zore evropske književnosti, tudi tistim, ki jim je branje zahtevnega izvirnika v verzih preveč zahtevno, hkrati pa osvetli mitološke zgodbe in dobo iz zornega kota sodobnega človeka.

*Andrej Rant*

E-naslov: [andrej.rant@yahoo.com](mailto:andrej.rant@yahoo.com)

#### 4. ob 9.00 • UČINKOVITO REŠEVANJE KONFLIKTOV (seminar) podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> omejeno	<b>kotizacija:</b> 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: 04022014)	<b>k. točke:</b> 5,5
<b>vsebina:</b> Seminar je namenjen vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci seminarja se bodo naučili, kako uspešno razreševati konfliktno situacijo.		<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije, Metka Komar	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:mic@zzs-mcs.si">mic@zzs-mcs.si</a> , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: <a href="mailto:mic@zzs-mcs.si">mic@zzs-mcs.si</a>

#### 6. ob 20.00 • KVIZ OTROŠKE NEFROLOGIJE

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Klub Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> interaktivni podiplomski seminar je namenjen specializantom in specialistom pediatrije	<b>organizator:</b> Pediatric Journal Club, Slovenski zdravniški debatni klub	<b>prijave, informacije:</b> E: <a href="mailto:pediatricjournalclub@gmail.com">pediatricjournalclub@gmail.com</a>	

#### 7. ob 8.00 • VLOGA BIOLOŠKIH ZDRAVIL PRI ZDRAVLJENJU KRONIČNIH IMUNSKO POGOJENIH VNETHNIH BOLEZNI: NOVOSTI NA PODROČJU ZDRAVLJENJA REVMA TOLOŠKIH, DERMATOLOŠKIH IN GASTROENTEROLOŠKIH BOLEZNI podroben program na spletni strani zbornice

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Hotel Mons	<b>št. udeležencev:</b> 80	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine	<b>organizator:</b> Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., izr. prof. dr. Marija Petek Šter, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> Nina Štojs, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, T: 01 438 69 14, E: <a href="mailto:nina.stojs@gmail.com">nina.stojs@gmail.com</a>	

#### 7. ob 8.00 • MALA ŠOLA NEVROLOGIJE: NEVROPATIJE

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Nevrološka klinika, Klinični oddelek za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2	<b>št. udeležencev:</b> 25	<b>kotizacija:</b> 150 EUR	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> strokovno izobraževanje za boljše prepoznavanje, zdravljenje in vodenje bolnikov z nevroopatijo je namenjeno zdravnikom družinske medicine	<b>organizator:</b> Klinični oddelek za bolezni živčevja in Klinični inštitut za klinično nevrofiziologijo UKC Ljubljana, doc. dr. Blaž Koritnik, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Anka Žekš, KO za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, E: <a href="mailto:anka.zeks@kclj.si">anka.zeks@kclj.si</a> , informacije: W: <a href="http://www.kobz.si">www.kobz.si</a> , Anka Žekš, T: 01 522 23 11, F: 01 522 30 37	

#### 7. • 36. IATROSSKI – POSVETOVANJE ŠPORTNE MEDICINE, ZDRUŽENO S SMUČARSKIM TEKMOVANJEM ZDRAVNIKOV podroben program na spletni strani zbornice

<b>kraj:</b> KRANJSKA GORA	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> tek 30 EUR, veleslalom 50 EUR, tek in veleslalom 60 EUR, spremljevalci 20 EUR	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> posvet in smučarsko tekmovanje	<b>organizator:</b> Zdravniško društvo latros	<b>prijave, informacije:</b> prijave najkasneje do 1. februarja 2014 na naslov: Franci Koglot, dr. med., Bolnišnica Nova Gorica, 5290 Šempeter pri Gorici, T: 041 775 705 ali E: <a href="mailto:melitamakuc@gmail.com">melitamakuc@gmail.com</a>	

#### 7.–8. • EuSEM EMERGENCY ULTRASOUND SCHOOL z MEET&GREET, 6. 2. 2014

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Hotel City	<b>št. udeležencev:</b> omejeno	<b>kotizacija:</b> 240 EUR ekskluzivno za slovenske mlade zdravnike	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> Šola urgentnega ultrazvoka je namenjena vsem zdravnikom do 35. leta starosti (pripravniki, specializanti, specialisti), ki delajo oz. jih zanima delo v urgentni medicini. Zaradi mednarodnega sodelovanja bo šola potekala v angleškem jeziku.	<b>organizator:</b> Sekcija mladih zdravnikov (Young Emergency Medicine Doctor Section – YEMD) in Sekcija za ultrazvok (US Section) Evropskega združenja za urgentno medicino (European Society for Emergency Medicine – EuSEM)	<b>prijave, informacije:</b> prijave bodo možne do zapolnitve mest, W: <a href="http://www.refreshercourse.org/us">http://www.refreshercourse.org/us</a> , informacije: Sabina Zadel, specializantka urg. med., E: <a href="mailto:sabizadel@gmail.com">sabizadel@gmail.com</a>	

#### 12. ob 9.00 • KAKO REČEM »NE« BREZ OBČUTKA KRIVDE (seminar) podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> omejeno	<b>kotizacija:</b> 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: 12022014)	<b>k. točke:</b> 5,5
<b>vsebina:</b> Seminar je namenjen vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci seminarja se bodo naučili, kako se postaviti zase in ohraniti dostojanstvo sogovornika.	<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije, Metka Komar	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:mic@zzs-mcs.si">mic@zzs-mcs.si</a> , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: <a href="mailto:mic@zzs-mcs.si">mic@zzs-mcs.si</a>	

## 13. ob 8.50 • ZDRAVILA V PSIHIATRIJI podroben program na spletni strani zbornice

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Hotel Mons	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 130 EUR, kotizacija je polovična za vse, ki aktivno sodelujejo v posterski sekciji s posterjem	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> simpozij je namenjen vsem zdravnikom	<b>organizator:</b> Slovensko farmacevtsko društvo, Sekcija kliničnih farmacevtov, Alenka Premuš Marušič	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:info@sfd.si">info@sfd.si</a> , informacije: Natalija Gerbič, Jelka Dolinar, T: 01 569 26 03, 01 569 26 01, F: 01 569 26 02, E: <a href="mailto:info@sfd.si">info@sfd.si</a>	

## 13. ob 19.00 • SODOBNA OBRAVNAVA DISLIPIDEMIJE OD PREHRANE DO STATINOV DO MONOKLONSKIH PROTITELES

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Klub Domus Medica	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> interaktivni podiplomski seminar je namenjen internistom	<b>organizator:</b> Interna Journal Club, Slovenski zdravniški debatni klub	<b>prijave, informacije:</b> E: <a href="mailto:internajournalclub@gmail.com">internajournalclub@gmail.com</a>	

## 14. ob 9.00 • CEDENS – XX. DAN CELJSKEGA ZOBOZDRAVSTVA podroben program na spletni strani zbornice

<b>kraj:</b> CELJE, Narodni dom, Trg celjskih knezov 9	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 150 EUR, za upokojece kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> podiplomski seminar za zobozdravstvene delavce	<b>organizator:</b> Društvo zobozdravstvenih delavcev Celje, Nikola Potočnik, dr. dent. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Nikola Potočnik, Mestni trg 5, 3310 Žalec, informacije: Nikola Potočnik, dr. dent. med., T: 03 571 60 44	

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

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 40 EUR (DDV je vključen), na TRR pri Unicredit banki Slovenije, d.d., št.: SI56 2900 0005 0400 669, sklic: 00-1402-2014	<b>k. točke:</b> 6
<b>vsebina:</b> 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.	<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije, Anka Stojan, univ. dipl. psih.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:mic@zss-mcs.si">mic@zss-mcs.si</a> , spletna prijava, informacije: Mojca Vrečar, E: <a href="mailto:mic@zss-mcs.si">mic@zss-mcs.si</a> , T: 01 30 72 191	

## 14.–15. ob 8.30 • OCENJEVANJE SPOSOBNOSTI ZA VOŽNJO AVTOMOBILA

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, URI – Soča, Linhartova 51	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 200 EUR	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> seminar je namenjen vsem zdravnikom	<b>organizator:</b> URI – Soča, prof. dr. Anton Zupan, prof. dr. Marjan Bilban	<b>prijave, informacije:</b> prijave: URI – Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, informacije: Kristina Jakič, T: 01 475 81 50, F: 01 437 20 70, E: <a href="mailto:kristina.jakic@ir-rs.si">kristina.jakic@ir-rs.si</a>	

## 14.–15. ob 9.00 • TIMSKI PRISTOP K PREPREČEVANJU IN ZDRAVLJENJU KRONIČNIH RAN podroben program na spletni strani zbornice

<b>kraj:</b> PORTOROŽ	<b>št. udeležencev:</b> 100	<b>kotizacija:</b> za člane DORS-a 150 EUR, za nečlane DORS-a 170 EUR, za tim 1 zdravnik + 1 sestra 250 EUR	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> strokovno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom ter medicinskim sestram, predvsem zdravnikom družinske medicine ter medicinskim sestram, ki delajo na primarni ravni	<b>organizator:</b> DORS – Društvo za rane, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, asist. Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med., svetnica, izr. prof. dr. Marija Petek Šter, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Mojca Bajec, E: <a href="mailto:bajecmojca@gmail.com">bajecmojca@gmail.com</a> , T: 051 631 632	

## 18. ob 19.00 • IMUNOTERAPIJA RAKA OD OBLJUBE DO URESNIČITVE

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, srednja predavalnica	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> interaktivni seminar je namenjen študentom medicine	<b>organizator:</b> Medical Student Journal Club, Slovenski zdravniški debatni klub	<b>prijave, informacije:</b> E: <a href="mailto:medical-studentjournalclub@gmail.com">medical-studentjournalclub@gmail.com</a>	

## 27. ob 19.00 • OBRAVNAVA SUICIDALNEGA MLADOSTNIKA

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Klubu Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> interaktivni podiplomski seminar je namenjen specializantom in specialistom psihiatrije	<b>organizator:</b> Psychiatric Journal Club, Slovenski zdravniški debatni klub	<b>prijave, informacije:</b> E: <a href="mailto:psychiatricjournalclub@gmail.com">psychiatricjournalclub@gmail.com</a>	

## 6.–8. ob 9.00 • NEFROLOGIJA 2014

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, predavalnica 1	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 150 EUR, kotizacije ni za upokojene zdravnike in študente	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> podiplomska nefrološka šola je namenjena zdravnikom v osnovnem zdravstvu, specializantom interne medicine, nefrologije in drugih internističnih specialnosti. Program na W: <a href="http://www.nephro-slovenia.si">http://www.nephro-slovenia.si</a> .	<b>organizator:</b> Slovensko nefrološko društvo, prof. dr. Damjan Kovač, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: preko elektronske prijavnice W: <a href="http://www.nephro-slovenia.si">http://www.nephro-slovenia.si</a> , informacije: doc. dr. Jernej Pajek, dr. med., T: 051 388 352	

6.–8. ob 15.30 • 30. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O ZDRAVJU ZDRAVNIKOV V DRUŽINSKI/SPLOŠNI MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice

<b>kraj:</b> MORAVSKE TOPLICE, Terme 3000	<b>št. udeležencev:</b> 50	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> učne delavnice so namenjene sedanjim in bodočim mentorjem študentov in specializantov s področja družinske medicine	<b>organizator:</b> Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prim. doc. dr. Mateja Bulc, prim. Darinka Klančar, izr. prof. dr. Marija Petek Šter, prim. doc. dr. Davorina Petek	<b>prijave, informacije:</b> Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: <a href="mailto:kdrmed@mf.uni-lj.si">kdrmed@mf.uni-lj.si</a>	

6.–8 • TEČAJ AKUPUNKTURE: GLAVOBOL IN OBRAZNA BOLEČINA podroben program na spletni strani zbornice

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Bolnišnica dr. Petra Držaja	<b>št. udeležencev:</b> 3 x 15	<b>kotizacija:</b> 300 EUR na sklop	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> učna delavnica je namenjena vsem zdravnikom	<b>organizator:</b> Združenje za akupunkturo, SZD in KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, UKC Ljubljana, doc. dr. Neli Vintar, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> informacije: E: <a href="mailto:akupunkturtečaj@gmail.com">akupunkturtečaj@gmail.com</a>	

## 7. ob 9.00 • MIKROSKLEROZACIJA IN SKLEROZACIJA VARIC S PENO POD ULTRAZVOČNIM NADZOROM

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Dermatološki center Parmova	<b>št. udeležencev:</b> do 20	<b>kotizacija:</b> specialisti 400 EUR, specializanti 250 EUR	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> teoretična in praktična delavnica je namenjena dermatologom, specialistom družinske medicine, kirurgom, specializantom	<b>organizator:</b> Slovensko flebološko društvo, prof. dr. Sanja Schuller Petrovič	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Slovensko flebološko društvo, Parmova 53, 1000 Ljubljana, informacije: prof. dr. Miloš Pavlovič, W: <a href="http://www.flebologija.si">www.flebologija.si</a>	

## 7. ob 9.00 • 2. SIMPOZIJ O PLJUČNI HIPERTENZIJI

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> ni podatka	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> simpozij z mednarodno udeležbo je namenjen vsem zdravnikom	<b>organizator:</b> Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, UKC Ljubljana, doc. dr. Barbara Salobir, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: UKC Ljubljana, KO za pljučne bolezni in alergijo, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, informacije: doc. dr. Barbara Salobir, dr. med., Bernarda Bregar, T: 01 522 28 26, F: 01 522 23 47, E: <a href="mailto:bernarda.bregar@kclj.si">bernarda.bregar@kclj.si</a>	

