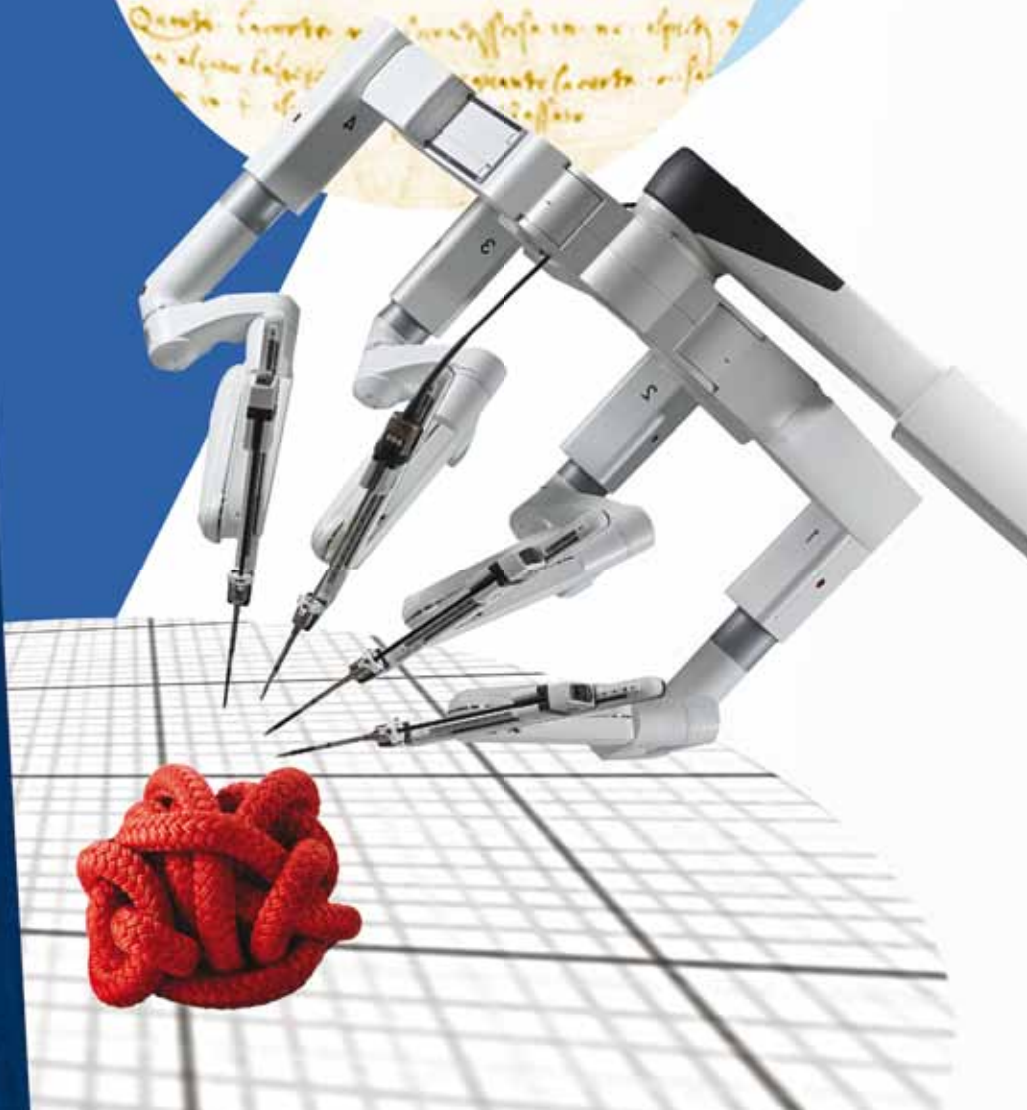


Urologija in nobelovci

Odkritje C. B. Hugginsa, da raka prostate povzroča testosteron, je omogočilo uspešnejše in neagresivno zdravljenje s hormonskimi terapijami. Radikalnejšo metodo, prostatektomijo, pa danes že opravljajo z roboti.





Pogled od zunaj bo dobrodošel

Po razmeroma dolgih pripravah Ministrstvo za zdravje pristopa s pomočjo tujih svetovalcev SZO k projektu »**Analiza zdravstvenega sistema in izhodišča za reformo**«. Na tej podlagi se bodo nakazale spremembe slovenskega zdravstva in seveda zakonske podlage. Analitični pristop, mednarodni strokovnjaki za zdravstvene sisteme in širok krog domačih soustvarjalcev projekta so dobra osnova za končni izdelek. Skrb vzbuja časovni zamik zakonodajnih podlag in pretirano zanašanje na izsledke projekta kot rešitelja zagat, v katere smo v zadnjem desetletju globoko zabredli. Pristop daje neko upanje, ki naj ne pojenja ob pomisleku na zdravstveni del koalicijske pogodbo, ki praktično ne omogoča sprememb.

Težji del naloge bo na ramenih domačih sodelavcev v delovnih skupinah, ki bodo morali *iskati rešitve v kompilaciji dobrih domačih in tujih praks*. Ne bodo se mogli izogniti pojasnitvi razlogov slabih domačih praks, ki imajo ozadja in posledično stopicanje na mestu. To so konfliktna tema, skozi katere smo v zdravniških organizacijah že šli in vendarle uspeli doseči široko soglasje glede najprimernejših rešitev za slovensko zdravstvo. V profesionalnem ozračju

projektne vodnje, pod okriljem Ministrstva za zdravje, bo njihovo delo z vidika ustreznih podatkov empirično bolj verodostojno, z vidika odgovornosti do končnih usmeritev težje breme in z vidika prepričevanja aktualne politike in sporazumevanja s širšo javnostjo najtežja preizkušnja.

Napredek je že vse širše spoznanje, da so strukturne spremembe v zdravstvu nujno potrebne: **zdravstvo ni več vzdržno, izvajalci in državljani so vse bolj nezadovoljni vsak iz svojih in tudi skupnih razlogov, demografska projekcija, nekonkurenčnost na zdravstvenem trgu in izgubljanost stika z razvojem medicine zaskrbnjuječi**.

Politika je vedno bila in bo tudi vnaprej odločujoča pri preobrazbi slovenskega zdravstva, od nje smo odvisni in z njo bomo krojili usodo slovenskega zdravstva. Še nikoli do zdaj ni bil izkazan tako velik interes in zanimanje politike za razprave v zdravstvu, kar se odraža tudi v državnozborskem Odboru za zdravstvo, ki postaja mesto številnih izrednih sej. Pogledi političnih strank na reševanje zdravstva so vse bolj jasni, vse bolj nasprotujoči, kar je lahko, skozi plemične in v upanju na konstruktivne razprave, samo dobro.

Zdravniške organizacije, sporazumevanje s politiko in med seboj

Spoštljivi odnosi in sporazumevanje med ustvarjalci slovenskega zdravstva so predpogoj za zahtevne in nujne spremembe. Vsega tega ni bilo nikoli v presežkih, v zadnjem obdobju celo presenetljivo malo. Odnosi zbornice in ostalih zdravniških organizacij z ministrico niso na visoki in zaupanja vredni ravni. Brez odgovorov na uradne dokumente in pobude, če že, z velikimi zamudami, in brez odgovorov na vpljudna povabila. Morda nenamerno, a vendar nespoštljivo in nesprejemljivo. To ni spodbuda za pričakovane zahtevne spremembe v zdravstvu, katerih najtežje breme v iskanju rešitev in njihovem izvajanju bomo nosili prav zdravniki.

Tako tudi ne preseneča vse glasnejše dogovarjanje na ravni zdravniškega sindikata Fides, Ministrstva za zdravje in Ministrstva za javno upravo glede uveljavitve pomembnega dokumenta **Standardi in normativi zdravniških**



Foto Andrej Zore

kega in zobozdravniškega dela.

Priporočila stroke že šest let ležijo v predalih kot posmeh uveljavljanju preglednosti dela zdravnikov, odpravi uravnilovke, normalnim pogojem dela in zagotavljanju večje varnosti tako zdravnikov kot bolnikov. In glej ga zlomka, šele rožljanje s sindikalnim orožjem zdravi odgovorne iz prijetnega dremeža, vzvišene samozadostnosti. Samo še pikico pritismo, samo še malo in konec dolgoletnega mencanja. Acta, non verba. Kako preprosto je vse to. Torej smo našli rešitev tudi za začetek zdravstvene reforme in ustreznega nagrajevanja zdravnikov. Pa tako smo bili v skrbeh!

Še pred poletjem se pripravljala konferenca »**Vloga stroke v zdravstvenem sistemu**«, s člani najvišjih strokovnih teles v državi, v organizaciji Ministrstva za zdravje, Zdravstvenega sveta, ZZS, SZD ter UKC-jev. Vsi, brez izjeme, se zavedamo pomena ponovne vzpostavitve učinkovitega dela stroke v času zahtevnih sprememb v zdravstvu, a so pogledi na avtonomijo zdravniške stroke različni in vsebina njihovega dela še precej nedorečena. Čas ločitve politike od medicinske stroke je pred nami tudi na formalni ravni, kakor tudi izkazana integriteta in odgovornost vseh strokovnih avtoritet pri preobrazbi slovenskega zdravstva.

Glede na aktualne dogodke in zaostrene razmere ni izključena **izredna seja Skupščine ZZS z ostalimi zdravniškimi organizacijami**, na kateri bomo spregovorili o reformi in naših pogledih na ključne izzive slovenskega zdravstva. Številne so teme, o katerih moramo slovenski zdravniki zavzeti enotna stališča, od vse slabšega nagrajevanja, še zlasti mladih kolegov, do ustreznih zakonskih podlag strokovne avtonomije, ki je še vedno predmet poželenja vsakokratne oblasti. O skupnih temah bomo pred zdravništvom polagali račune v vseh zdravniških organizacijah, tako o ustreznosti organiziranosti, reprezentativnosti, preglednosti kot o možnosti izvedbe ankete med zdravniki o obveznem članstvu v ZZS.

Aktualno o delu zbornice

Izvajanje javnih pooblastil močno okupira vse zbornične službe. Obseg pritožbenih postopkov je nespremenjen, na leto okoli 300 pritožb različnih vsebin. Pritožb na obravnave je vse manj, s strani Ministrstva za zdravje jih ne beležimo. Veliko pozornosti namenjamo sporazumevanju z mediji in javnostjo. Odnosi so intenzivni, korektni, brez silnih pretresov, čeprav imamo na dnevnem redu precej zahtevnih tem. Upam, da bo tako tudi v prihodnjih mesecih, ko so pred nami epilogi nekaterih sistemskih zagat slovenskega zdravstva. Vse pogostejša so namreč pričakovanja, da se sistemski problemi slovenskega zdravstva pred očmi javnosti rešujejo na rame-nih zbornice kot zadnji instanci. To je sicer neke vrste priznanje, hkrati pa velika obremenitev in odgovornost za ZZS ter marsikdaj potuha za nepotrebno in namerno prelaganje bremen na naša ramena.

Odnosi in sporazumevanje s političnimi strankami so pogosti in korektni. Prav tako s predsednikoma države in vlade, ki morata dejavno stopiti na čelo prizadevanj za zdravstveno reformo in biti v znatno pomoč ministrici za zdravje. Odbor za zdravstvo Državnega zbora vodi aktivno politiko, v kateri ZZS dejavno sodeluje, vendar precej osamljeno, brez ostalih, prav tako vabljenih zdravniških organizacij. Intenzivne so aktivnosti z vsemi skupinami neodvisnih strokovnjakov, ki se ukvarjajo z reševanjem strateških problemov na področju financiranja in organizacije zdravstva. Korektni so odnosi z uradom varuhinje človekovih pravic in KPK ter drugimi institucijami. Veliko pozornost namenjamo zastopnikom pacientov in združenjem bolnikov kot največjih poznavalcev zdravstva iz civilne družbe, s katerimi delimo usodo zdravstva.

Če odmislim ponavljajoče se grožnje v obliki pošiljk »prahu«, večjih afer ali negativnih odzivov na delo ZZS ni. So posamezna nesoglasja

v sami hiši, ki pa se sproti rešujejo, vključno s tistimi iz zobozdravniških vrst, ki zahtevajo večjo pozornost vseh poslancev zobozdravnikov. Še največ »nepotrebne« časa je zbornica posvečala sporni odpravnini, sicer za članstvo obrobni temi. S strani ZZS je bilo narejeno vse, da se problem reši na dostojen način. Da se zgodba, ki je zunaj mojega dosega razmišljanja, vendarle zaključí, so bila dana pooblastila za sporazumni dogovor tistim, ki zgodbo bolje razumejo. Brez uspeha. Že dogovorjeno se ne spoštuje, namesto tega ultimati z novimi zahtevami, ki jih ni moč izpolniti, če želimo spoštovati pravni red. Kot zakoniti zastopnik moram varovati predvsem interes ustanove, pred interesi posameznih članov z neskrupnimi željami in pričakovanji.

Skupščine ZZS oz. razprave med poslanci so na akademski ravni, tudi zadnja, ki se je dotaknila zlasti poslovanja in plana za leto 2015. Konservativna finančna politika in znatni posegi v stroške poslovanja kažejo ugodne poslovne izide za 2014. To so obeti za ustvarjalne razprave o novih programih ali morda tudi v smeri zniževanja članarine. Poslanci in aktualno vodstvo moramo pripraviti vse potrebne akte za uspešne volitve, ki se vse bolj bližajo. Zaradi ponovne skladnosti mandatov poslancev in vodstva ZZS bo namreč trenutni izvršilni odbor skrajšal mandate za pol leta.

Drage kolegice in kolegi, več kot delovno in očitno pestro bo v času do poletnih počitnic, zato upam, da boste uspeli izkoristiti nekaj dni majskih praznikov.

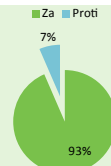
Z lepimi pozdravi

Andrej Možina

Mnenja poslancev

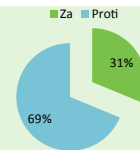
1. Ali podpirate sklic izredne skupščine ZZS v času zaostrenih razmer, če bodo takšno željo izrazile vse zdravniške organizacije?

Glasovanje:
ZA: 43 (93,48 %)
PROTI: 3 (6,52 %)



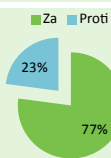
2. Ali podpirate dvodnevne skupščine s poudarkom na vsebinskih razpravah (kot npr. homeopatija)?

Glasovanje:
ZA: 15 (31,25 %)
PROTI: 33 (68,75 %)



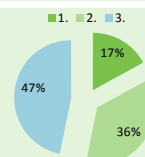
3. Skupščinski svet je soglasno sprejel stališče o obveznem članstvu v ZZS. Se strinjate?

Glasovanje:
ZA: 37 (77,8 %)
PROTI: 11 (22,92 %)



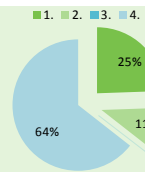
4. Kot poslanec najbolj poznate razmišljanja kolegov v vašem okolju o članstvu v ZZS. Kako ocenjujete njihovo razpoloženje do obveznega članstva v ZZS?

Glasovanje:
1. Skoraj vsi podpirajo obvezno članstvo 8 (17,02 %)
2. Polovica jih podpira obvezno članstvo 17 (36,17 %)
3. Manj kot četrtina jih podpira obvezno članstvo 22 (46,81 %)



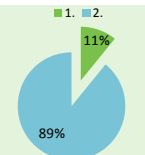
5. O kateri vsebinski temi želite najprej spregovoriti na skupščini?

Glasovanje:
1. Prostovoljno/obvezno članstvo v ZZS in višina članarine 11 (24,44 %)
2. Domus Medica in sodelovanje zdravniških organizacij 5 (11,11 %)
3. Kodeks deontologije Slovenije 0 (0,0 %)
4. Strategija zdravniških organizacij in zdravstvena reforma 29 (64,44 %)



6. Kot poslanci poznate razmere v zdravniških organizacijah. Kaj je perspektiva za učinkovito in enotno zastopanje zdravnikov v družbi?