## 7.–8. ob 8.30 • ULTRAZVOK PRI KRITIČNO BOLNEM - PRAKTIČNI DEL

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, UKC	<b>št. udeležencev:</b> 40	<b>kotizacija:</b> 100 EUR, cena obeh nivojev 180 EUR, udeleženci teoretičnega dela in člani SZIM imajo 10-odstotni popust	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> učna delavnica je namenjena vsem zdravnikom (7. 3. – osnovni nivo, 8. 3. – nadaljevalni nivo)	<b>organizator:</b> Slovensko združenje za intenzivno medicino, doc. dr. Matjaž Jereb, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Simona Rojs, Klinika za infekcijske bolezni, Japljeva 2, Ljubljana, informacije: Simona Rojs, T: 01 522 42 20, F: 01 522 24 56, E: <a href="mailto:simona.rojs@kclj.si">simona.rojs@kclj.si</a>	

## 7.–8. • VRHUNSKO V ESTETIKI

<b>kraj:</b> MARIBOR, Hotel Habakuk	<b>št. udeležencev:</b> 400	<b>kotizacija:</b> 1150 EUR + DDV	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> seminar je namenjen doktorjem dentalne medicine	<b>organizator:</b> Stomatološka sekcija SZD, prim. Gorazd Sajko, dr. dent. med.	<b>prijave, informacije:</b> Stomatološka sekcija, Slovensko zdravniško društvo, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana, Katarina Jovanovič, T: 041 703 347, F: 01 434 25 84, E: <a href="mailto:stomatoloska-sekcija.szd@ordinacija.net">stomatoloska-sekcija.szd@ordinacija.net</a>	

## 7.–9. ob 13.00 • TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Medicinska fakulteta	<b>št. udeležencev:</b> 24	<b>kotizacija:</b> 490 EUR	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> tečaj je namenjen vsem zdravnikom	<b>organizator:</b> Slovensko združenje za urgentno medicino, prim. mag. Dušan Vlahovič, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: W: <a href="http://www.szum.si">www.szum.si</a> , E: <a href="mailto:info@szum.si">info@szum.si</a> , informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402	



## 8. • 15. REDNO LETNO PLENARNO ZASEDANJE SLOVENSKEGA FORUMA O PREVENTIVI BOLEZNI SRCA IN ŽILJA

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Modra dvorana	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> K delu v okviru rednih letnih plenarnih zasedanj Foruma vabimo predvsem posameznike in organizacije, ki strokovno ali ljubiteljsko že delujejo v okviru področja preventive bolezni srca in žilja. Poleg njih naj bi v Forumu aktivno sodelovali tudi drugi slovenski zdravniki in strokovnjaki različnih poklicev, ki jih preventiva bolezni srca in žilja posebej zanima		<b>organizator:</b> Združenje kardiologov Slovenije.	<b>prijave, informacije:</b> Saša Radelj, T: 01 434 21 00, E: <a href="mailto:sasa.radelj@sicardio.org">sasa.radelj@sicardio.org</a>

## 8. ob 8.00 • TEČAJ IZBRANIH POGLAVIJ IZ NUJNE MEDICINSKE POMOČI ZA EKIP V ZOBOZDRAVSTVU

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 147 EUR	<b>k. točke:</b> 8
<b>vsebina:</b> 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 pravilnega ukrepanja ob nekaterih nujnih stanjih (tujki v zgornjih dihalih, akutni koronarni sindrom, akutna možganska kap, motnje zavesti, anafilaktična reakcija).		<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije, mag. Mitja Mohor, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:mic@zss-mcs.si">mic@zss-mcs.si</a> , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 307 21 91, E: <a href="mailto:mic@zss-mcs.si">mic@zss-mcs.si</a>

## 8. ob 9.00 • ATOPIJSKI DERMATITIS – OBRAVNAVA BOLNIKA V AMBULANTI OSEBNEGA ZDRAVNIKA podroben program na spletni strani zbornice

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Dermatovenerološka klinika, predavalnica, Zaloška 2	<b>št. udeležencev:</b> 35–40	<b>kotizacija:</b> 150 EUR + DDV (specialisti), 75 EUR + DDV (specializanti in študentje MF), številka ZSD SI 56020140089341717– Atopijski dermatitis 15. 3. 2014	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> strokovno srečanje	<b>organizator:</b> UKCL, Dermatovenerološka klinika, Združenje slovenskih dermatovenerologov	<b>prijave, informacije:</b> Nevenka Juvančič, Dermatovenerološka klinika, UKCL, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, T: 01 522 42 80, E: <a href="mailto:nevenka.juvancic@kclj.si">nevenka.juvancic@kclj.si</a>	

## 13. ob 8.00 • 3. SIMPOZIJ DIAMIND (DIABETES &amp; MIND)

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Mestni muzej, Gosposka 15	<b>št. udeležencev:</b> 100	<b>kotizacija:</b> 50 EUR	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> Simpozij je namenjen zdravnikom, izobraževalcem, medicinskim sestram, psihologom, psihoterapevtom, dietetikom, farmacevtom. HRANA – delavnice o psiholoških pristopih za človeka s sladkorno boleznijo, opolnomočenje, kognitivno-vedenjska terapija, čuječnost, depresija in diabetes (program na <a href="http://www.drzni.si/diamind">www.drzni.si/diamind</a> )		<b>organizator:</b> Društvo Drzni (Društvo za znanost in izobraževanje) v sodelovanju z Jazindia-betes, specialistična zdravstvena dejavnost, dr. Miha Kos, dr. Karin Kanc	<b>prijave, informacije:</b> prijave: W: <a href="http://www.drzni.si">www.drzni.si</a> , informacije: E: <a href="mailto:info@drzni.si">info@drzni.si</a>

## 13.–15. • TEČAJ AKUPUNKTURE: BOLEČINA V KRIŽU, V VRATNI HRBTENICI IN V SKLEPIH podroben program na spletni strani zbornice

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Bolnišnica dr. Petra Držaja	<b>št. udeležencev:</b> 3 x 15	<b>kotizacija:</b> 300 EUR na sklop	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> učna delavnica je namenjena vsem zdravnikom	<b>organizator:</b> Združenje za akupunkturo, SZD in KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, UKC Ljubljana, doc. dr. Neli Vintar, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> informacije: E: <a href="mailto:akupunkturtecaj@gmail.com">akupunkturtecaj@gmail.com</a>	

13.–23. • MEDIACIJSKE VEŠČINE IN MEDIATOR V ZDRAVSTVU (delavnica) podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> 20	<b>kotizacija:</b> 841,80 EUR (DDV je vključen), na TRR pri Unicredit banki Slovenije, d.d., št.: SI56 2900 0005 0400 669, sklic: 13032014	<b>k. točke:</b> 20
<b>vsebina:</b> Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci se bodo usposobili za reševanje konfliktov s pomočjo mediacijskih veščin.	<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije, Anka Stojan, univ. dipl. psih.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:mic@zss-mcs.si">mic@zss-mcs.si</a> , informacije: Mojca Vrečar, E: <a href="mailto:mic@zss-mcs.si">mic@zss-mcs.si</a> , T: 01 30 72 191	

## 14.–15. ob 8.00 • 25. DNEVI REHABILITACIJSKE MEDICINE: KLINIČNE SMERNICE V FIZIKALNI IN REHABILITACIJSKI MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, URI – Soča, Linhartova 51, predavalnica v 4. nadstropju	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 200 EUR (za oba dneva), 100 EUR (za en dan), 100 EUR (za specializante in sekundarije), DDV je vključen	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> seminar je namenjen zdravnikom specialistom in specializantom družinske medicine, fizikalne in rehabilitacijske medicine, ortopedije, travmatologije, nevrologije, nevrokirurgije in drugim zdravstvenim delavcem ter ostalim strokovnjakom, ki delajo v rehabilitaciji	<b>organizator:</b> URI – Soča v sodelovanju s Katedro za fizikalno in rehabilitacijsko medicino MF v Ljubljani, prof. dr. Helena Burger, dr. med., doc. dr. Nika Goljar, dr. med., doc. dr. Primož Novak, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Ela Loparič, URI – Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 475 84 41, F: 01 437 65 89, E: <a href="mailto:ela.loparic@ir-rs.si">ela.loparic@ir-rs.si</a> , informacije: prof. dr. Helena Burger, dr. med., T: 01 475 84 41, F: 01 4376 589	

## 20.–22. • ZAČETNI TEČAJ EKG Z EKG PRI ŠPORTNIKU

**kraj:** LJUBLJANA, Domus Medica, Modra dvorana, Dunajska c. 162**št. udeležencev:** do 150**kotizacija:** za celoten tečaj 150 EUR, za začetni tečaj EKG (20. in 21. marec) 100 EUR, za EKG pri športniku (22. marec) 75 EUR**k. točke:** \*\*\***vsebina:** Prva dva dneva tečaja bosta namenjena spoznavanju osnov EKG, tečaji pa spremembam v EKG pri športniku, z namenom prepoznavanja fizioloških in patoloških sprememb. Tečaj bo praktično zasnovan, z veliko primeri. Namenjen je splošnim zdravnikom, specialistom medicine dela, prometa in športa, šolskim zdravnikom, internistom, pediatrom ter specializantom navedenih strok.**organizator:** Sekcija za športno kardiologijo, Združenje kardiologov Slovenije**prijave, informacije:** Združenje kardiologov Slovenije, Štukljeva cesta 48, 1000 Ljubljana, W: [www.sicardio.org](http://www.sicardio.org), Saša Radelj, T: 01 434 21 00, E: [sasa.radelj@sicardio.org](mailto:sasa.radelj@sicardio.org)

## 20.–22. • TEČAJ AKUPUNKTURE: BOLEČINA PRI POLINEVROPATIJAH, RADIKULOPATIJAH IN FANTOMSKI BOLEČINI podroben program na spletni strani zbornice

**kraj:** LJUBLJANA, Bolnišnica dr. Petra Držaja**št. udeležencev:** 3 x 15**kotizacija:** 300 EUR na sklop**k. točke:** \*\*\***vsebina:** učna delavnica je namenjena vsem zdravnikom**organizator:** Združenje za akupunkturo, SZD in KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, UKC Ljubljana, doc. dr. Neli Vintar, dr. med.**prijave, informacije:** informacije: E: [akupunkturtečaj@gmail.com](mailto:akupunkturtečaj@gmail.com)

## 21. ob 7.30 • DESETA ŠOLA O MELANOMU podroben program na spletni strani zbornice

**kraj:** LJUBLJANA, predavalnica stavbe C, Onkološki inštitut**št. udeležencev:** 100**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** \*\*\***vsebina:** podiplomsko izobraževanje je namenjeno vsem, ki jih to področje zanima (specialistom, specializantom ...)**organizator:** Onkološki inštitut Ljubljana, Sekcija internistične onkologije pri SZD, Katedra za onkologijo, doc. dr. Janja Ocvirk, dr. med.**prijave, informacije:** tajništvo Sektorja internistične onkologije, Lidija Kristan, Zaloška c. 2, 1000 Ljubljana, T: 01 587 92 82, F: 01 587 93 05, E: [lkristan@onko-i.si](mailto:lkristan@onko-i.si)27. ob 17.00 • ČUSTVENO INTELIGENTNI STARŠI: REKLAMNI TRIK ALI URESNIČLJIVA MOŽNOST (delavnica) podroben program na spletni strani W: <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: 27032014**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 in rejo ali posvojitev) 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 govornice.**organizator:** Zdravniška zbornica Slovenije, Inštitut PARES – dr. Polona Selič, univ. dipl. psih., Andrej Juratovec, soc. del.**prijave, informacije:** prijave: E: [mic@zss-mcs.si](mailto:mic@zss-mcs.si), informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: [mic@zss-mcs.si](mailto:mic@zss-mcs.si)

## 28.–29. ob 9.00 • MEDICINA IN PRAVO: ČEZMEJNA MEDICINA

**kraj:** MARIBOR, Medicinska fakulteta, velika dvorana, Taborska ul. 8**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 150 EUR + DDV**k. točke:** \*\*\***vsebina:** posvet je namenjen vsem zdravnikom, pravnikom in drugim, ki jih zanima to področje**organizator:** Zdravniško in Pravniško društvo Maribor v sodelovanju z Medicinsko in Pravno fakulteto UM, prim. Jelka Reberšek Gorišek**prijave, informacije:** prijave: Majda Petek, Infekcijski oddelek, Ljubljanska 5, Maribor, E: [majda.petek@ukc-mb.si](mailto:majda.petek@ukc-mb.si), informacije: Jelka Reberšek Gorišek, Majda Petek, E: [majda.petek@ukc-mb.si](mailto:majda.petek@ukc-mb.si), T: 02 321 26 57

## 28.–29. ob 9.00 • POSVETOVANJE O KLOPNEM MENINGOENCEFALITISU (KME) IN HUMANI GRANULOCITNI ANAPLAZMOZI (HGA)

**kraj:** LJUBLJANA, Velika predavalnica UKCL**št. udeležencev:** 120**kotizacija:** 150 EUR, kotizacije ni za študente medicine in upokojene zdravnike**k. točke:** \*\*\***vsebina:** posvetovanje je namenjeno zdravstvenim delavcem, predvsem zdravnikom, ki se srečujejo s klopnim meningoencefalitisom in humano granulocitno anaplazmozo**organizator:** Društvo zdravstvenih delavcev za infektologijo, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana, akademik prof. dr. Franc Strle, dr. med., višji svetnik**prijave, informacije:** prijave: Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKCL, tajništvo, Japljeva ulica 2, informacije: Andreja Sorman, E: [andreja.sorman@kclj.si](mailto:andreja.sorman@kclj.si), T: 01 522 21 10, F: 01 522 24 56

## 28.–29. ob 15.00 • OBRAVNAVA BOLNIKA S KRONIČNO BOLEZNIJO: SODELOVANJE ZDRAVNIKA SPECIALISTA IN ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE podroben program na spletni strani zbornice