Glasovanje:
1. Organiziranost zdravnikov je ustrezna 5 (10,87 %)
2. Skandinavski model/Domus Medica 41 (89,13 %)



Pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje

Duša Hlade Zore, dr. med., zastopnica pacientovih pravic
dusa.hlade-zore@nijz.si

V času, ko opravljam delo zastopnice pacientovih pravic, se vedno bolj pogosto srečujem s pacienti, ki razmišljajo tudi o tem, da če bodo kdaj hudo bolni ali težko poškodovani, ne bi želeli, da jim zdravniki umetno podaljšujejo življenje.

Pravica, da pacienti izrazijo svojo voljo, je pri nas urejena z *Zakonom o pacientovih pravicah* in v podzakonskem aktu *Pravilnik o pisnih izjavah volje*. Zakon o pacientovih pravicah v 34. členu opredeljuje pravico do upoštevanja vnaprej izražene volje.

Kaj ta pravica pomeni? Pomeni, da se pacient, ki je sposoben odločanja o sebi in je dopolnil 18 let, lahko odloči, da se upošteva njegova volja o tem, kakšne zdravstvene oskrbe ne dovoljuje, če bi se znašel v položaju, ko ne bi bil sposoben dati veljavne privolitve.

Vnaprej torej določi, kakšne zdravstvene oskrbe ne dovoljuje, če bi se znašel v položaju, ko ne bi bil



sposoben dati veljavne privolitve in bi bil izpolnjen eden od naslednjih dveh pogojev:

- da bi trpel za hudo boleznijo, ki bi glede na dosežke medicinske znanosti v kratkem času vodila v smrt tudi ob ustreznem medicinskem posegu oz. zdravstveni oskrbi in tako zdravljenje ne bi dajalo upanja na ozdravitev oz. izboljšanje zdravja ali lajšanje trpljenja, ampak bi samo podaljševalo preživetje;
- da bi medicinski poseg oz. zdravstvena oskrba podaljšala življenje v položaju, ko bi bolezen ali poškodba povzročila tako hudo invalidnost, da bi dokončno izgubil telesno ali duševno sposobnost, da bi skrbel zase.

Pacientova volja bo v prvem primeru za zdravnike zavezujoča, v drugem primeru pa jo bodo morali upoštevati kot smernico pri odločanju o zdravljenju.

Svojo voljo mora pacient vnaprej izraziti pisno na posebnem obrazcu, ki ga morata podpisati tudi osebni zdravnik in zastopnik pacientovih pravic. Izbrani osebni zdravnik in zastopnik pacientovih pravic pacienta pred izjavljanjem vnaprej izražene volje natančno poučita o pomenu in posledicah odločitve. Pred oddajo vloge mora pacient svoj podpis na originalno listino še overiti na pristojni upravni enoti ali pri notarju.

Podatek o tem, da je nekdo dal takšno izjavo, bi moral biti zdravnikom sicer dostopen prek informacijskega sistema kartice zdravstvenega zavarovanja ali centralne evidence zdravstvene dokumentacije. Žal to še ni urejeno. Glede na to, da trenutno še nimamo na razpolago programske rešitve za zapis vnaprejšnje volje pacienta v zbirke podatkov ZZS, Zavod po prejemu vloge in ugotovitvi, da je listina vnaprejšnje zavrnitve zdravstvene oskrbe sestavljena v skladu z ZPacP, potrdi izvirnik obrazca vnaprejšnja zavrnitev

zdravstvene oskrbe in izvirno listino vrne pacientu v hrambo. Zastopniki pacientovih pravic pa pacientom svetujemo, da izvirnik vložijo v karton pri svojem osebnem zdravniku, eno kopijo izročijo svojcem, drugo kopijo pa imajo za vsak primer vedno pri sebi in jo shranijo poleg svoje kartice zdravstvenega zavarovanja, saj bodo to zelo verjetno prvo poiskali, če pacienta npr. nezavestnega pripeljejo v zdravstveno ustanovo.

Kakorkoli že svojo voljo zapišemo, bo taka izjava veljala pet let. Lahko pa jo tudi pred tem kadarkoli prekličemo ali spremenimo oz. nadomestimo z novo izjavo.

Velja še dodati, da pacient, ki je sposoben odločanja o sebi in je dopolnil 18 let starosti, lahko določi osebo, ki bo v primeru in za čas njegove nesposobnosti odločanja o sebi odločala o njegovi zdravstveni oskrbi in drugih pravicah iz ZPacP. Takšni osebi pravimo pacientov zdravstveni pooblaščenec. Pooblastilo pacienta izbrani osebi mora biti podpisano s strani pacienta ter overjeno pri izbranem notarju ali na upravni enoti.

V letu 2014 se je pri meni oglasilo okoli 40 pacientov, ki so želeli podpisati obrazec. Pacienti so bili v glavnem starejši in so vedeli, da ta možnost obstaja. O njej so izvedeli iz medijev ali od svojih znancev, zelo malo je bilo takih, ki bi jih s to možnostjo seznanil zdravnik.

Kaj bi pacienti želeli spremeniti?

Da bi več zdravnikov vedelo, da taka možnost obstaja in kje so dostopni obrazci.

Da veljavnost pisne izjave ne bi bila omejena na pet let. Menijo, da ta omejitev ni potrebna, ker jo pacient lahko s pisno izjavo kadarkoli prekliče. Skrbi jih, kaj se bo zgodilo, če v času, ko bo izjava potekla, ne bodo več sposobni podaljšati izjave.

Da bi bil podatek, da je pacient dal izjavo, dostopen preko informacijskega sistema kartice zdravstvenega zavarovanja ali centralne evidence zdravstvene dokumentacije.

Jim pa to, da možnost obstaja, daje občutek varnosti.

Zato bolniki, pa tudi zastopniki pacientovih pravic menimo, da bi bilo nujno, da bi več ljudi vedelo za možnost zavrnitve zdravljenja ter da bi bila ta bolnikova želja zapisana na zdravstveni kartici, ki bi jo lahko videl vsak zdravnik. Poleg tega ni potrebno postopka podaljševanja ponavljati vsakih pet let. Naj izjava velja dokončno do morebitnega pisnega preklica.



Uvodnik

- 3** Pogled od zunaj bo dobrodošel
Andrej Možina
- 5** Pravica do upoštevanja
vnaprej izražene volje
Duša Hlade Zore

K naslovnici revije

- 10** Razvoj urologije
Zvonka Zupanič Slavec

Zbornica

- 14** Čas je za nasmeh
Diana Terlevič Dabič



- 15** Svetovni dan ustnega zdravja
20. marec 2015
Vito Vrbič
- 16** Oglaševanje in zdravstveni
turizem preko meja
Peter Renčel
- 17** S spomladanskim razpisom
specializacij se približujemo
evropskemu povprečju števila
zdravnikov na prebivalca
Bojana Beović
- 18** Iz dela zbornice
Polona Lečnik Wallas

Aktualno

- 20** Krepitev zdravja delavcev
v zdravstvu: delovni stres,
poklicna izgorelost in
novodobne rešitve za uspešno
soočanje
Karmen Resnik

- 24** Propaganda za legalizacijo
marihuane: je le-ta res dobra
kot kruh in univerzalno
zdravilo, ali se moramo
le spomniti izkušenj iz
preteklosti?
Luka Šolmajer

- 30** Pride zahrbtno,
nenapovedano
in ni le pozabljanje
Neva Železnik

- 35** Na obisku pri združenju
ruralnih kirurgov Indije
Jurij Gorjanc

Iz Evrope

- 38** Debelost še vedno
napreduje
- 38** Avstrijska zdravniška zbornica
(ÖÄK) nasprotuje obveznemu
cepljenju, podpira
pa pojasnjevanje
- 38** Brez nevarnosti zaradi
holesterola
- 39** Izbruhnila je nacionalna
debata o cepljenju
- 39** Miki miška
ima ošpice

Forum

- 41** Jaz sem tisti, ki odloča
Matjaž Figelj
- 42** Pogojevanje terapevtskega
odnosa
Miloš Židanik

Intervju

- 44** Vedno boljše obvladovanje
astme ter strokovne
smernice na področju KOPB
in astme
Polona Lečnik Wallas
- 45** Mene so bolniki naučili biti
zdravnik
Nena Kopčavar Guček

Medicina

- 48** Ebola (EVB) vs. HIV/aids:
podobnosti in razlike
Janez Tomažič
- 50** Patološko hazardiranje
Sebastjan Šinko

Poročila s strokovnih srečanj

- 55** David Suarez in ne David
Copperfield – učitelj na trdnih
tleh
Helena Komljanec
- 56** Napredno iskanje
biomedicinske literature
za pomoč pri odgovorih na
klinična vprašanja in pripravi
sistematičnih preglednih
člankov
Nana Turk, Vesna Cafuta

Strokovne publikacije

- 59** Recenzija knjige
»Liechtensteinova
hernioplastika« avtorja Jurija
Gorjanca
Miran Rems

Strokovna srečanja

- 60** Zbornična izobraževanja za
zdravnike in zobozdravnike
- 64** Strokovna srečanja
- 74** Mali oglasi

Iz zgodovine medicine

- 76** Žolčni kamni – 1. del
Arpad Ivanecz
- 82** Mag. Štefan Predin, mag.
farm. (1935–2003)
Louvo Dermota

Obletnica

- 86** 60 let delovanja celjskega
dermatovenerološkega
oddelka
Janja Šmid

Zanimivo

- 87** Prof. Zora Konjajev in
Ivan Cibic častna člana
MHS SZD
*Elko Borko,
Aleksander Kruščič*



Zdravniki v prostem času

- 89** Slovenska umetnost
ob Prešernovem dnevu
v razstavišču
UKC Ljubljana
Ksenija Slavec
- 92** Pesmi
Tomaž Rott
- 92** Čas
Andrej Rant
- 92** Neke noči
Andrej Rant
- 93** Dum spiro,
spero
Damijan Meško

Zavodnik

- 96** Moj zadnji
zavodnik
Eldar M. Gadžijev

Kolofon

Leto XXIV, št. 5, 1. maj 2015
Natisnjeno 9750 izvodov
Datum tiska: dan pred izidom
UDK 61(497.12) (060.55)
UDK 06.055:61(497.12)
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK

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

PRESEDNIK

Prim. Andrej Možina, dr. med.

UREDNIŠTVO

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

ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK

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

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI

Prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.
Izr. prof. dr. Vojko Flis, dr. med.
Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.
Prim. asist. Jana Gove Eržen, dr. med.
Prof. dr. Boris Klun, dr. med., v. svet.
Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.
Prof. dr. Anton Meseč, dr. med., v. svet.
Prof. dr. Črt Marinček, dr. med., v. svet.
Asist. mag. Marko Pokorn, dr. med.
Asist. dr. Mirjana Rajer, 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.

LEKTORIRANJE

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

OBLIKOVANJE

Agencija Iz principa

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN PRIPRAVA ZA TISK – DTP

Stanislav Oražem

TRŽENJE

Polona Lečnik Wallas, univ. dipl. soc.
Zdravniška zbornica Slovenije
Dunajska cesta 162, p. p. 439
1001 Ljubljana
T: 01 30 72 152, F: 01 30 72 109
E: isis@zss-mcs.si

TISK

Tiskarna Povše

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

Lastnik blagovne znamke:

Zdravniška zbornica Slovenije
Dunajska cesta 162
1000 Ljubljana

Navodila avtorjem

Rok oddaje vseh prispevkov za objavo v reviji Isis je do 5. v mesecu za naslednji mesec. Članke oddajte v elektronski obliki. Dolžina člankov je omejena na 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, to je okoli 2 milijona točk. Ločljivost najmanj 300 dpi. 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 določene rubrike 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.

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

Izjava uredništva

Članki izražajo stališča avtorjev in ne nujno tudi organizacij, v katerih so zaposleni, zbornice 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. Poštnina je plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

Razvoj urologije

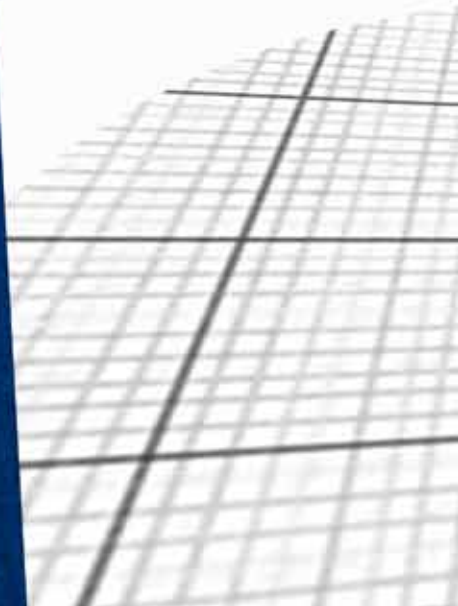
Nobelovci so utirali pot zdravljenju raka prostate

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec,
dr. med., Inštitut za zgodovino
medicine MF UL
Zvonka.Slavec@gmail.com

Rak prostate je najpogostejša oblika raka pri moških, starejših od 50 let. Za njo zboli skoraj polovica starejših moških. S podaljševanjem življenjske dobe in z napredovanjem medicine je ta bolezen postala pereč zdravstveni in širši problem zahodnega sveta. Začenja se običajno prikrito in počasi napreduje. Najverjetneje je nastanek povezan z načinom prehranjevanja in življenja, kar strokovnjaki še raziskujejo. Zaradi pogoste obolevnosti in smrtnosti je karcinom prostate zadnje stoletje v žarišču znanstvenih raziskav. Temeljita preučevanja karcinoma prostate so v drugi polovici 20. stoletja pripeljala do dveh velikih odkritij, obeh nagrajenih z Nobelovo nagrado za fiziologijo ali medicino, ker sta izjemnega pomena za obvladovanje te bolezni.

Razvoj urologije v svetu

Leta **1853** je londonski kirurg **John Adams** (1806–1877) prvi opisal **rak na prostati**. Histološke študije odstranjenih povečanih prostat so pripeljale do spoznanja, da je rak prostate pogostejši, kot so mislili do tedaj. Prvo odstranitev rakave prostate – **radikalno perinealno prostatektomijo** – je izvedel **Hugh Hampton Young** (1870–1945) leta **1904** in je postala **standardna metoda zdravljenja** zgodnjega raka prostate naslednjih 40 let. Imela je težke stranske učinke – inkontinenco in impotenco, zato je niso pogosto uporabljali. Razvoj **endokrinologije** pa je omogočil **hormonsko terapijo** napredovalega raka prostate, ki je za bolnika manj agresivna. Leta **1966** je bil z **Nobelovo nagrado** za fiziologijo ali medicino zanjo nagrajen ameriški



kancerolog **Charles Brenton Huggins** (1901–1997), ki je pri zdravljenju raka na prostati prvi uporabil **estrogene**. Ugotovil je namreč, da ga sopovzroča višja raven testosterona, kateremu nasprotno delujejo estrogene. A s tem zdravljenje še ni bilo popolnoma uspešno. **Andrew V. Schally** (r. 1926), znanstvenik poljskega rodu, je v svojih raziskavah prvi določil zgradbo **LHRH-hormona**, ki se sprošča iz hipotalamusa, deluje na hipofizo in sprosti **luteinizirajoči hormon** (LH). Ta se veže na receptorje v modih, kar povzroči nastajanje **testosterona**. Schally je želel vplivati na ta sistem s peptidnim agonistom, ki naj bi se vezal na LHRH in posledično bi nastajalo manj testosterona. **Peptidni inhibitor**, ki ga je vpeljal v zdravljenje karcinoma prostate, je znižal **raven testosterona za tri četrtine**, kar je zelo izboljšalo zdravljenje karcinoma prostate. Za izjemen dosežek je tudi Schally leta **1977** prejel **Nobelovo nagrado** za fiziologijo ali medicino.

Alternativa hormonskemu zdravljenju raka prostate so **radikalni posegi**, ki vključujejo **prostatektomijo** in **radioterapijo**. Pri slednji prostato od znotraj ali zunaj obsevajo z radioaktivnimi snovmi. Radioterapijo lahko kombinirajo tudi s hormonsko terapijo.