**kraj:** PORTOROŽ, Hotel Slovenija**št. udeležencev:** 60**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** \*\*\***vsebina:** učna delavnica za zdravnike družinske medicine in specializante družinske medicine**organizator:** Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, izr. prof. dr. Marija Petek Šter, dr. med.**prijave, informacije:** Nina Štojs, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: [nina.stojs@gmail.com](mailto:nina.stojs@gmail.com), T: 01 438 69 14, F: 01 438 69 10

3.–5. ob 8.00 • **BOLEZNI DOJKE** podroben program na spletni strani zbornice

<b>kraj:</b> MARIBOR, Kongrasni center Habakuk	<b>št. udeležencev:</b> 150	<b>kotizacija:</b> glej program	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> simpozij je namenjen ginekologom, zdravnikom družinske medicine, zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem v centrih za bolezni dojk ter ostalim zainteresiranim	<b>organizator:</b> Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Združenje za senologijo Slovenije, asist. dr. Irena Sedonja, dr. med., spec.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Oddelek za radiologijo s CBD, Barbara Kep, dipl. ing. rad., Sodna ulica 13, 2000 Maribor, W: <a href="http://www.zd-mb.si">www.zd-mb.si</a> , informacije: asist. dr. Irena Sedonja, dr. med., spec., Barbara Kep, dipl. inž. rad., E: <a href="mailto:barbara.kep@zd-mb.si">barbara.kep@zd-mb.si</a> , <a href="mailto:irena.sedonja@zd-mb.si">irena.sedonja@zd-mb.si</a> , T: 02 228 64 34, 02 228 63 23, 051 394 347, F: 02 228 65 89	

4.–5. • **UČNA DELAVNICA – OSKRBA DIHALNIH POTI**

<b>kraj:</b> MARIBOR, UKC in Medicinska fakulteta	<b>št. udeležencev:</b> 20	<b>kotizacija:</b> 240 EUR z vključenim DDV	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> učna delavnica je namenjena specializantom anestezije, urgentne medicine, interne intenzivne medicine in ostalim	<b>organizator:</b> UKC Maribor, Oddelek za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečin, MF Maribor, prim. Zoran Zabavnik, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: prijavnico iz revije Isis pošljite na E: <a href="mailto:rebeka.gerlic@ukc-mb.si">rebeka.gerlic@ukc-mb.si</a> , UKC Maribor, Center za odnose z javnostmi in marketing, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, informacije: Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 28 13, F: 02 321 28 26	

4.–5. ob 15.00 • **40. OBLETNICA DIALIZE V MARIBORU**

<b>kraj:</b> MARIBOR, prostor bo objavljen naknadno	<b>št. udeležencev:</b> do 150	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> Strokovno srečanje je namenjeno internistom in nefrologom.	<b>organizator:</b> UKC Maribor, Klinika za interno medicino, Oddelek za dializo, UM MF Maribor, Zdravniško društvo Maribor, doc. dr. Robert Ekart, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: W: <a href="http://www.ukc-mb.si">www.ukc-mb.si</a> (strokovna srečanja), informacije: Slavica Keršič, posl. sek., Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 29 40, F: 02 321 28 26	

4.–5. ob 9.00 • **14. AKUTNI KORONARNI SINDROM V SLOVENIJI**

<b>kraj:</b> BLEJ, Hotel Golf	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> simpozij je namenjen vsem zdravnikom	<b>organizator:</b> Društvo latros, dr. Peter Radšel, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> informacije: Maša Šmid, Peter Radšel, T: 040 433 599, E: <a href="mailto:pradsel@gmail.com">pradsel@gmail.com</a>	

10.–12. ob 9.00 • **NADALJEVALNI POSTOPKI OSKRBE POŠKODOVANECV - ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT PROVIDER COURSE**

<b>kraj:</b> SEŽANA, Učni center ICZR, Bazoviška cesta 13	<b>št. udeležencev:</b> 16 (možnost opazovalcev)	<b>kotizacija:</b> 600 EUR + DDV	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> tečaj je namenjen vsem zdravnikom, ki se ukvarjajo s poškodovanci	<b>organizator:</b> Zdravniško društvo ATLS Slovenija, Roman Košir, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: W: <a href="http://www.atls.si/">http://www.atls.si/</a> , <a href="mailto:prijave@atls.si">prijave@atls.si</a> , informacije: Roman Košir, T: 031 541 202	

11.–12. ob 8.00 • **XXIV. SREČANJE PEDIATROV IN XI. SREČANJE MEDICINSKIH SESTER V PEDIATRIJI**

<b>kraj:</b> MARIBOR, Hotel Habakuk	<b>št. udeležencev:</b> 50	<b>kotizacija:</b> <b>do 28. 3. 2014:</b> oba dneva 250 EUR, prvi dan 200 EUR, drugi dan 150 EUR, UZ-delavnica 100 EUR, pedopsihiatrična delavnica 100 EUR, <b>na dan srečanja 11. 4. 2014:</b> oba dneva 290 EUR, prvi dan 230 EUR, drugi dan 170 EUR, UZ-delavnica 100 EUR, pedopsihiatrična delavnica 100 EUR, <b>sekundariji in specializanti 50 % popust na polno kotizacijo, študentje in upokojenci brezplačno</b>	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> kongres je namenjen vsem zdravnikom specialistom pediatrije in šolske medicine, zdravnikom družinske medicine, specializantom, študentom medicine, medicinskim sestram, študentom zdravstvenih šol, zdravnikom urgentne medicine	<b>organizator:</b> UKC Maribor, Klinika za pediatrijo, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Zdravniško društvo Maribor, Katedra za pediatrijo MF UM, asist. dr. Jernej Dolinšek, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> W: <a href="http://www.ukc-mb.si">www.ukc-mb.si</a> , informacije: UKC Maribor, Slavica Keršič, posl. sek., Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 29 40, 02 321 28 13, F: 02 321 28 26, Karmen Obrul, posl. sek., Klinika za pediatrijo, T: 02 321 24 65	

17. ob 17.00 • **DA NE BI PO NEPOTREBNEM STRAŠILI IN JEZILI DRUGIH (seminar) podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>**

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 40 EUR (DDV je vključen), kotizacijo nakazati na TRR pri Unicredit banki Slovenije, d.d., št.: S156 2900 0005 0400 669, sklic: 17042014	<b>k. točke:</b> v postopku
<b>vsebina:</b> Seminar je namenjen vsem zdravnikom in njihovim timom. 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	<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije, Inštitut PARES – dr. Polona Selič, univ. dipl. psih., Andrej Juratovec, soc. del.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:mic@zss-mcs.si">mic@zss-mcs.si</a> , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: <a href="mailto:mic@zss-mcs.si">mic@zss-mcs.si</a>	

## 19. ob 8.00 • TEČAJ IZBRANIH POGLAVIJ IZ NUJNE MEDICINSKE POMOČI ZA EKIPE V ZOBOZDRAVSTVU

**kraj:** LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162 **št. udeležencev:** ni 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 pravnega 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@zzs-mcs.si](mailto:mic@zzs-mcs.si), informacije: Mojca Vrečar, T: 01 307 21 91, E: [mic@zzs-mcs.si](mailto:mic@zzs-mcs.si)

## 25.–27. 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:** Tečaj je namenjen vsem zdravnikom in diplomiranim medicinskim sestram.

**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@klj.si](mailto:nevenka.lepin@klj.si), informacije: doc. dr. Mojca Grošelj Grenc, dr. med., T: 01 522 81 35, 041 335 006

## 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 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.

## 2. Zdravnika/zdravnico na Direkciji za:

- delo v oddelku za nadzor, ki obsega področja:
  - ambulantnih in bolnišničnih storitev,
  - izvajanja finančno-medicinskih nadzorov,
  - predlaganja ukrepov v primeru odstopanj,

- odgovorov na vprašanja izvajalcev in priprave navodil,
- predlaganja sprememb.

Poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

- doktor medicine, specialist ali doktor medicine, magister znanosti,
- poznavanje dela z osebnim računalnikom (urejanje besedil in preglednic) in e-pošte ter znanje svetovnega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

## 3. Zdravnike/zdravnice v območnih enotah Koper, Ljubljana, Maribor, Novo mesto za:

- odločanje v postopkih začasno nezmožnost za delo, zdraviliško zdravljenje in drugih pravicah,
- izvajanje finančno-medicinskih nadzorov in predlaganje ukrepov v primeru odstopanj,
- podajanje izvedenskih mnenj.

Poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

- doktor medicine ali doktor medicine, specialist medicine dela, prometa in športa ali druge specializacije,
- strokovni izpit iz splošnega upravnega postopka (kandidati, ki ob razpisu tega izpita ne bi imeli opravljenega, ga bodo dolžni opraviti najkasneje v roku šestih mesecev od dneva zaposlitve),
- poznavanje dela z osebnim računalnikom (urejanje besedil in preglednic) in e-pošte ter znanje svetovnega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

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.

Vaše pisne prijave, s predstavitvijo dosedanjega dela in navedbo enote, kamor se prijavljate, pošljite do 28. februarja 2014 na naslov: ZZZS, Direkcija, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana oz. na E: [zaposlitve@zzzs.si](mailto:zaposlitve@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.

ZASEBNA KLINIKA  
ZDRAV SPLET – MARIBOR

## objavlja prosta delovna mesta:

- zdravnika specialista splošne ali abdominalne kirurgije
- zdravnika specialista plastične kirurgije
- zdravnika specialista dermatovenerologije

Zahtevani pogoji: veljavna licenca za specialista.

Nudimo možnost zaposlitve za nedoločen čas.

Kandidate vabimo, da pošljejo pisne ponudbe na naslov: Zdrav splet, d.o.o., Lackova cesta 54, Maribor ali na E: [zdrav.splet@siol.net](mailto:zdrav.splet@siol.net)

## ODDAMO

Zdravniško ordinacijo v centru Domžal, velikost 30 m<sup>2</sup>, z vsemi potrebnimi pomožnimi prostori, čakalnico, WC in lastnim parkiriščem, oddamo v najem. Ordinacija je registrirana za zdravstveno dejavnost.

Informacije na T: 041 837 655

ZAPOSLIMO  
DERMATOVENEROLOGA

Delo dobi doktor medicine, specialist dermatovenerolog v koncesijski ambulanti v Kranju za polovični delovni čas (z možnostjo polnega delovnega časa).

Pokličite nas na T: 051 268 135 ali 04 208 22 24 ali pišite E: [dermakranj@gmail.com](mailto:dermakranj@gmail.com)

## ZAPOSLIMO INTERNISTA

Internista – diabetologa zaposlimo v diabetološki ambulanti.

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete,
- opravljen specialistični izpit,
- licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenščine.

**Ponudbe, informacije:** Šubic – Diabetologija interna medicina, d. o. o., Loška 6, 2000 Maribor, T: 02 251 16 66, E: [subic.diabetologija@siol.net](mailto:subic.diabetologija@siol.net).

## ENOTNA PRIJAVNICA ZA UDELEŽBO NA ZDRAVNIŠKIH SREČANJIH, OBJAVLJENIH V IZIDI

(velja tudi fotokopirana prijavnica)

prijavljam se za udeležbo

prosim, pošljite informacije

drugo \_\_\_\_\_

(ustrezno obkrožite oz. dopišite)

srečanje

ime in priimek udeleženca

naslov stalnega bivališča

Izjava – davčni zavezanec (obkroži)

da

ne

davčna številka:

**IZPOLNITI, ČE UDELEŽENEC NI PLAČNIK PLAČNIK JE BOLNIŠNICA, ZAVOD ALI KDO DRUG**

Plačnik udeležbe – kotizacije

Naziv plačnika

Točen naslov sedeža plačnika

Telefon

Faks

E-pošta

Kontaktna oseba

Izjava – davčni zavezanec (obkroži)

da

ne

davčna številka:

**IZPOLNITI SAMO ZA TISTA STROKOVNA SREČANJA, KI JIH ŽELITE UVELJAVLJATI ZA PODALJŠANJE LICENCE**

Kraj rojstva

Datum rojstva

Naziv delovne organizacije

Delovno mesto

Želim sodelovati:

kot predavatelj (predavanje, poster, drugo)

kot udeleženec

na praktičnem usposabljanju

Kotizacijo za srečanje bomo poravnal(a)

s položnico

ob prijavi

Datum

Podpis

# Božično razpoloženje in čast najzaslužnejšim

*Ksenija Slavec*

Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher (dalje KUD) tradicionalno prireja božične prireditve s koncerti, uglašene s praznikom, KUD-ovi slikarji pa prav ob tej priložnosti razstavijo vsak eno izmed svojih najboljših slik. Tako je razstavišče praznično odeto v spodbudne barve slikarskih platen. Blagglasno ljudsko petje božičnih pesmi iz grl etno pevske skupine Cintare, ali tavžentrože, pa je prineslo duhovno in duševno hrano bolnikom. Prav tem in zaposlenim v UKCL so pevke pričarale izjemen večer. Božično prireditev KUD običajno poveže tudi s podelitvami najvišjih priznanj svojim članom za presežno delo na določenih področjih. Letos sta postala častna člana KUD-a dolgoletna zaslužna sodelavca, vodja Derčevega zbora Ana Marija Vrbič in karikaturist Likovne skupine Radko Oketič. Z najvišjim priznanjem UKCL, t.i. zlato dediščino Slovenije, pa je uprava UKCL nagradila predsednico KUD-a prof. dr. Zvonko Zupanič Slavec za 20-letno izjemno vodenje društva. Slovesnost so dodatno praznično obogatili predstavniki KUD-ovih ustanoviteljev, generalni direktor UKCL, mag. Simon Vrhunec in prodekan Medicinske fakultete v Ljubljani prof. dr. Tadej Batellino, ter prazniku primerno tudi župnik bolnišnične župnije Toni Brinjavc. Vsi so ustvarili žlahtno predpraznično vzdušje, da je duh zbranih dobil poleta.