Pomemben nadaljnji korak pri zdravljenju zgodnjega raka prostate je sledil leta **1983**, ko je **Patrick C. Walsh** (r. 1938) razvil nov operativni pristop, **radikalno retropubično prostatektomijo**, s katero je bolje nadziral krvavitev, ohranil lokalno inervacijo in s tem erektilno funkcijo. Sledili so novi, **minimalno invazivni pristopi** v kirurgiji raka prostate. Prvo **laparoskopsko radikalno prostatektomijo** je opravil William W. Schuessler leta **1993**. Ideja, da se prostatektomija opravi s pomočjo **robota**, se je prvič pojavila leta **1989** (Davies, Hibberd, Coptcoat in Wickham). Prvo **robotsko radikalno prostatektomijo** so opravili leta **2000** (Clément Claude Abbou s sodelavci). V naslednjih letih sta obe metodi uspešno obkrožili svet.

Razvoj urologije na Slovenskem

Prva urološka bolnišnična enota je bila ustanovljena leta **1922** v okviru kirurškega oddelka civilne bolnišnice v Ljubljani in je leta **1945** postala **samostojni oddelek kirurške klinike**. Do leta 1936 jo je vodil pionir slovenske urologije prim. dr. **Rihard Jug** (1875–1949). Z urološko enoto se je močno povečalo število **uroloških operacij**: med letoma 1898 in 1922 so na kirurškem oddelku opravili le sedem operacij na ledvicah, od tega le tri njihove odstranitve – nefrektomije – zaradi tuberkuloze, po ustanovitvi oddelka pa je njihovo število postopoma naraščalo. Do leta 1928 so opravili 49 nefrektomij pri bolnikih s tuberkulozo. Jugovo trdno urološko delo je nadaljeval prof. dr. **Slavko Rakovec** (1906–1992), ki je oddelek uspešno vodil vse do leta 1970. Vpeljal je številne novosti ljubljanske urologije, npr. funkcionalno diagnostiko zgornjih sečil, rekonstrukcije sečevodov in mehurja s črevesnimi avtotransplantati, kirurško zdravljenje benigne hiperplazije prostate, rekonstrukcijo kongenitalnih anomalij zunanega spolovila, radikalne operacije pri raku ledvice ... Bilo je tudi veliko presežnih del: leta **1953** je prof. Rakovec s sodelavci **uvedel hemodializo**, leta **1970** pa skupaj s kardiokirurgom prof. dr. Mirom Košakom (1919–2010) izvedel **prvo transplantacijo ledvice** od živega darovalca v tedanji Jugoslaviji. V **Mariboru** je urolog prim. dr. **Bojan Pirkmajer** (1924–2014) leta **1967** opravil prvo **transuretralno operacijo prostate** v Sloveniji in tedanji Jugoslaviji. Z uvedbo teh **transuretralnih resekcij** (TUR) ali operacij »brez noža« oz. tako imenovane »ameriške metode« je na zdravljenje v Maribor prihajalo vedno več bolnikov iz drugih krajev bivše Jugoslavije.

Do konca šestdesetih let 20. stoletja sta bila samostojna slovenska urološka oddelka le v Ljubljani in Mariboru (od 1951). Leta **1964** je bilo

v Sloveniji le šest urologov – štirje v Ljubljani in dva v Mariboru. Nato so postopoma odpirali **urološke oddelke** oz. **odseke** tudi v drugih bolnišnicah po Sloveniji: **Celju** (1969), Šempetru pri Gorici, Slovenj Gradcu, Izoli in Novem mestu.

Ljubljanski oddelek za urologijo je referenčna urološka ustanova v Sloveniji. Skrbi za urološko oskrbo za okoli 700.000 prebivalcev osrednje Slovenije ter opravlja **transplantacije ledvic za vso Slovenijo**. Mnogo dejavnosti poteka na terciarni ravni. Leta **1973** je urološki oddelek s selitvijo v novo stavbo kliničnega centra postal **Urološka klinika** Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, danes Klinični oddelek za urologijo.

S samostojno kliniko je slovenska urologija pridobila možnosti hitrejše razvoja. Razvijala se je **otročka urologija**, katere pionir je bil prim. **Janez Drobnič** (1924–2004), ki je uvedel vse dotedanje sodobne metode zdravljenja kongenitalnih uroloških anomalij pri otrocih. V začetku sedemdesetih let 20. stoletja so na urološki kliniki v Ljubljani uvedli dva, še danes najbolj pogosta urološka endoskopska operativna posega, **transuretralno resekcijo prostate** in **transuretralno resekcijo tumorjev sečnega mehurja** (oba prim. dr. **Fedor Fritsch** s sodelavci). Leta 1975 so na kliniki v zdravljenje raka prostate uvedli **kriokirurgijo** (prof. dr. **Ludvik Ravnik**). Od sredine osemdesetih let 20. stoletja se je hitro razvijala **rekonstruktivna urologija**, uvajali so nove metode: uporabo raznih delov črevesa za nadomestitev odstranjenega sečnega mehurja (prof. dr. **Janez Janež**), vgrajevanje umetne mišice zapiralke sečnice in električnih stimulatorjev za spodbujanje mikcije ter različnih **protez** pri organski impotenci (prof. dr. **Janez Janež**). Skupaj z **onkologi** so vse uspešneje **zdravili malignome sečil**, predvsem raka mod, ki je bil do tedaj usodna bolezen za mlade fante (prim. dr. **Miloš Kralj** in prim. dr. **Gregor Homan**). V zdravljenje so

začeli uvajati tudi razne **proteze** pri inkontinenci, impotenci in neplodnosti. Prof. dr. **Ludvik Ravnik** (r. 1922) je uvedel modificirane metode **zdravljenja moške neplodnosti**, kot so: epididimovazoanastomoza, selektivna podvezava kremastrovega dela semenskega povesma, tvorba umetne spermatokele. V osemdesetih letih prejšnjega stoletja je sledilo uvajanje **novih endoskopskih diagnostičnih in terapevtskih metod** za gornje dele sečil (prof. dr. **Janez Janež**, doc. dr. **Nado Vodopija**): perkutano drobljenje in odstranjevanje ledvičnih kamnov (**PCNL**), perkutano reševanje zožitev pieloureternega segmenta, ureterorenoskopija (**URS**) za diagnostiko in zdravljenje kamnov in tumorjev v sečevodu. Od leta **1988** zdravijo kamne v ledvicah in sečevodih z **zunajtelesnim drobljenjem** (*extracorporeal shock wave lithotripsy* – **ESWL**) (doc. dr. **Ciril Oblak**, prim. prof. dr. **Andrej Kmetec**). **Metoda ESWL** je korenito **spremenila zdravljenje ledvičnih kamnov**, predvsem zaradi neinvazivnosti in učinkovitosti drobljenja z minimalnimi sopojavi, brez večje priprave bolnikov in splošne anestezije, ki jo je nadomestila intravenska analgezija. Na prelomu 20. v 21. stoletje so se pojavili aparati tretje generacije, ki so predvsem kompaktnjši in cenejši: v Ljubljani so prvi tovrstni litotriptor (*Siemens Lithostar*) dobili leta 2000. Število ESWL-posegov se sedaj zmanjšuje, medtem ko je endoskopsko ali »znotrajtelesno« drobljenje kamnov s pomočjo ureterorenoskopije in laserja v porastu.

Leta **1986** je bila izvedena **prva presaditev ledvice mrtvega dajalca** (prof. dr. **Ludvik Ravnik**, prof. dr. **Janez Janež**).

V tem obdobju so v **otroški urologiji** med drugim vpeljali tudi novo metodo za zdravljenje vezikoureternega refluksa po Gill-Vernetu, meato-glandulo plastiko po Duckettu za zdravljenje distalne hipospadije in novo metodo zdravljenja ekstrofije mehurja po Arapu. Ljubljanska

urološka klinika je tako postala ena vodilnih tovrstnih ustanov v takratni Jugoslaviji. Profesorja **Slavko Rakovec st.** in **Ciril Godec** sta v sodelovanju z elektroinženirji Inštituta Jožef Stefan postavila **prvi urodinamski laboratorij**. Izvajala sta urodinamske študije spodnjih in zgornjih sečil in raziskovala možnost uporabe zunanjih električnih stimulacij pri mikcijskih težavah odraslih.

V devetdesetih letih 20. stoletja se je uveljavila **minimalna invazivna kirurgija, laparoskopske posege** pa je pri nas uvedel doc. dr. **Nado Vodopija** v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec. Veliko novega je bilo v diagnostiki in terapiji **bolezni prostate**: nove metode so omogočile predvsem zgodnje odkrivanje raka prostate, in to z določanjem **prostatičnega specifičnega antigena** – **PSA** in z **ultrazvočno vodeno biopsijo** prostate (prim. dr. **Boris Sedmak**). S tem se je odkrilo veliko bolnikov z začetno obliko raka prostate, ki se lahko uspešno zdravi s popolno odstranitvijo prostate – **radikalno prostatektomijo** (prof. dr. **Janez Janež**). Poleg kirurškega zdravljenja benignega povečanja prostate se je pokazala možnost segrevanja žleze – **termoterapija** (prim. **Marko Stanonik**). Pojavila so se tudi **zdravila** za zdravljenje simptomov spodnjih sečil zaradi benignega povečanja prostate (**BPP**), tako da se je število operativnih posegov zaradi te v nekaj letih skoraj prepolovilo. V **otroško urologijo** so uvedli nove **rekonstruktivne posege** pri prirojelih anomalijah sečil, zlasti pri hipospadijah in epispadijah. Uvedli so nove minimalno invazivne metode (endoskopsko zdravljenje s kolagenom) in operativne metode (plastiko po Cohenu) pri **zdravljenju vezikoureternega refluksa in urinske inkontinence** zaradi nevrogenega mehurja pri otrocih (apendikovezikostomo) (prof. dr. **Bojan Tršinar**).

Po letu **2000** se je število ledvic umrlih dajalcev močno povečalo, saj je bila Slovenija sprejeta v

Eurotransplant in ustanovili so **Slovenija-transplant**, ki skrbi za izmenjavo ledvic znotraj organizacije. V drugem desetletju 21. stoletja se število **transplantacij ledvic** v Sloveniji giblje med **45 in 60 letno**.

V začetku 21. stoletja se je na Kliničnem oddelku za urologijo v UKC Ljubljana zelo razširila tudi **laparoskopska dejavnost**: laparoskopske radikalne in parcialne nefrektomije, adrenalektomije, pieloplastike, cistektomije in radikalne prostatektomije (prim. dr. **Boris Sedmak**).

Slovenski urologi se v drugem desetletju 21. stoletja posvečajo predvsem **uporabnim raziskavam** in preučujejo učinek diete in raznih dodatkov na tvorbo ledvičnih kamnov ter pomen različnih oblik prostatičnega specifičnega antigena (**PSA**) in števila biopsij prostate pri zgodnji diagnostiki raka te žleze. Raziskujejo tudi možnost uporabe nekaterih zdravil, ki bi preprečevala nastanek raka na prostati. S sodelavci s **Kliničnega inštituta za nefrofiziologijo** UKC Ljubljana so preučevali tudi vpliv električne stimulacije na spodnja sečila pri odraslih in pri otrocih. V zadnjih letih so z **zunanjimi sodelavci** uvedli metodo **tkivnega inženiringa** – gojenja lastnih celic bolnika. Dobro se je izkazala pred-



Prvi slovenski kongres urologov z mednarodno udeležbo na Brdu pri Kranju leta 1999. Z leve stojijo urologi: prof. dr. Ciril Godec, prim. Fedor Fritsch, (ginekologa prof. dr. Božo Kralj, prim. Primož Reš), prof. dr. Rien Nijman (Nizozemska), prim. dr. Boris Sedmak, prof. dr. Bojan Tršinar, prof. dr. Simon Podnar (ginekolog prof. dr. Adolf Lukanović).

vsem metoda gojenja hrustančnih celic, ki se pri istem bolniku uporabijo za zdravljenje vezikoureternega refluksa. Z **Inštitutom za biologijo celice** pri Medicinski fakulteti v Ljubljani sodelujejo pri raziskavah bolezenskih sprememb urotelija sečnice in mehurja. Sodelujejo tudi z **Onkološkim inštitutom** pri raziskovalnih projektih o novih kombiniranih metodah zdravljenja **raka sečnega mehurja**, z namenom ohranitev organa, zlasti pri začetnih invazivnih oblikah raka.

Razvoj urologije v mariborski in celjski bolnišnici

V Sloveniji **urologi** delujejo na Kliničnem oddelku za urologijo UKC Ljubljana in Urološkem oddelku UKC Maribor, v dveh samostojnih uroloških oddelkih **splošnih bolnišnic v Celju in Slovenj Gradcu**, štirih javnih uroloških odsekih kirurških oddelkov v Šempetru pri Gorici, **Izoli, Novem mestu in Murski Soboti** ter dveh zasebnih ustanovah na **Bledu** in v **Ljubljani**. Z izjemo mariborske in celjske urologije predstavitev drugih slovenskih uroloških enot presegajo koncept tega zapisa.

V **mariborski splošni bolnišnici** segajo začetki operativnega zdravljenja bolezni retroperitonealnega prostora, bolezni organov male medenice (mehurja, prostate) in sečnice ter bolezni moških spolnih organov v leto **1951**, ko je kirurg prim. dr. **Martin Kolenc** (1906–2001) začel razvijati to dejavnost ter vzpostavljati in organizirati oddelek. Leta **1953** je bil tako ustanovljen **Odsek za urologijo**, ki je sprejemal na zdravljenje bolnike iz severovzhodne Slovenije, Koroške in sosednje Hrvaške.

Skoraj polovica uroloških bolnikov (45 odstotkov) se je v šestdesetih letih 20. stoletja zdravila zaradi sečnih kamnov (litiaz). Leta **1962** je oddelek pridobil **endoskop in binokularni mikroskop**. V diagnostiko so vpeljali **radioizotopske**

preiskave sečil (renografijo in scintigrafijo ledvic). Leta **1967** je kirurg prim. **Bojan Pirkmajer** opravil **prvo transuretralno operacijo prostate** v Sloveniji in tedanji Jugoslaviji. Kmalu so te operacije postale rutinski posegi. Leta **1972** so nabavili **hidravlični litotriptor**. V sedemdesetih letih je med sprejetimi bolniki še vedno prevladovala litiaza sečil, sledila so vnetja sečil, maligni in benigni tumorji prostate. S preselitvijo v kirurško stolpnico leta **1978** je urološki odsek postal **Urološki oddelek**, dobil je **50 bolniških postelj** in sodobne prostore z lastno endoskopsko operacijsko dvorano.

Leta **1981** so mariborski urologi skupaj z rentgenologi vpeljali rutinsko predoperativno embolizacijo ledvičnih arterij pri tumorjih ledvic. Začeli so opravljati **ultrazvočno diagnostiko** bolezni sečil. Leta **1984** so uvedli **prve perkutane operacije** pri nefrolitiazii. Pridobili so **ureterorenoskopsko napravo** in večnamenski laser, ki so ga urologi uporabljali skupaj s kirurgi. Nabavili so ultrazvočni aparat in urodinamsko napravo. V letu **1988** so začeli opravljati **urodinamske preiskave sečil**, vpeljali so cistektomijo z oblikovanjem neovezike iz ileuma. Leta 1991 so urološke ambulante preselili v nove, sodobno opremljene prostore v medicinsko-funkcionalnem traktu. V devetdesetih letih 20. stoletja so dejavnost modernizirali z **video opremo in elektrohidravličnim litotriptorjem**. Za ugotavljanje moške impotence so urologi že konec sedemdesetih let 20. stoletja vpeljali t. i. **kavernozografijo**, kot zdravljenje pa vbrizgavanje zdravil, vakuumsko terapijo in po potrebi tudi ligaturo globoke dorzalne vene penisa. Proti koncu devetdesetih let so kupili napravo za **endoskopsko drobljenje kamnov**, leta 1998 pa še **laser-sko napravo za transuretralne resekcije prostate** in endoskopsko drobljenje kamnov. Prvi v Sloveniji so začeli opravljati **lasersko koagulacijo prostate**. V začetku 21. stoletja dinamično sledijo razvoju urologije v

svetu in jo uvajajo v svoje delo, predvsem laparoskopske posege (radikalno prostatektomijo pri raku prostate, radikalno parcialno nefrektomijo pri raku ledvice, pieloplastiko ...). Letno opravijo preko 13.000 ambulantnih pregledov, preko 1000 endoskopskih diagnostičnih preiskav in okoli 1400 operativnih posegov.