## S šolanjem do novega slikarskega znanja

Praznik se je pričel že pred samo prireditvijo, ko je slikar KUD-a Ivan Prešeren – Žan predstavil temo svoje slikarske diplome. Nedavno je ta uveljavljeni glasbenik, trobentač končal likovno izobraževanje na Šoli za risanje in slikanje v Ljubljani in je za diplomsko nalogo izbral temo Notranji zvok likovne umetnosti. Večina slikarjev KUD-a, ki jih je skoraj 70, se je z



Prodekan Medicinske fakultete prof. dr. Tadej Batellino je zbrane pozdravil v imenu dekana in vodstva ljubljanske medicinske fakultete.

velikim veseljem udeležila te zanimive predstavitve. O diplomu je avtor zapisal: »Kaj je tisto nekaj več, kar biva pod površjem, v notranjosti ali bistvu likovne umetnosti? Že od samega začetka človeškega umetniškega izražanja lahko zaslutimo nekaj notranjega, kar se ne vidi na površini. Niso samo barve ali oblike, temveč so še neke druge kvalitete, kot so simbolika, sporočilnost, odsev časa, v katerem je umetnina nastala, in še nekaj, kar je težko opisati, nek notranji zvok. Ta »zvok« me je tudi kot glasbenika vedno zanimal. Vsebinska te teme se nanaša na več možnih povezav, ki bi lahko opredeljevale notranji zvok likovne umetnosti. Od direktnih upodobitev glasbenih tem, ki



Čudovito domačnost so z blagglasnim ljudskim božičnim prepevanjem prinesle pevke KUD-ove skupine Cintare. Zbrane so prevzele tudi z lepoto slovenskih narodnih noš, ki so dišale po štirki in razkazovale čudovito belino.

asociirajo zvok, do nekaterih bolj sofisticiranih tem, ki na nek način odkrivajo skrivnostno povezavo med likovno in glasbeno umetnostjo.«

Žan Prešern kot samostojen glasbenik instrumentalist, komponist in aranžer deluje že od mladosti. Večino let je posvetil Alpskemu kvintetu. Dobil je veliko priznanj na glasbenem področju, med drugim pet zlatih in eno diamantno ploščo v Avstriji in dve zlati doma in zlato noto 2004 za najboljši ansambel.

Sodeloval je tudi v Quartetu Marjana Lobarca, Jazz club Gajo Quintetu, Petar Ugrin orkestru, Greentown Jazz Bandu in v različnih džezovskih zasedbah. Z Jazz club Gajo Quintetom je med drugim leta 2000 igral na mednarodnem džezovskem festivalu v Montreuxu v Švici.

Že v zgodnji mladosti ga je privlačila risba, po letu 1997 pa slikarstvu posveča vse več časa. Obiskoval je zasebno šolo akademskega slikarja Zmaga Modica. Je član likovne sekcije »VIR« KUD Radovljica, kjer sta mu veliko pomagala dr. Cene Avguštin in akademski slikar Janez Kovačič. Je tudi član Likovne skupine KUD-a Kliničnega centra in Medicinske fakultete v Ljubljani in Likovnega društva Rajko Slapernik v Ljubljani. Rad pa se udeležuje tudi drugih slikarskih tečajev, kolonij in extempor. Poleg skupinskih je imel tudi več samostojnih razstav ([ivan.presern@telemach.net](mailto:ivan.presern@telemach.net); [www.ivanpresern.net](http://www.ivanpresern.net)).

## Božični koncert

so z vso ljubeznijo do ljudske glasbe še posebej svečano v sveže poškrbljenih narodnih nošah, zlikanih in belih, da se oko ne more načuditi njihovi lepoti, pričarale pevke skupine Cintare. 12 pevk z različnimi nošami je bil najlepši božični okras na prazničnem odru.

O njih je etnokoreolog dr. Mirko Ramovš ob izidu njihove nove zgoščenke z naslovom »Dokler sem še mlada bila«, ob deseti obletnici delovanja skupine, zapisal, da so pevske zdraviteljice: »Cintara je eno izmed ljudskih imen zdravilne tavnentrože (lat. *centaurium erithraea*), ki pomaga blažiti različne bolezenske težave. Iz pozabe so ga rešile pevke, ki so iskale primerno ime za svojo skupino. Tako ime pa so si lahko izbrale samo osebe širokega in ljubečega srca, osebe z bogatimi življenjskimi izkušnjami in odgovornostjo, z zavedanjem o vrednotah preteklega sveta, ki jih sedanjí ne sme zavračati in pozabiti.

Spoznanje, da k zdravljenju sodobnega izpraznjenega življenja lahko pomaga tudi ljudske pesem, je nagovorilo žene, ki jih je v mladosti združeval ples, da so v njej našle smisel svojega prostočasnega delovanja.

Ta smisel jih vzpodbuja, da se poustvarjanja ljudske pesmi lotevajo skrbno in zavzeto, saj le zapeta pesem, zvesta izročilu, ohranja svojo izvorno podobo in navdušuje poslušalce. Vsak njihov nastop prijazno greje naša srca, nas čustveno in notranje bogati, a hkrati odkriva značaj in miselni svet ljudi, med katerimi so se pesmi rojevale.

Z žlahtno zrelostjo jih predstavljajo, z njimi nekdanje pesmi živijo naprej v naš čas, ob tem pa nas tudi vzgajajo in poučujejo, kar je največja vrednost njihovega poslanstva.«

Poslanstvo Cintar je torej v ohranjanju in prenašanju ljudskega izročila in bogatenju kulturnega življenja v ožjem in širšem okolju. Vztrajnost, doslednost in zagnanost pevk, predvsem pa strokovna roka umetniške vodje gospe Mire Nastran je skupino popeljala do regijskih in državnih srečanj pevcev ljudskih pesmi

v Sloveniji, pa do sodelovanja na mednarodnih pevskih – etno festivalih, od koder so se vrstile s priznanji in nagradami za delo na področju ohranjanja izvirnega ljudskega petja. Pomemben je tudi njihov prispevek na področju izobraževanja mladine in odraslih, ko s predstavitvijo slovenskih ljudskih pesmi in oblačilne kulture na Slovenskem osveščajo in na primeren način predstavijo bogastvo kulturne dediščine.

Še posebej pa so Cintare ponosne na svoj dobrodelni projekt »Zapojte z nami«, v okviru katerega že vsa leta s pesmijo in prijazno besedo razveseljujejo bolnike v bolnišnicah in starejše občane v domovih.

Deseto obletnico svojega delovanja so pevke zaznamovale z odmevnim koncertom in izdajo nove zgoščenke s skupnim imenom »Dokler sem še mlada bila«, kjer so predstavile izbor manj znanih ljudskih pesmi iz vseh slovenskih pokrajin. Njihova predsednica je skrbna in poslanstvu predana Judita Strmčnik.

## Pregledna razstava članov Likovne skupine KUD-a

Decembrska razstava Likovne skupine KUD-a je že tradicionalna skoraj od ustanovitve leta 1980. V tej skupini so se združili za slikarstvo in kiparstvo navdušeni zdravniki in drugo zdravstveno osebje. Tekom let so se jim pridružili še drugi likovni navdušenci in nekaj akademsko izobraženih likovnih ustvarjalcev. Tako se je število članov močno razširilo, sedaj jih je 70. V svetu obstajajo vrhunske zdravstvene institucije, a le ena je, ki se lahko pohvali, da v njenem okviru, z določenim namenom delujejo umetniki, ki posredno pripomorejo k temu, da se bolnikom nudi tudi tisti estetsko-duhovni del, ki ljudem pomaga pri premagovanju takšnih ali drugačnih tegob.

Njihova razstava v vsej galeriji je prikazala najboljše, kar posamezniki znajo, zmorejo in želijo pokloniti obiskovalcem razstavišča. Predsednik skupine doc. dr. Tone Pačnik se je vsem sodelujočim iskreno zahvalil za letošnje delo, številne donacije del in spodbudno razpoloženje med njimi. Doc. Pačnik je zbrane tudi presenetil z novico, da se je med slikarske vrste včlanila tudi KUD-ova predsednica prof. Zvonka Z. Slavec. Gotovo si tudi ona želi sproščene in spodbudnega vzdušja na slikarskih kolonijah ...

## Čast najzaslužnejšim

Ob slavnostni božični prireditvi KUD pokloni svoja najvišja priznanja, častna članstva, najzaslužnejšim. Tokrat sta jih prejela dolgoletna predsednica Derčevega zbora Ana Marija Vrbič in izjemni karikaturist KUD-ove Likovne skupine **Radko Oketič**. Ker ima slednji izjemno zanimiv opus mednarodno nagrajenih karikatur, so le-te s predstavitvijo avtorja objavljene v tej reviji v samostojnem prispevku, pevko Vrbičevo pa predstavljamo tukaj.

**Ana Marija Vrbič** je višja zdravstvena delavka laboratorijskega in socialnega dela (diplomirala na višji šoli za socialno delo), dolga leta zaposlena v Centru za tipizacijo tkiv Zavoda za transfuzijsko medicino RS. Po Srednji šoli za farmacijo je nadaljevala študij na Fakulteti za farmacijo in ga zaključila na prvi stopnji. Zaposlila se je na Zavodu za transfuzijsko medicino, kjer se je pod vodstvom prof. dr. Mateje Bohinjec dodatno izobraževala na področju tkivnih antigenov. Ukvarjala se je s testiranjem antigenov HLA in ugotavljanjem tkivne skladnosti pri bolnikih pred presaditvijo organov in tkiv pri bolnikih z avtoimunskimi boleznimi. Na osnovi genetskega sistema HLA je izvajala testiranja v primerih spornega biološkega očetovstva.



Dolgoletni likovni terapevt UKCL slikar Radko Oketič je prejel KUD-ovo častno članstvo za presežno karikaturno ustvarjalno delo, ki ga je uveljavilo tudi na najpomembnejših tovrstnih natečajih kot najboljšega v mednarodnem prostoru.



Častno članstvo KUD-a za dolgoletno in predano vodstvo Derčevega zbora je prejela dolgoletna sodelavka Centra za tipizacijo tkiv na Zavodu za transfuzijsko medicino RS Ana Marija Vrbič.

Sodelovala je tudi pri nastanku Centra za tipizacijo tkiv, kjer je delovala na področju ugotavljanja tkivne skladnosti in aktivno delovala v organizaciji za presajanje organov in tkiv Slovenija-transplant. Ob ustanovitvi srednjeevropske mreže za presajanje organov in tkiv Evrotransplant januarja 2000 pa je igrala pomembno vlogo pri mednarodni akreditaciji laboratorijskih, organizacijskih in izobraževalnih postopkov. Sodelovala je pri prvih zametkih in pri kasnejšem razvoju organizacije za presajanje krvotvornih matičnih celic Slovenija Donor. Zaradi smisla za organizacijo in timsko delo je v zrelejših letih opravljala naloge glavnega tehnika Centra za tipizacijo tkiv. Prof. dr. Mateja Bohinjec ji je v slovo ob upokojitvi med drugim napisala: »Rada se spominjam obdobja, ko ste tako izvirno ilustrirali moje takratne predstave o imunosti (risala je za predavanja in članke). Vaš prispevek k razvoju in napredku tkivne skladnosti je neprecenljiv. Edinstvene pa so tudi vaše osebne odlike in naravni darovi.«

Leta 2006 je Ana Marija Vrbič postala predsednica KUD-a Mešanega pevskega zbora dr. Bogdan Derč, v samem zboru pa je prepevala od leta 1993. Vodstvene naloge se je lotila resno in odgovorno, podobno kot je opravljala svoje poklicno delo. Vodenje je prevzela v najzahtevnejših časih njegovega razvoja, na razpotju med nadaljnjim razvojem in nadaljevanjem njegovega poslanstva oziroma prenehanjem. Izbrala je pot razvoja, rasti in uveljavljanja temeljnega poslanstva kulturno-umetniškega društva »pesem za zdravje«. Že pred temi burnimi časi si je intenzivno prizadevala za uveljavljanje zbora, za pridobivanje sponzorjev in za pomladitev zbora. Uspešno. S prevzemom odgovorne naloge je uveljavila tudi skrbno načrtovanje, posodobitev društvenih pravil in statuta, vzorno računovodsko in finančno poslovanje ter iskanje poti za novo in boljše. Uveljavila je timsko delo, vztrajno se je borila za kakovost, boljše, strokovne pevske vaje, kakovostne nastope in

promocijo. Trmasto je uspela. Uresničila je programske razsežnosti, ki jih je poimenovala pesem generacij, povabila v program mlade umetnike, otroke pevcev zbora in njihove sodelavce, kar se je posebej odrazilo na letnem koncertu ob 30-letnici delovanja zbora. Takšen primer je bil tudi koncert ob 50-letnici smrti dr. Bogdana Derča. O zboru smo prebirali v zdravstvenih glasilih in drugod. Hkrati je ohranila vse programske značilnosti in tradicionalne koncerte.

Zbor je Ana Marija Vrbič predstavljala in čvrsto povezovala tudi s KUD-om Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher, katerega sočlan je, in kjer je sodelovala tudi v vodstvenih vrstah.

Obe častni članstvi sta zanesljivo prišli v prave roke. Čestitamo!

Presenečenje pa je KUD-ovi predsednici pripravila tudi Uprava UKCL, katere generalni direktor mag. Simon Vrhunec jo je odlikoval z najvišjim priznanjem UKCL zlata dediščina Slovenije za 20-letno vodenje KUD-a. Tudi njej čestitamo!

Ustanovitelji KUD-a, vodstvo UKCL z generalnim direktorjem mag. Simonom Vrhuncem in vodstvo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, prodekan prof. dr. Tadej Batellino ter vodstvo KUD-a so vsem zbranim izrekli tradicionalno božično-novoletno voščilo, bolnišnični duhovnik, Toni Brinjovc pa je zbranih predal žlahtno duhovno voščilo. Po prireditvi so zbrani še dolgo prijateljsko kramljali in čutili blagodejnost druženja ob slikarskih umetninah in prelepi slovenski božični pesmi.

Foto: Katarina Zemljak

E-naslov: [Ksenija.slavec@gmail.com](mailto:Ksenija.slavec@gmail.com)



# Priznanje zlata dediščina Slovenije v roke prof. dr. Zvonki Zupanič Slavec

Ana Marija Vrbič

Na slavnostni božično-novoletni prireditvi 17. decembra 2013 v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (UKCL) je vodstvo te ustanove predsednici Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete (KUD) prof. dr. Zvonki Zupanič Slavec podelilo najvišje priznanje Univerzitetnega kliničnega centra za posebne dosežke – zlato dediščino Slovenije. Nagrajenka ga je prejela ob 20-letnici vodenja za uveljavljanje kulture v osrednji slovenski bolnišnici, saj je njeno delo neprecenljivo za bolnike in številne zdravstvene delavce, ki se na tako organiziran način lahko uveljavljajo in ustvarjalno izražajo na najrazličnejših umetniških področjih. S tem promovirajo Univerzitetni klinični center Ljubljana na nacionalni in mednarodni ravni. Hkrati prof. Slavčeva s svojim presežnim idejnim in vodstvenim delom dragoceno prispeva v zakladnico kulturne dediščine slovenskega naroda.

Zdravnica prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec je končala študij medicine na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani, kjer je tudi magistrirala in doktorirala iz interdisciplinarnih področij socialne medicine in zgodovine medicine. Po zaposlitvah v nekaj zdravstvenih ustanovah in Kliničnem centru Ljubljana se je zaposlila na Inštitutu za zgodovino medicine Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, ki ga vodi od leta 1992 ter je nosilka predmeta zgodovina medicine in dentalne medicine. Njeno strokovno, znanstvenoraziskovalno in publicistično delo sega na različna področja, največ pa se ukvarja z zgodovino medicine 19. in 20. stoletja. Strokovno se je izpopolnjevala na Dunaju, v Londonu, Pragi, Padovi, na Univerzi Washington in drugod. Je redna univerzitetna profesorica in je objavila okoli 60 knjižnih del, bibliografija raziskovalcev pa na spletu navaja okoli 1.100 del.

Zvonka Zupanič Slavec 21 let (od 1993) volontersko vodi Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher (KUD). Društvo povezuje približno 500 članov v številnih sekcijah: pevskih zborih – KUD MePZ dr. Bogdan Derč Pediatrične klinike, Vox Medicorum, COR, Cintare; orkestru Camerata medica, pri folklori COF, likovniških in fotografijah, dramatikah, šahistih in drugih. Usklajevanje življenja in dela teh zvrsti umetnosti v heterogenih skupinah zdravstvenih delavcev, študentov medicine in dentalne medicine, kakor tudi številnih drugih poklicev, ki svoje poslanstvo združujejo pod strehami »belih hiš« zdravstva, nikoli ni bilo lahka naloga. Veliki kolektivi UKCL, Medicinske fakultete, Onkološkega inštituta, Zavoda za transfuzijsko medicino RS in drugih ustanov na območju Ljubljane s svojo 12.000-glavo množico zaposlenih in študentov medicine niso le velik, ampak tudi tankočuten avditorij, ki spremlja KUD-ovo delovanje. V obdobju vodenja KUD-a je prof. Slavčeva vpeljala redne mesečne prireditve za bolnike v razstavišču UKCL. Ob Osrednji galeriji v UKCL je leta 2002 ustanovila še Malo galerijo, v avli Medicinske fakultete pa leta 2006 še njeno razstavišče. V teh treh galerijah se letno zvrsti okoli 35 razstav, del katerih je doniran za opremo tem ustanovam. Odprtja razstav so povezana s pestrim kulturnim programom, od

glasbenega do plesnega, filmskega, literarnega idr. Na njih sodelujejo študenti medicine, ki obiskovalce domiselno nagovarjajo z različnimi dilemami v medicini.

V bolnišnico je prof. Slavčeva vpeljevala tudi sproščanje bolnikov in zaposlenih ob vizualizirani glasbi. V vzorno pripravljene mesečne programe prireditev z recenzijami razstavljalcev in predstavitev nastopajočih je po dogovoru vključila tudi galerijsko dejavnost Nevrološke klinike. S popularizacijo razstaviščne dejavnosti je spodbudila številne klinične oddelke UKCL, da so si uredili interna razstavišča, kamor KUD neredko pošilja svoje razstavljalce oz. jim ti darujejo svoja dela. Po ljubljanskem vzoru so nastajale tudi nekatere umetniške dejavnosti v drugih slovenskih bolnišnicah in zdravstvenih domovih. Zaradi zaostrovanja financiranja kulture vlaga prof. Slavčeva veliko truda v iskanje podpornikov KUD-a in je pri tem uspešna. Brez njenega menedžerskega dela bi najverjetneje že zamrla marsikatera KUD-ova dejavnost.

Slovensko umetniško poslanstvo v zdravstvu medicinska humanistka prof. Zvonka Zupanič Slavec predstavlja tudi v mednarodnem okolju: aktivno je sodelovala v Unescovem projektu Umetnost v bolnišnici (*Arts in Hospital*), ki je leta 1997 gostoval tudi v Sloveniji. Udeleženci so bili presenečeni nad obsežnim, izvirnim in pestrim umetniškim delovanjem KUD-a. Leta 1998 je vodila koncerte zbora dr. Bogdana Derča na turneji po ZDA, v Chicagu, Clevelandu, Detroitu in drugod. Sodelovala je z zdravniki umetniki s Hrvaške (Zagreba, Reke), iz Trsta, Dunaja in od drugod. V zadnjem desetletju je KUD-ovim slikarjem in fotografom zagotovila vsakoletno razstavljanje v Knaffjevem razstavišču na Dunaju.



Generalni direktor Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana mag. Simon Vrhunec poklanja predsednici Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete prof. dr. Zvonki Zupanič Slavec najvišje priznanje UKC – zlato dediščino Slovenije (foto Katarina Zemljak).

Številni obiskovalci KUD-ovih prireditev poznajo prof. Zvonko Zupanič Slavec kot izjemno voditeljico najrazličnejših prireditev, tudi velikih zdravniških koncertov v Slovenski filharmoniji in drugih večjih avditorijih. Prireditve z ljubeznijo in predanostjo prepričljivo vodi že dve desetletji. Večkrat je tudi gostja radijskih in televizijskih programov, kjer navdušuje za živo kulturo v zdravstvu.

Z njenim vodstvenim in organizacijskim delom je postal KUD široko prepoznaven, sprejet in v marsikaterem pogledu vzorčen za gojenje ljubiteljske kulture. Za KUD je prof. Slavčeva pripravila tudi prepoznavno zunanjo grafično podobno, urejeno in dobro obiskano spletno stran, redna obvestila zaposlenim v zdravstvu osrednje Slovenije in predstavljanje širši javnosti preko radia in televizije. Vpeljala je vsakomesečno poročanje o prireditvah v stanovski reviji Isis, Internem glasilu UKCL in drugod, KUD-ovo stalno fotografsko in video arhiviranje ter v sodelovanju z vodstvom UKCL prikazovanje na njihovem monitorju v osrednji avli ljubljanske bolnišnice. Še pomembneje pa je, da je KUD-ovo 30-letno delovanje strnila v predstavitveni monografiji Ars Medici II (2009) in v filmu Umetnost za zdravje (2012).

Predvsem pa šteje dejstvo, da so prireditve zelo dobro obiskane in na visoki organizacijski in izvedbeni ravni. V galerijskem prostoru poleg umetnikov iz zdravstvenih vrst nastopajo tudi najbolj uveljavljena imena slovenske umetnosti. Zasluga prof. Zvonke Zupanič Slavec je, da je bolnišnica sprejela **humanizacijo zdravstva za dejavnik zdravljenja**.

Zaradi njenega presežnega, ustvarjalnega in izjemno požrtvovalnega dela na področju ljubiteljske kulture v Univerzitetnem kliničnem centru, na Medicinski fakulteti v Ljubljani in v širši slovenski javnosti je prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec leta 2009 prejela srebrno plaketo Javnega sklada za kulturne dejavnosti RS in leto zatem častno priznanje Zveze kulturnih društev Ljubljana.

Vsi ljubitelji kulture spoštujemo in podpiramo ustvarjalno in dostojanstveno delo prof. Zvonke Zupanič Slavec, ki je ustanovitelj v ponos. Želimo ji še veliko uspehov tako v ljubiteljski kulturi kot tudi pri njenem strokovnem in znanstvenoraziskovalnem delu ter ji za priznanje iskreno čestitamo.

Prof. dr. Tomaž Rott je ob podelitvi zlate dediščine posvetil prof. dr. Zvonki Zupanič Slavec naslednjo pesem:

## Ob priznanju zlata dediščina Slovenije (17. 12. 2013)

Nikoli govornik, sem raje zapel,  
zapeti ne morem, besede ujel sem  
v slovesni trenutek, ko dober občutek  
preveva prisotne in blagohotne.  
Naj vsem bo na znanje, predsednica KUD-a  
Zupanič Slavec, prejema priznanje  
za blagostanje naše kulture,  
ji posvetila neštete je ure,  
tu v galeriji in na koncertih  
ali v pripravah spodaj v kleti,  
s prijatelji KUD-a pa v oštariji  
in ob kozarčku še v piceriji.

Kdor Zvonke pozna ne,  
mlad je po letih: ali po stažu  
v kliničnem centru in fakulteti.

Kdo je ta dama? Prava reklama  
vseh vrst kulture, ki posreduje,  
dneve in ure jih povezuje,  
mesece, leta, ko se obeta  
že dvajsetica predsedniške dobe,  
(kar je v neskladju z državno upravo),  
vendar pa kaže – okolje je zdravo.

V šopku umetnosti, kjer predseduje,  
mnogo umetnikov ustvarja in snuje:  
mladi solisti, pa še slikarji,  
mladi zboristi (mladi po srcu,  
ne samo z leti),  
in še godalci, izvrstni pihalci,  
tudi šahisti, izvorni igralci,  
koreografi, z njimi plesalci  
in fotografi, bibliofili,  
rimarji, pesniki, besed krokodili.

Kdo so ti mladi? Lepe študentke,  
mladi študenti, z njimi docenti  
in asistenti, in negovalke,  
sestre oddelkov, mnogi zdravniki,  
z njimi bolniki, ki radostijo se  
v pesmi in sliki.

Vse bogatijo vabljeni gostje,  
slikarji priznani, pesniki brani,  
pevci poznani, zbori mladinski,  
tudi starinski, in orkestraši  
gostje so naši.

Let res se ženskam ne pripisuje,  
vendar prišepnem, se ne sramuje,  
dvajsetih let, kar pri KUD-u deluje,  
mu predseduje.

V njemu je zbranih petsto že članov,  
različnih značajev, zanje bi rabil  
prav toliko čajev  
za poživitev in pomiritev  
domnevnih žalitev in uskladitev  
brez omejitev želj potešenih.

Družčina pisana res je nadloga,  
pa je predsednici prva naloga,  
da jih poslušaj, razume, uboga  
njihove želje, uspešno prepleta,  
v večnem pomanjkanju  
novcev ujeta.

Vendar je volja celotne skupine,  
da so umetniki uspešne višine,  
zavidanja vredne, lahko že gostuje,  
v mestu, državi in gre na tuje.  
Vse to in še kaj jubilantka usklajuje  
z delom nevidnim razveseljuje  
vse naokrog, če sta uspešna  
koncert in razstava,  
če je hvaležna publika prava,  
če se z zgoščenko skupina izkaže,  
in članov trud v knjigi prikaže.

Koncerti zdravnikov, njih pomočnikov,  
študentov in gostov so neprestano  
kot stalne razstave slikar-fotografske  
in druge zabave namenjene vsem,  
ki preživljajo zimo, poletje tu v bolnici  
ali gredo le slučajno tudi tod mimo.

In skupno praznujemo praznik države,  
pa tudi občutimo ob prilikah mnogih  
praznično vzdušje, ki naj prežene  
vse malodušje. In spoštovanje  
do vseh naj poraste, ne glede,  
kakšne je vere in kaste.  
Ko jubilantko slavimo svečano,  
naj bo za družbo celotno tu zbrano  
iskreno voščilo božične noči,  
ki naj prinese nam  
mir in moči za celo leto,  
naj bohota, v zdravju in sreči  
za vse letne dni.

# Jemen

*Potovala in fotografirala Urška Gantar Rott, besedilo Tomaž Rott*

Islamska predsedniška Republika Jemen (Al-Yaman) je na prvi pogled majhna državnica na skrajnem jugozahodu Arabskega polotoka, vendar s svojimi 527.970 km<sup>2</sup> večja od Španije (505.970 km<sup>2</sup>). Ima približno 25 milijonov prebivalcev. Ime države naj bi izviralo iz besede Al-Yumn, ki naj bi pomenila blaginjo in srečo, ali iz besede yamanam, kar naj bi pomenilo deželo, ki leži južno od Meke.