Na **celjskem urološkem oddelku**, ustanovljenem leta **1969**, uspešno opravljajo tako večje operativne posege kot tudi manjše minimalno invazivne posege. Uspešno operativno zdravijo bolnike z rakom prostate (radikalna prostatektomija), z rakom ledvice (radikalna nefrektomija), z rakom mehurja (radikalna cistektomija), z rakom penisa ter z rakom testisov. Izvajajo tudi minimalno invazivne operativne tehnike zdravljenja: transuretralne resekcije prostate in tumorjev mehurja, endoskopske odstranitve kamnov iz sečil. V zadnjem času so uspešno uvedli še minimalno invazivne posege pri zdravljenju urinske inkontinence in operativne posege na sečnici. V letu **2010** so v svojo dejavnost prvi v Sloveniji uvedli **robotsko kirurgijo** in do konca junija **2014** opravili **720 operacij** pri bolnikih z rakom prostate z robotskim sistemom. Vodja in **začetnik robotske kirurgije v Sloveniji** je predstojnik oddelka dr. **Sandi Poteko**.

In če se glede na izhodiščno bolezen sodobnega časa raka prostate, ki je bila na poti iskanja rešitve nagrajena z dvema Nobelovima nagradama, ozremo v bližnjo prihodnost, lahko zapišemo, da urologom in drugim znanstvenikom ostaja velik izziv: spoznati dejavnike tveganja za nastanek raka prostate, ga vzročno zdraviti oz. preprečevati, zaenkrat pa zmanjševati posledice kirurškega zdravljenja, ki slabšajo kakovost življenja bolnikov.

Avtorica se za strokovno pomoč **zahvaljuje** urologu, prof. dr. **Bojanu Tršinarju**. Literatura je na voljo pri avtorici.

Čas je za nasmeh

Diana Terlević Dabić, dr. dent. med., ZZS

diana.terlevic@siol.net

Letošnji svetovni dan ustnega zdravja je potekal pod geslom Čas je za nasmeh in z organizacijo številnih aktivnosti, med drugim tudi z odprtjem razstave Endontostripa zobozdravnika Roka Juriča in ilustratorja Cirila Horjaka, izdali smo zloženko, plakate ter organizirali izobraževalne delavnice za mladostnike o ustnem zdravju. Prireditve in odprtja razstave se je udeležila tudi ministrica za zdravje Milojka Kolar Celarc.

Svetovni dan ustnega zdravja je bil letos namenjen opozarjanju na nevarnost pretiranega uživanja sladkorjev za zdravje zob in ustne votline. Zobna gniloba ali karies je bolezen zob in najbolj pogosta nenalezljiva bolezen na svetu. Okus po sladkem nam vzbuja prijetne občutke, prav zato pogosto posežemo po sladkorju in sladkih izdelkih. Sladkor uvrščamo med najpomembnejše kariogene dejavnike hrane. Po količini zaužitih sladkorjev izstopajo zlasti naši otroci in mladostniki. Ti za 70 odstotkov presežajo še sprejemljiv vnos sladkorjev, medtem ko se po uživanju sladkih pijač med mladostniki uvrščamo v sam vrh mednarodne lestvice. Poleg pospešenega razvoja kariesa to resno vpliva tudi na porast debelosti. Posebej moramo biti pozorni na »skrite sladkorje« v prehrani, ki so dodani številnim predelanim živilom, kot so žita za zajtrk, pekovski izdelki, kečap, sadni jogurti in razne omake.

V sodelovanju s skupino študentov dentalne medicine **Zobek** smo organizirali delavnice, namenjene izobraževanju o ustnem zdravju in sladkorjih. Izvajali smo jih v dijaških domovih in na Pediatrični kliniki ter so bile namenjene otrokom in mladostnikom, ki so v tem smislu najbolj ranljiva skupina. Pripravili smo tudi zloženko **Kako sladek je tvoj nasmeh**, ki nas bo poučila, da je sladek nasmeh le zdrav nasmeh, in seznanila o nevarnostih pretiranega uživanja sladkorjev, ki so včasih tudi skriti. Zloženko si lahko ogledate in naložite na intranetu za zobozdravnike ZZS.

Ob svetovnem dnevu ustnega zdravja smo želeli opozoriti, da je za preventivo pred kariesom ob dobri ustni higieni, uporabi zobne paste s fluoridi in rednih obiskih pri zobozdravniku **zelo pomembna ustrežna prehrana s pazljivim vnosom s sladkorji bogate hrane in sladkih pijač.**

Čeprav se je ustno zdravje v zadnjih desetletjih v številnih državah izboljšalo, ostajajo ustne bolezni globalni javnozdravstveni problem in so četrta najdražja skupina bolezni za zdravljenje. Zelo pomembno je, da se jih da v



**KAKO SLADEK JE
TVOJ NASMEH?**

Lep nasmeh je sladek le, če so zobje zdravi

 Svetovni dan
ustnega zdravja
20. marec


Zbornica
Zdravniška zbornica Slovenije
Odbor za zobozdravstvo

veliki meri preprečiti z dobro preventivo. Zato je naše sporočilo javnosti in politiki, da si preventiva v zobozdravstvu zasluži največji pomen. Takšna miselnost kaže na višjo raven zavesti družbe in države. V Odboru za zobozdravstvo se tega zelo zavedamo in zato s to akcijo in podobnimi projekti poskušamo aktivno ozaveščati prebivalstvo o pomenu ustnega zdravja za splošno zdravje. Pri tem bi si želeli tudi širšo podporo politike, odgovorne, da se zdravje uresničuje z vzpostavljanjem programov za preventivo bolezni ustne votline in promocijo ustnega zdravja. Ustno zdravje je namreč bistveni del splošnega zdravja in je temeljna človekova pravica.

Veseli smo, da se je prvega zobozdravniškega večera v Domus Medica ob svetovnem dnevu ustnega zdravja udeležila tudi ministrica za zdravje Milojka Kolar Celarc in podprla naša prizadevanja za promocijo ustnega zdravja.



Diana Terlevič Dabić, dr. dent. med., Nada Puharič, dr. dent. med., ministrica za zdravje Milojka Kolar Celarc in eden od avtorjev stripa, ilustrator Ciril Horjak.

Večer ob odprtju razstave Endodontostripa nam je z odličnimi glasbenimi točkami popestrila skupina Bassless. Prijetno druženje kolegic in kolegov in

veliko toplih nasmehov je bilo potrjeno, da smo uspeli organizirati prijazen dogodek ob svetovnem dnevu ustnega zdravja.

Svetovni dan ustnega zdravja 20. marec 2015

Prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med., v. svet., Ljubljana

Pogosto v medijih preberemo ali slišimo, da je takratni dan čemu posvečen. Obeležja raznih dnevov zdravja so navadno ustrezno pripravljena, pomenijo promocijo zdravja, navajajo poročila o organiziranih akcijah s prikazom stanja obolevnosti v Sloveniji in podobno. Še največkrat kaj koristnega izvemo v poročilih s tiskovnih konferenc.

V zobozdravstvenem varstvu ima tovrstno dolgoletno tradicijo Stomatološka sekcija SZD, ki je dneve ustnega zdravja obeležila s tiskovnimi konferencami o ustrezni problematiki zobozdravstvenega varstva. Pred dvema letoma je omenjena sekcija

pripravila skupno tiskovno konferenco z Odborom za zobozdravstvo ZZS, ki je bila dobro obiskana, sledila so številna poročila v medijih.