Jemen ima razgibano površino in različne geografske in podnebne pasove. Relativno ozka sta priobalna puščavska pasova, tako južni ob Arabskem morju s pomembnim mestom Aden kot skrajno zahodni ob Rdečem morju. Nad zahodnim puščavskim pasom se dviga in razprostira 500 km dolgo in do 200 km široko Jemensko višavje z najvišjim 3760 m visokim vrhom Jabal an-Nabi Shu'ayb in slikovitimi gorovji in gorami, kot so Sumara, Sabir, Bura in Haraz. V osrednjem višavju so široke kotline, v katerih so do višine 2700 m nekatera največja jemenska mesta, nekdanje in sedanja prestolnica in drugi kraji, kot so Sana, Sada, Ib (Ibb), Jibla, Taiz (Taizz). Manjša naselja pa so še višje. Na vzhodu se razteza na 100.000 km<sup>2</sup> od 600 do 2000 m visoka Vzhodna planota, razbrazdana z velikimi vadiji, s 450 km je na Arabskem polotoku največji Hadramaut (Hadramawt), širok od 700 m do 12 km, globok 300 m. Podtalnica vadijev omogoča življenje. Na severovzhodu je polpuščavsko področje, ki prehaja v peščeno Veliko arabsko puščavo s 650.000 km<sup>2</sup>, ki poleg Jemna zajema Oman in Savdsko Arabijo.

K Jemnu sodi tudi 130 otokov, 112 v Rdečem morju, pretežno vulkanskega izvora, s še nekaj delujočimi vulkani (zadnji izbruh vulkana Jebel na Tair leta 2007), na jugovzhodu pa je otočje z edinstvenim 3625 km<sup>2</sup> velikim otokom Sokotra (Suqutra), ki ga bova prikazala v prihodnjem prispevku.

Današnji Jemen je bil poseljen že pred 40.000 leti, zgodnje oblike kmetovanja so se pojavile pred 9000 leti. Kasnejšo pestro zgodovino delijo na predislamsko obdobje (1000 let pr. Kr. do 6. stoletja), islamski Jemen (od 7. stoletja do leta 1507), čas kolonializma (od leta 1507 dalje) in čas jemenskega imamata z nastankom dveh Jemnov (1948–1990) ter dobo združenega Jemna.

V predislamskem obdobju je bilo najpomembnejše Sabejsko kraljestvo, preko katerega je potekala dobičkonosna trgovska pot kadil in dišav, saj na južnih obalah Arabije in severnih Afriškega roga rastejo drevesa *Commiphora myrrha*, iz katerih pridobivajo miro, in drevesa rodu *Booswellia*, kot je *B. sacra*, ki so vir kadila (olibanum, frankincense). Med prazniki preizkušeno jemensko kadilo v resnici lepo diši. Miro so včasih uporabljali za odišavljenje mumij, ima več zdravilnih učinkov, deluje analgetično, ugodno vpliva na holesterol in krvni sladkor, pomaga pri prehladih, astmi, artritčnih in obtočnih težavah itd. Iz Jemna naj bi prišla v Betlehem vsaj eden ali celo dva izmed Svetih treh kraljev, ki so prinesli Jezusu kadilo in včasih izredno



Al-Salehova mošeja iz leta 2008 za 40.000 vernikov (z letala).

dragoceno miro. Kraljevino Saba arheologi postavljajo v današnji Jemen in Etiopijo, s središčema v Maribu, kjer je bil v 8. stoletju pr. Kr. zgrajen znameniti 680 m dolg in 14 m visok jez in zagotavljal kmetijsko bogastvo, in Sirwahu. Obstajala je skoraj 1600 let, od 1000 let pr. Kr. vsaj do leta 570. Iz začetnega obdobja je znana tako v Bibliji kot Koranu neimenovana kraljica iz Sabe, po islamskem izročilu so jo imenovali *Bilkis*, po etiopskem *Makeda*, po nekaterih virih Nicaule ali Nicaula. Biblične omembe kraljice iz Sabe in kralja Salomona so delno tudi arheološko potrjene. Obiskala je kralja Salomona (vladal naj bi v letih od 970 do 937 pr. Kr., čeprav do sedaj niso našli zapisov o njem, z njim pa povezujejo več odkritih gradenj). Iz njunega razmerja naj bi se rodil otrok, ki je kot Menelik I. postal začetnik stare kraljevske dinastije, zadnji, 237. generaciji je pripadal tudi cesar Haile Selassie. Kraljevina Saba je pričela propadati, ko so pomorske poti v Rdečem morju nadomestile kopenske karavanske in ko se je zmanjšalo povpraševanje po kadilih po prihodu monoteističnih ver. Končni udarec je bilo porušenje maribskega jezua leta 570 (novega so zgradili šele leta 1986). Zgodovino predislamskega obdobja so krojila še druga jemenska kraljestva, kot so Najran, Awsan, Kataban, in od 2. stoletja pr. Kr. Himjariti, neuspešno tudi Rimljani, krščanski Etiopijci in misijonarji, Judje ter Perzijci.

*Islamski Jemen* se je pričel leta 628, ko je perzijski guverner mesta Sane Badhan prevzel islamsko vero, ki se je hitro razširila. V Sani, Zabidu, v vasici Al Janad blizu Taiza so še za časa Mohameda zgradili prve mošeje. Jemenci so najstarejši in najbolj prvobitni muslimanski narod, saj je njihova vera ostala nespremenjena skoraj 14 stoletij. Jemen je postal ena od provinc islamskega imperija, ki so ga na severu vse do uboja zadnjega zajskega imama Ahmada obvladovali *Zajdi*, še danes politično vplivni (897–1962). Bolj nemirni jug so izmenično obvladovale različne dinastije, *Zijadidi* (818–1018) z univerzo v Zabidu, v letih 1012–1138 *Nadžabidi* in ismailski *Sulajbidi*. V gorski Jibli je vladala priljubljena ismailska kraljica Arwa. Sledili so egipčanski *Ajubidi* (1173–1228) in *Rasulidi* s sedežem v Taizu (1228–1454). Na vzhodu slednje zamenjajo *Tahiridi* (1454–1517) in *Katiridi*, ki so vladali do revolucije leta 1967.

Med *kolonialiste* sodijo *Portugalci*, ki so leta 1507 zavzeli otok Sokotro, egipčanski *Mameluki*, v letih 1517–1636 *Osmani*, leta 1839 *Angleži*, ki so zavzeli Aden, mesto v ugaslem ognjeniku, in iz 20 držav lokalnih šejkov ustanovili Arabski protektorat Velike Britanije, ki je padel z revolucijo leta 1967. *Turki* so se ponovno vrnili leta 1849 in ostali v Jemnu do razpada Osmanskega imperija leta 1919.

Kasneje sta se razvili dve državi, severna *Jemenska Arabska republika* in južna *Ljudska demokratična republika Jemen*. V prvi so se nadaljevale medsebojne borbe med rojalisti in republikanci, drugo pa so podpirale komunistične države. Propad Sovjetske zveze in najdba nafte v puščavskem delu, deloma na meji med obema državama, sta bila med drugim vzroka za združitev držav v *enotno državo* leta 1990. Spori med vladajočimi strankami in plemeni se žal še nadaljujejo, razmere deloma zaostrujejo tudi beduini, ki s črpanjem nafte izgubljajo svoj prostor in ob tem nimajo nobenih koristi.

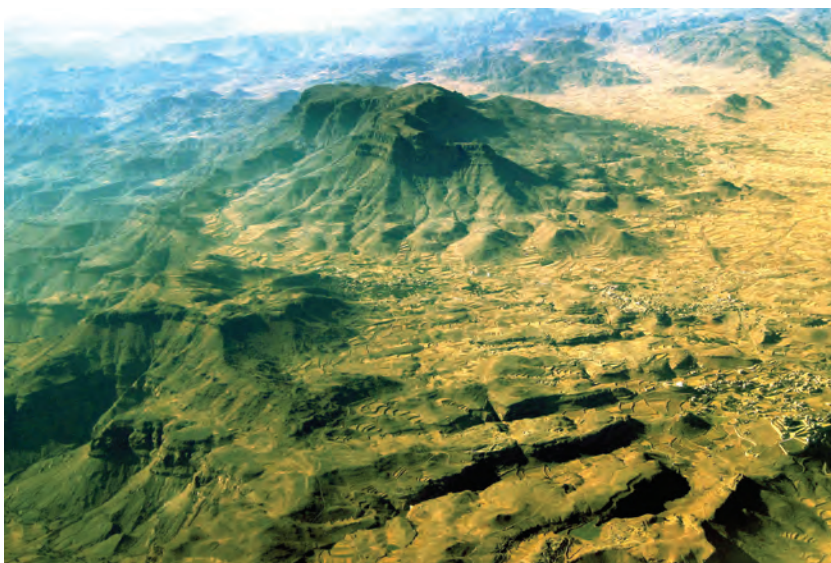
Jemen je država, o kateri bi lahko govorili v presežnikih, deloma v dobrem, deloma pa tudi v slabem smislu. Kljub izredni slikovitosti, ki je delo narave in človeških rok, in kljub pestri zgodovini večji del zahodnega sveta zaradi *politične nestabilnosti* odsvetuje potovanja v Jemen, ki ima predvsem v vzhodnem delu države zaradi nevarnosti tako za domačine kot tujce občasno zaprta območja. Naše potovanje so spremljale številne vojaške in policijske kontrole, kar daje vsaj navidezen občutek varnosti. In vendar se je zgodil mesec po našem obisku, v začetku decembra, v Sani blizu starih mestnih vrat krvav teroristični napad. Skoraj praviloma napadajo le vojaške objekte. Celo status mahraba, svetega mesta, v katerem je



Arhitektura stare Sane.



Slikovito špičasto gorovje Bura z zaselki na skrajnih vrhovih.



Gore in planote Jemenskega višavja z letala proti Sani.



Planota v pogorju Haraz s terasami, v ozadju na vzpetini vas Hajjarah.



Neosvojena kahirski trdnjava, Qalat al-Qahira, ki jo je zgradil v 12. stoletju Saladinov brat Turanšah.



Stolpnice utrjene vasi Hajjarah iz 11. stoletja.

vojskovanje prepovedano, pri tem nič ne pomaga. Deloma zaradi časovnega okvira in zaradi omenjenih tveganj je bilo tudi naše potovanje omejeno predvsem na slikovito zahodno Jemensko višavje in zahodni priobalni pas in dober teden na otok Sokotra. Tudi omejeno spoznavanje Jemna preseže pričakovanja in navduši razvajenega popotnika.

*Potovanje po Jemnu* smo pričeli in končali v glavnem mestu *Sani*, kjer je stari del mesta uvrščen na seznam Unescove zaščitene svetovne dediščine. Pregovor pravi: »Od koderkoli si, enkrat v življenju moraš obiskati Sano.« Danes skoraj dvomilijonsko glavno jemensko mesto na višini od 2100 do 2300 m je bilo naseljeno najmanj pred 2500 leti in je eno najstarejših stalno naseljenih mest na svetu. Po legendi naj bi ga ustanovil Noetov sin Sem. Stari del mesta delno še obdaja od 9 do 14 m visoko ilovnato obzidje, vanj vstopiš lahko skozi znamenita več kot 1000 let stara jemenska vrata, Bab-al-Yaman. V mestu je preko 6000 hiš zgrajenih pred 11. stoletjem, sicer pa je skupno okrog 14.000 visokih stavb, »nebotičnikov«, s šestimi ali osmimi nadstropji, ki so značilno grajene in predstavljajo jemensko razpoznavnost. Deloma se ponavlja tudi v drugih mestih in vaseh.

Pritličja so sezidana iz sivkastega kamna, nadstropja iz na soncu sušene rdečkaste opeke iz blata in slame (v nekaterih mestih so hiše le iz kamna). Pročelja so horizontalno geometrično belkasto vzorčasta, obrobe oken in robovi hiš belkasto okrašeni s posebno tehniko nanašanja sadre, polrozete – nadokna nad zgornjim robom oken krasijo vitraži (qamariyas) iz barvnega stekla. Hiše so kot čokoladne torte, okrašene z belo sladkorno glazuro. Ustno izročilo govori o razkošni celo 20-nadstropni stavbi iz časa sabejskega kraljestva.

Zanimiva je namembnost posameznih nadstropij. V pritličju je hlev in za družinsko oskrbo pomembna živina, tu so tudi shrambe. Prvo nadstropje je namenjeno zabavi otrok, otrokom in ženskam je namenjeno tudi drugo nadstropje (na mladih svet stoji!), v tretjem in četrtem so spalnice, sanitarije in kuhinja, peto je namenjeno starejšim (da si oddahnejo od glasne otročadi in življenja strastnih mladcev in deklet?). Načeloma so mlajši v spodnjih nadstropjih, starejši v zgornjih, kljub temu, da je središčno stopnišče strmo in ima visoke stopnice. Vrhnje podstrešno nadstropje (manzar) predstavlja sobo z razgledom (mafray) za uživanje starejših ob pitju kave, čaja, kajenju vodne pipe ali žvečenju kata, kar lahko počnejo sami ali v prijetni družbi svojih gostov. Tako velika visoka stavba bi bila kar razkošna za osnovno celico jemenske družbe, povprečno 8-člansko družino (ajlo), saj vsak

moški ne zmore preživljati dovoljenih štirih žena, ampak je namenjena razširjeni družini, ki se imenuje, zanimivo, bajt, ki živi v skupni »bajti«. Razširjena družina s sorodniki je fahd ali bajn, večja skupnost pa pleme (kabila), ki izvoli poglavarja, šejka. Plemena se med seboj ločijo po vzorcu moškega krila (fute), obliki tulca tradicionalnega ukrivljenega noža jambije in načinu zavezovanja naglavne rute ali šala.

V Sani so znotraj stavbnih kompleksov vrtovi, ki so v precejšnji meri pripomogli k lastni pridelavi zelenjave in deloma sadja. Zaradi nižanja talnice oz. pomanjkanja vode se čedalje bolj redčijo.

Sprehod po tlakovanih ulicah stare Sane nas popelje za nekaj stoletij nazaj. K temu pripomorejo možje v turbanih in dolgih haljah z obveznimi jambijami za pasom, uradni pisarji, ki še vedno kaligrafsko natančno pišejo potrebne dokumente, slikovit bazar oz. suk, nekdanji trg soli Suq al-Milh, kjer dobiš praktično vse potrebno za vsakdanje življenje, tudi osličke na štirih nogah. Ženske v črnem skrivajo svoje obraze pod črno tančico. V krajih, kjer so imela dekleta razkrit obraz, posebno ismailke, bi bile vredne fotografske upodobitve. Vendar se v nasprotju z otroki in moškimi, vključno z vojaki, ne pustijo ovekovečiti. Čeprav je žvečenju kata namenjen poseben čas z druženjem, pa je mogoče opaziti marsikoga z oteklimo pod enim licem, kot nekakšnim »zobnim granulomom«, kar kaže na žvečilca lističev kata.

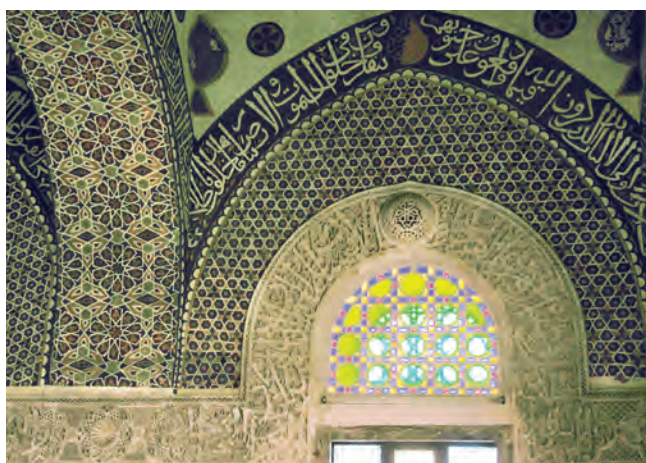
Kat je grm ali do 6 m visoko zimzeleno drevo *Catha edulis*, ki so ga prinesli iz Etiopije. O uživanju lističev kata je več že napisal Živo Bobič (Isis, januar 2008). Omeniti pa vseeno velja, da je uživanje te rastline prepovedano skorajda povsod, razen v Jemnu, Džibutiju, Somaliji, Etiopiji in Keniji. V ZDA je kat na seznamu trdih drog. Gojijo ga že na polovici razpoložljivih kmetijskih površin (ki predstavljajo le 3 odstotke vse jemenske površine) in potrebuje mnogo vode (danes že 40 odstotkov vse vode, ki jo porabijo v Jemnu!). Daje pa do 17-krat večji dobiček kot ostali pridelki, čeprav zmanjšuje samooskrbo prebivalstva z bolj potrebnimi pridelki. Zanj namenijo (pre)velik del družinskega proračuna (skupno 20 milijard dolarjev), ker morajo biti lističi obrani v zadnjih 24 urah in so zato dragi. Vsakodnevno ga žveči skoraj polovica prebivalstva, 80 odstotkov moških, 40 odstotkov žensk in že 30 odstotkov otrok pod 15 leti. Žvečenje ima poleg socialnih in gospodarskih tudi ekološke posledice – dnevni odmerki so v plastičnih vrečkah, ki jih zavržejo in dodatno onesnažujejo okolje. Včasih je kar grozljivo opazovati nekatere z izbuljenimi očmi in kepo prežvečenega listja med ustnico in čeljustjo. Med žvečenjem lističev po začetni družabnosti in živahnosti zaradi amfetaminu podobne snovi katinon sledita depresija in melanholija. Med uživalci je več boleznih zobovja, gastritisa, razjed na prebavilih, srčnih boleznih, škodljivih posledic na novorojenčkih, zaradi pesticidov in drugih pospeševalcev rasti pa več jetrne ciroze. Kljub temu, da koran prepoveduje opojne substance, po presoji nekaterih kat »poveča razumevanje sur v koranu«. Večina islamskih držav ga odklanja. Uživanje v Jemnu je po 700 letih postalo prava tradicija, čeprav predstavlja eno od negativnih strani Jemna.

Neobremenjeni otroci vseeno uživajo v preprostih stvareh, tako tudi na improvizirani gugalnici, na podboje vrat zabiti vrvi z blazino za zadnjico, mladci pa jahajoči na oslu vneto telefonirajo kot pravi oslo-mobiji.

V Sani je leta 2008 zgrajena v Jemnu največja mošeja Al-Saleh, ki jo je dal zgraditi nekdanji predsednik in je razkošna mojstrovina v barvah jemenske pokrajine z arhitekturnimi elementi celega Jemna. Ima šest minaretov kot Modra



Skalna palača Dhar al-Hajar, namenjena imamu.



Bogata ornamentika in slikovita kaligrafija v barvah in plastiki v mošeji Al-Ashrafiya.



Spontan in sproščen ples gostiteljev.



Mošeja Al-Ashrafiya z osnovami iz 7. stoletja, zgrajena med 12. in 13. stoletjem, pogled s kahirske trdnjave.

mošeja v Istanbulu. V njej se lahko zbere do 40.000 vernikov. Edina v Sani je odprta tudi za nemuslimane. Zgraditi jo je dal nekdanji predsednik Saleh. Velika mošeja, Jami al-Kabir iz 7. stoletja je stara skoraj 1400 let. Iz Sane izvira palimpsest, ki predstavlja enega najstarejših rokopisov korana.

*Prebivalci Jemna* so večinoma arabske narodnosti, prevladujejo muslimanski suniti, tu so še priseljenci iz Južne Azije in Evrope, precej je somalskih beguncev, v Tihami pa je več Afro-Arabcev. Tako v Sani kot v drugih mestih so kot najstarejša diaspora že 1000 let pr. Kr. živeli Judje, vendar so se morali leta 1950 množično izseliti, nekaj preostalih družin pa se je pred grožnjami umaknilo leta 2007.

*Nebotičniška gradnja* ohranja prostor, zato jo najdemo tako po mestih kot vaseh, vključno s hišami na vrhovih špičastih gora. V kraju *Shibam*, nekdanji prestolnici kraljestva v vadiju Hadramaut, je pravi »puščavski Manhattan«, kjer stoji na omejenem enovitem področju skupaj okoli 500 nebotičnikov z osmimi nadstropji, visoki so do 30 m in so bili zgrajeni večinoma v 16. stoletju. Tega vzhodnega mesta nismo obiskali, pač pa soimenjaka v zahodnem Jemenskem višavju.

Iz Sane smo se preko visokih prelazov spustili proti jugozahodnemu delu Jemenskega višavja, ki so ga zaradi ugodne klime že v antiki poimenovali *Arabia felix*, srečna Arabija. Ima največ padavin in je zato najbolj rodovitno področje države, ki mu pravijo tudi »zelena streha Arabije« ali »zeleni Jemen«. Za kmetijstvo je najprimernejše področje okrog krajev Ib in Taiz. Do višine 1500 m raste tropsko sadje (banane, papaje, mango), do 2200 m agrumi, do 2500 m kava in kat, žita (pšenica, ječmen), koruza, zelenjava, krompir in drugo celinsko sadje. Povsod rasteta proso in sirek. Ker vina ne pridelujejo, grozdje sušijo za rozine.

Cvetoče obdobje *gojenja kavovcev*, ki sicer izvirajo iz etiopskega višavja Kaffa (Kefa), in trgovine s kavo je nedvomno bilo obdobje od 13. do 18. stoletja, predvsem po prihodu Osmanov leta 1517, dokler niso leta 1740 sadike kavovca pretihotapili in raznesli po svetu. Vrsta kave, ki so jo izvažali, je dobila ime po izvoznem pristanišču Moka.

Brežine bolj ali manj strmih hribov zelene Arabije so prekrite s *terasami*, planote pa pastelno pisano mozaične zaradi različnih rastlinskih kultur. Na ravnih strehah hiš sušijo perilo in pridelke, tako smo lahko videli bučno, kavino, rozinovo streho ipd.

V teh rodovitnih krajih je v mestu *Ib* zanimivo staro mestno jedro s hišami iz sivega kamna, Veliko mošejo iz 7. stoletja in slikovito mošejo Al-Jalaliya iz turških časov. Starinska lesena ali kovinska vrata z Davidovo zvezdo kažejo na nekdanj vplivno judovsko poselitev. V Ibu je bila »univerza« kraljice Arwe. Kot Sayyida al-Hurra Arwa bint Ahmad as-Sulayhi je vladala od 1086 do 1138 in doživela 92 let. Glavno mesto njene kraljevine je sicer bilo v 11. in 12. stoletju cvetoče mesto *Jibla*, le nekaj kilometrov naprej.

Mimo mesta *Al-Qaida* (ni povezano z Al-Kaido, tudi Osama bin Laden s sorodstvom ne izvira od tu, ampak iz vasi Ar Ribat na vzhodu Jemna) smo se spustili v kotlino velikega trgovskega mesta *Taiz*, drugega največjega v Jemnu. V njem je vredna ogleda znamenita mošeja Al-Ashrafiya, z osnovami iz leta 628, prezidana v 12. in 13. stoletju. V njej deluje koranska šola, kjer so se odrasli morali šolati skupaj z otroki. Mošeja je prekrita z bleščeče belo fasado iz zloščene gipsa, v njej so grobnice vladarja Ašrafa in njegove družine. Malo domačnosti dajeta minareta, ki spominjata na zvonika. Poleg izredno umetelnih čipkastih kaligrafskih ornamentov iz gipsa in izrezljanih lesenih vzorcev je v mošiji eden najlepših mihrabov v Jemnu. Slikovita je tržnica, lačni in žejni imajo na razpolago odlične sadne sokove, palačinke, taiški sir idr.

Nad mestom je neosvojena *Kabirska trdnjava*, Qalat al-Qahira, od koder so lepi razgledi po mestu in okolici. V 12. stoletju jo je zgradil Saladinov brat Turanšah. Tu smo spoznali nov šport, dričanje po klančini gradu dobesedno po riti, ne da bi otroške zadnjice zato kaj pordele.

Po strmi gorski cesti smo se južno od Taiza pripeljali skoraj na vrh *Sabirskega pogorja*, do višine 3000 m, kjer smo uživali v pogledih na izredno slikovito in za Jemen značilno gosto poseljenost na ostrih hribovskih vršacih, ki je varovala prebivalce pred tujimi vdori, in na terasasto obdelana zemljišča pod njimi. Zaselki so bili deloma posejani tudi na terasah strmih bregov.

Iz južnega dela višavja smo šli ogreti v vroči puščavski pas *Tibame* ob Rdečem morju. Tu je mogoče opazovati vplive bližnje Afrike. Pojavljajo se skromne okroglaste afriškimi podobne hiške iz blata, pokrite s slamo, dračjem in vejevjem. V notranjosti so na zbiti zemlji preprosta ležišča, pod njimi privezani jagenjčki. Svetloba prihaja skozi nepravilno okroglasta majhna okna. Peljali smo se skozi zapuščeno nekdanj živahno pristanišče za izvoz kave *Moka* (Al-Makha, Mocha). Ob obali, ki zaradi plitvin in lagun ni primerna za kopanje, se zbirajo ptice selivke. Pot smo nadaljevali mimo solin, ogljarn do mesta *Zabid*, »jemenskega Bagdada«, ki je bilo predvsem med 13. in 15. stoletjem pomembno



Ali je še kakšen nadležen fotograf ?



Izdellovalec nožev, džambij (jambij), ki žveči kat.

»univerzitetno« izobraževalno središče za celoten arabski in islamski svet s približno 5000 študenti v 200 medresah. Uvrščeno je na Unescov seznam svetovne dediščine, vzrokov za to bi bilo lahko več. Poleg nekdanje vseh učilnice slave je v Zabidu ena od najstarejših mošej še iz Mohamedovih časov. V Zabidu je učenjak Al-Jaladi iz 9. stoletja zamoril vse kasnejše šolarje z »izumom« algebre. Morda je bil vzrok temu, da je Zabid menda najbolj vroč kraj na svetu s temperaturami preko 50° Celzija. Zanimivo v mestu je, da so arheološka izkopavanja zaradi sodelovanja tujih arheologov datirana z oznako AD (anno Domini).

Severno od Zabida je pomembno ribiško pristanišče *Hodaida* (Al-Hudaydah), slikovito zaradi barvitih ribiških ladij z vitkimi ribiči afriških korenin, kjer je nujen jutranji ogled ribje tržnice s kupi mečaric, tunov, skatov, številnih morskih psov. Njihovo število se je lokalno zaradi pravega »genocida« močno zmanjšalo, njihove plavuti končajo na Daljnem vzhodu, zobje pa kot obeski ali uhani, kar je dokazoval posebnež v pristanišču, ki je zobe morskega psa uporabil za vampirski videz.

Po tihamski vročini smo si »vroče« zaželeli vsaj manjše osvežitve. Tako smo se iz vroče Tihame znova povzpeli v Jemensko višavje, tokrat v pogorja Bura in Haraz in na Kavkabansko (Kawkaban) planoto, ki ležijo zahodno od Sane.

V najbolj slikovitem, skorajda neresničnem pogorju *Bura* so nas znova očarala pobočja s stopničastimi in ponekod ozkimi terasami. Še enkrat smo občudovali nenavadno ostre gorske vrhove z majhnimi, za osvajačce praktično nedostopnimi vasicami z visokimi »vitkimi« hišami, kot so hribovju prilagojeni vitki prebivalci. Tu lahko srečaš dekleta v zametnih črnih oblekah s srebrnimi pasovi.

Po spustu v dolino Surdud smo se usmerili proti Manaki (Manakhah), središču Haraških gora, kjer smo preživeli prijeten jemenski večer s sproščenimi domačini. Prikazali so deloma kar nevarne temperamentne ples s puškami in ostrimi koničastimi jambijami. Mimogrede, poleg obveznih jambij ima vseh 25 milijonov prebivalcev v osebni lasti okrog 60 milijonov kosov orožja, od kalašnikov do raket zemlja-zrak. Če odštejemo še ženske in otroke ... Raje k plesu: domačini so uživali, ker so

med Slovenci odkrili mnogo več smisla za ritem, glasbo in ples v primerjavi z Nizozemci in Nemci.

V Haraških gorah je ena najlepše ohranjenih utrjenih vasic al-Hajjarah iz 11. stoletja s slikovitimi utrjenimi večnadstropnimi hišami. Ponekod celo prepadne stene terjajo varovanje mlajših otrok, ki jih privežejo na dolge varovalne trakove. Nič nenavadnega ni, da otroci iz pritličij stolpnice po kamnitih strmih stopnicah peljejo živino na pašo.

Ustavili smo se tudi v vasi *Al-Khutayb* (Al-Hoteib), kjer je čudovit mavzolej iz belega marmorja, ki ga morda z nekaj pretiravanja imenujejo jemenski Taj Mahal. Posvečen je ismailskemu mislecu iz 12. stoletja. Tu smo po dolgem času zagledali tudi

odkrite obraze Jemenk, ismailke obraza ne zakrivajo.

Iz Sane smo se odpravili še na izlet na visoko ležečo kavkabansko planoto. V bližnji *dolini Dhar* je za turiste in domačine privlačna slikovita imamova poletna rezidenca, *Skalna palača* (Dar el Hajar). Iz nekdanje močne gorske utrdbe *Kawkaban* (Kawkaban) smo se sprehodili do kraja *Šibam* (Shibam), prizorišča ene izmed zgodb 1001 noči. Barvite kamnine na poti so deloma spominjale na jordansko Petro. V *Hababi* (Hababah) je velik zbiralnik za vodo, v katerem so odsevale naokrog nanizane visoke rdečerjavkaste kamnite hiše, z delno podobno okrašenimi okni kot v Sani.

In končno, v bližini Sane smo obiskali na videz opuščeno staro utrjeno judovsko mesto, *Bayt (Beit) Barwa*, z bližnjo vodno pregrado. Poleg zajetja vode za novim jezom v Maribu je v Jemnu na razpolago še nekaj manjših zajetij, vodni zbiralniki in talna voda. Rek ni, razen hudourniki ob močnem deževju, ki je tako poplavilo Sano nekaj tednov po naši vrnitvi domov. Pri vračanju v Sano smo na cesti s pogledom na mesto videli številne parkirane avtomobile, v katerih so potniki uživali v žvečenju kata.

V Jemnu je očarljiva in čudovita pokrajina, zaradi ohranjene srednjeveške arhitekture kot deloma tudi načina življenja je mogoče začutiti utrip in pridih srednjega veka, morda nenavaden za zahodnjaka. Ko je Bog preverjal stanje svojih stvaritev, je dejal: »London se je zelo spremenil, Egipt nima ničesar več, česar bi se spominjal, Jemen pa je tak kot na dan stvarjenja«. Kljub problemom (uživanje kata, grozeče pomanjkanje vode, visoka nataliteta, revščina, nenadzorovana oboroženost, skromna infrastruktura, notranja trenja, onesnaženo okolje) popotnika očara nepričakovana lepota pokrajine, prijaznost, pristnost, nenarejenost, nepokvarjena in nevsiljiva ustrežljivost domačinov pa lahko hitro osvoji, da vzame v zakup morebitna tveganja. Pa nekaj znanja arabščine bi prišlo prav.

O Sokotri, »Arabskem Galapagosu«, ki je podobno kot Sana, Zabid in vzhodni Shibam pod Unescovo zaščito, pa v prihodnjem prispevku.

E-naslov: [tomaz.1945@yahoo.com](mailto:tomaz.1945@yahoo.com)



# Zdravnik bolnik, učitelj učenec

Eldar M. Gadžijev

## Uvod

Ležim na postelji in peljejo me na slikanje pljuč. Pot je dolga in srečam številne kolege, **vidim jih, a oni mene ne vidijo**.

Drugi dan po operaciji dobim haljo in grem na sprehod do inštituta. Srečam kar nekaj kolegov. **Pozdravil bi jih, vendar me ne opazijo**.

V polni čakalnici pred laboratorijem zagledam starejšega kolega, ki mirno, **vdan v usodo, čaka skupaj z ostalimi**, da bo prišel na vrsto.

Tako je to, bolnik je bolnik in če ni moj bolnik, ga v bistvu sploh ne vidim! Morda je tako prav, morda pa ni! Če ne gledamo, ne vidimo in zlahka zgrešimo koga, ki bi mu tudi prijazen nasmeh veliko pomenil!

## Bolnik

Bolezen ne izbira in ko postaneš bolnik, greš v tir, namenjen bolnikom. Bolezen je enaka za vse, je pa za zdravnika pogosto težja kot za laike! Vemo, zakaj! In kot zdravnik imaš celo več možnosti za to, da bo prišlo do zapletov, kot nekdo drug. Je že tako!

Tudi v naši stanovski reviji je bilo že kar nekaj napisanega o upokojenih zdravnikih, ki zbolijo in stopijo v proces diagnostike in zdravljenja. Stopijo pa tudi v proces čakanja, bodisi na pregled bodisi na preiskavo. O primernosti pristopa do njih so nekateri pisali kritično in s precejšnjim razočaranjem. Smo jih slabo videli? No, nekateri od teh, ki so pisali, so že odšli ... Je že tako!



Kot star zdravnik in učitelj si na tem mestu vendarle drznem pozvati mlajše kolege, da bi bili do kolegov, ki zbolijo in so v stiski, pa čeprav že v pokoju, pozorni in prijazni. Če so bili celo naši učitelji, pa smo tako ali tako zavezani Hipokratovi prisegi, ki pravi na začetku: »Prisegam, da bom moža, ki me je izučil v zdravniški vedi, spoštoval kakor lastne starše in da bom delil z njim svoj preužitek ter mu pomagal, če bo v stiski« ... Kako je danes s spoštovanjem staršev, je vprašanje duhovne in čustvene inteligence posameznika in njegove srčne kulture. Še vedno pa naj bi nas, zdravnice in zdravnike, predstavnike stanu, ki ima posebno poslanstvo, prisega zavezovala in ostala sveta, pa naj bo to všeč laikom, oblasti, našim otrokom in medijem ali ne!

## Učitelj

V našem poklicu so učitelji ne le tisti, ki imajo učiteljski naziv, ampak vsi kolegi, ki so nam na naši poklicni poti pomagali, svetovali, nas usmerjali, nas preprosto učili. Zdravnik v svojem strokovnem razvoju pogosto doživi, da mu mnogo več znanja nudijo neakademski, neredko starejši kolegi, kot pa tisti z nazivi. Docenti in profesorji so večji del akademski učitelji študentov, vodijo raziskave in so, razen izjem, pogosto tudi manj vpeti v rutinsko delo na bolnišničnih oddelkih ali v ambulantah. Mentorji študentov in specializantov pa so vendarle tisti, ki naj bi največ napravili za strokovno rast svojih, zaupanih jim kolegov.

Zanimivo je dejstvo, da se v odnosih pogosto marsikaj spremeni, ko učenci dosežejo samostojnost, položaje ali zelene nazive in postanejo neodvisni! Včasih pride do neke tekmovalnosti z učiteljem, kar sicer ni nič slabega, dokler ostaja odnos spoštljiv in v duhu Hipokratove prisege. Koliko je danes takega spoštljivega odnosa, lahko presodi le vsak zase, bodisi kot učitelj ali kot učenec.

## Učenec

Moje izkušnje kot učenca kirurgije so bile zanimive. Doživel sem kar nekaj različnih pristopov posredovanja izkušenj in posebnih znanj s strani svojih učiteljev, tistih, ki so to bili kot taki, in tistih, ki so delovali kot učitelji, pa to formalno niso bili. Dejstvo je, da sem se precej naučil enostavno z asistiranjem kirurgom ali v pogovoru z njimi. Nikoli nisem naravnost prosil, da mi kdo kaj pokaže, in sem enostavno črpal iz njihovega dela, tehnike operiranja in taktike pri operaciji. Pa je le prav vprašati in celo povedati svoje mnenje in pogled na situacijo. Seveda pa lahko pričakujete sila različen odziv na tako aktivnost pri posegu. Veliko sem se naučil, ko sem npr. ostal »sam«, še preden je bilo konec operacije, pa naenkrat ni več šlo vse gladko. Poklicati sem dal svojega šefa, ki je bil že v »rekreaciji«, in ga prosil za pomoč. Pa je prišel in se »razjezil«, kaj ga kličem in da naj kar sam rešim problem! In sem plaval, plaval in priplaval ... Tudi to je način, je že tako.

Posredno se lahko »naučimo« tudi ob negativni izkušnji. Na primer, ko se operater, celo učitelj, nekje ustavi in se odloči za umik. Take situacije so me vzpodbudile k dodatnemu učenju npr. anatomije ali pa k iskanju napotkov oz. izkušenj drugih v literaturi.

V kirurgiji lahko učenec veliko pridobi, če mu učitelj asistira. Sam sem imel naslednji način: pred posegom sem z mladim operaterjem predebatiral primer, napravil včasih tudi skico predvidenega posega in ga opozoril na morebitne pasti in probleme med operacijo. Med samim posegom pa pomoč ni bila v tem, da bi kot asistent praktično naredil poseg, kar se je pri nekaterih dogajalo, kot tudi ne, da bi operaterja »za rokico« vodil skozi operacijo. To je sicer možen način, primernejše pa je, da mu predvsem dobro prikažeš operativno polje in opozarjaš na nužnost predvidevanja naslednjih »korakov« pri operaciji.

### Odnos učencev do učitelja

Dokler učitelj uči, je odnos v glavnem spoštljiv, kar je logično. Ko pa tega ni več in je učenec samostojen, pa je nadaljnji odnos, kot kaže, predvsem odvisen od učenčeve čustvene in duhovne inteligence. Ta odnos pa je tako različen in tako nepredvidljiv,

kot smo sicer ljudje na splošno. Če je poučevati dolžnost, potem predvsem neka hvaležnost nima mesta v tem odnosu; spoštovanje pa vendarle lahko ostane in pripravljenost pomagati učitelju ali njegovim bližnjim v smislu Hipokratove prisege.

Včasih pa se dogaja celo še kaj več: že vrsto let se mi javljajo trije kolegi, moji učenci, ki me občasno pokličejo samo zato, da me vprašajo, kako sem. Vendar so vsi z območja nekdanje skupne države ... In nihče od njih ne pričakuje kakšnih uslug ali pomoči, razen morda, da me sem in tja vprašajo za mnenje o kakšnem problemu.

In ko sem bil bolan, je vendarle prišlo nekaj kolegov, mojih učencev, pogledat, kako gre učitelju. Občutek je bil lep, njihova vzpodbuda pa koristen prispevek pri moji – bolnikovi – odločnosti boriti se z boleznijo.

E-naslov: [eldar.gadzijev@gmail.com](mailto:eldar.gadzijev@gmail.com)



SREČANJE MLADIH  
ZDRAVNIKOV S TUJINO



**posebnosti podiplomskega izobraževanja v Sloveniji / izzivi podiplomskega izobraževanja v Evropi**  
**zaposljivost mladih zdravnikov / beg možganov**  
**mobilnost / migracija**  
**forum / razprava**

Datum: **sobota, 15. marec 2014**

Kraj: **Domus Medica, Zdravniška zbornica Slovenije**

Organizira: **Zdravniška zbornica Slovenije, Komisija za mlade zdravnike**  
**EJD (European Junior Doctors)**

Udeleženci: **Slovenski mladi zdravniki**  
**Predstavniki mladih zdravnikov iz sosednjih in drugih evropskih držav**

Registracija: **obvezna, prijave sprejemamo do 10. 3. 2014 na: [mic@zss-mcs.si](mailto:mic@zss-mcs.si)**

**Kotizacije ni!**

...več o dogodku v naslednji številki revije Isis ter na spletni strani ZSS.

## 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 XX<sup>th</sup> 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

**Nikola Potočnik**, D. M. D.



## 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.

## 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 Pranjčič**, L. L. B.

### Finance and Accounting Department

**Nevenka Novak Zalar**, B. Sc. Econ., M. Sc.

### Health Economics, Planning and Analysis Department

**Nika Sokolič**, B. Sc. Econ.

### Head of CME/CPD Activities

**Mojca Vrečar**, M. B. A.

### Head of Postgraduate Medical Training, Licensing and Registry Department

**Tina Šapec**, L. L. B.

## Tasks

- The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.
- The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:
  - Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
  - Maintaining a register of members and issuing membership cards.
  - Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.
  - Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
  - Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
  - Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.
  - The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.
  - Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.
  - Determining doctors' fees and participating in agreeing the prices of health care services.
- Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.
- Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional salaries.
- Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.
- Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.
- Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.
- Assisting members to find suitable locums during their absence.
- Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.
- Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.
- Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.
- Monitoring alternative methods of treatment.
- Detering prohibited and unacceptable medical practices.
- Providing a free permanent consulting service to members.
- Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.

# Domus Medica za vas!

Domus Medica je bil ustvarjen kot osrednja hiša slovenskega zdravništva. Velika Modra dvorana, številne sejne sobe in klubski prostori so bili zgrajeni z namenom srečevanj, stanovskega druženja, odprtega dialoga, organiziranih strokovnih predavanj med zdravniki in zobozdravniki.

Z veseljem vas obveščamo, da smo predstavitev Domus Medica pripravili tudi na internetni strani: <http://www.domusmedica.si/>.

Vabimo vas, da si spletno stran ogledate in v prihodnosti svoje srečanje organizirate v prostorih **Domus Medica!**

Za več informacij o Medicinskem izobraževalnem centru pišite Mojci Vrečar ([mojca.vrecar@zzs-mcs.si](mailto:mojca.vrecar@zzs-mcs.si)) ali pokličite 01 307 21 91.