Organizator letošnjega dneva ustnega zdravja, Odbor za zobozdravstvo ZZS, je namesto novinarske konference priredil 19. marca letos v avli ZZS zanimivo srečanje ob odprtju razstave ilustracij o endodontskem zdravljenju zob Endodontostrip. Prireditev je bila dobro sprejeta in obiskana, udeležila se je tudi sedanja ministrica za zdravje gospa Milojka Kolar Celarc. Prisotne je najprej nagovorila podpredsednica Odbora za zobozdravstvo ZZS Diana

Terlevič Dabić, dr. dent. med., in se dotaknila nekaterih problemov zobozdravstvenega varstva in preventive. Temu se je s kratkim nagovorom odzvala ministrica za zdravje. Nada Puharič, dr. dent. med., je navzoče seznanila z novogradnjo ZZS, Rok Jurič, dr. dent. med., specialist endodont, pa je opisal svoje sodelovanje s slikarjem Cirilom Horjakom (dr. Horowitz) pri nastanku omenjenega zobozdravniškega stripa. Na kopiji naslovnice stripa (ki je služila kot vabilo ob dnevu ustnega zdravja pod geslom »Čas je za nasmeh«) sta navedeni pohvalni oceni prof. dr. Zvonke Zupanič Slavec in prof. dr. Alojza Ihana, gospa ministrica pa je v svojem nagovoru tudi omenila, da jo

včasih, utrujeno od dela, razvedri pogled na sliko Cirila Horjaka, ki visi na steni njene delovne sobe.

Avla s stranskimi prostori zbornice se je ponovno izkazala kot dober razstveni prostor za okrog 40 prizorov

iz stripa v obliki slik in grafik. Neformalni del večera je popestrila a cappella skupina Bassless.

Oglaševanje in zdravstveni turizem preko meja

Peter Renčel, univ. dipl. prav., ZZS
peter.rencel@zzs-mcs.si

Glede oglaševanja zdravstvenih storitev in izvajalcev zdravstvene dejavnosti velja uvodoma pojasniti, da v zdravstveni zakonodaji to področje še ni urejeno. Predvidena reforma Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki je bila dana v obravnavo pred petimi leti, je področje predstavljanja/oglaševanja zdravstvene dejavnosti in izvajalcev zdravstvenih storitev sicer temeljito in obsežno urejala, vendar pa predstavljene zakonske spremembe niso bile sprejete, s čimer je celotno področje oglaševanja zdravstvene dejavnosti in njenih izvajalcev ostalo v zdravstveni zakonodaji neurejeno.

V odsotnosti druge zakonodaje je oglaševanje urejeno s splošnimi predpisi, ki urejajo varstvo potrošnikov, to sta zlasti Zakon o varstvu potrošnikov in v njegovi povezavi Zakon o varstvu potrošnikov pred nepoštenimi poslovnimi praksami. Za nadzor nad spoštovanjem tega dela zakonodaje je pristojen Tržni inšpektorat. Kolikor nam je poznano, Tržni

inšpektorat v zvezi z dopustnimi in nedopustnimi oblikami oglaševanja ni zavzel še nobenega stališča oz. izrekel kakšnih ukrepov, vsekakor pa menimo, da bo treba pri oglaševanju zdravstvenih storitev posebej upoštevati dejstvo, da gre za področje, kjer obstaja velika asimetrija informacij med izvajalci in pacienti kot potrošniki, kar bi bilo treba upoštevati pri presojanju različnih oblik zavajajočega oglaševanja.

Drugi del zakonodaje, ki pride v poštev (ker oglaševanje ni urejeno v zdravstveni zakonodaji), so splošni in posebni predpisi s področja medijske zakonodaje ter njenih komunikacijskih kanalov (radiodifuzija, avdiovizualni itd.). Splošni predpis na področju medijske zakonodaje je *Zakon o medijih*, ki napotuje na uporabo drugih, oziroma posebnih, predpisov. Primer tega je Zakon o avdiovizualnih medijskih storitvah, ki v 22. členu določa, da so avdiovizualna komercialna sporočila za zdravstvene dejavnosti, zdravstvene storitve ali za

izvajalce zdravstvene dejavnosti prepovedana, če ni s posebnim zakonom določeno drugače. Zakon je bil s takšno vsebino sprejet ob očitni predpostavki, da bo hkrati spremenjena tudi zdravstvena zakonodaja (ki bi v neki obliki urejala tudi oglaševanje), do česar pa ni prišlo, zato je potrebno zaključiti, da je oglaševanje zdravstvene dejavnosti (in izvajalcev) trenutno prepovedano na televiziji in določenih spletnih straneh, ki vsebujejo avdiovizualno vsebino (ki torej ustrezajo definiciji iz Zakona o avdiovizualnih medijskih storitvah).

ZZS ne prepoveduje oglaševanja, saj Kodeksa medicinske deontologije Slovenije ne razumemo na način, da bi kakorkoli posegal v pogoje poslovanja zasebnih zdravnikov na trgu, kamor sodi tudi oglaševanje izvajalcev in njihovih storitev. Vsekakor pa ZZS pričakuje, da bo Tržni inšpektorat v okviru svojih pristojnosti poskrbel za ustrezno zaščito potrošnikov pred neresničnim in zavajajočim oglaševanjem, ne glede na to, ali gre za oglasna sporočila domačih ali tujih ponudnikov.

| Sklep o znižanju članarine

V Uradnem listu Republike Slovenije št. 24/15 dne 10. 4. 2015 je bil objavljen Sklep o spremembi Sklepa o določitvi članarine Zdravniške zbornice Slovenije. S to spremembo sklepa o članarini je zbornica sledila pobudi članstva za zmanjšanje članarine vsem članom na starševskem dopustu, članom, ki uveljavljajo pravico do dela s krajšim delovnim časom zaradi starševstva, ter članom, ki so na daljšem bolniškem dopustu in zaradi tega posledič-

no dejansko ne opravljajo zdravniške službe. Ti člani imajo od uveljavitve spremembe sklepa o članarini dalje pravico do znižane članarine v višini 40,00 EUR letno. Član, ki želi uveljavljati znižano članarino, lahko to naredi tako, da na zbornico posreduje odločbo Centra za socialno delo oziroma odločbo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Čistopis sklepa lahko preberete na spletni strani ZZS.

S spomladanskim razpisom specializacij se približujemo evropskemu povprečju števila zdravnikov na prebivalca

Izr. prof. dr. Bojana Beović, dr. med., ZZS

Čeprav je bilo v lanskem letu razpisanih toliko mest za specializacije, kot je letno v Sloveniji diplomantov obeh medicinskih fakultet, razpis vsakokrat pospeši utrip kandidatov, mladim zdravnikom, njihovim družinam in kolegom, članom izbirnih komisij. Letošnji pomladanski razpis bi ob pol manjšem jesenskem razpisu ponovno omogočil mesta za specializacijo celotni generaciji. Ob že kar splošnem pritoževanju nad razmerami v državi, posebno v zdravstvu, lahko rečemo, da po krajšem zastoju vendarle sledimo osnovni viziji, to je približevanju števila zdravnikov v Sloveniji evropskim številkam do leta 2020. Seveda specializacije niso dovolj, zagotoviti bo treba tudi zaposlitev zdravnikov po končani specializaciji. Če lahko zdravniki sami pri specializacijah s prepričljivo pripravljenim predlogom razpisa vplivamo na odločevalca, Ministrstvo za zdravje, je vpliv Zdravniške zbornice na ustvarjanje novih zdravniških delovnih mest bistveno bolj nedorečen.

A vrnimo se k razpisu! Kot marsikdaj v življenju, se gibljemo v pajkovi mreži bolj ali manj jasno izraženih, legitimnih in argumentiranih interesov. Najbolj razumljiv in jasen je interes mladih zdravnikov, ki si po dolgem študiju želijo službe in s tem samostojnosti, mnogi med njimi pa tudi kariere, ki jo nudi čisto določena specializacija v določenem kraju. Njihov interes ni pomemben le za njih same. Mnogi mladi zdravniki spadajo med najbolj nadarjene predstavnike svoje generacije, ki bodo družbi, če jim bo znala prisluhniti, ogromno vrnili. Zelo legitimen je tudi interes družbe, ki potrebuje dovolj zdravnikov določenih specialnosti. Interes državljanov bi v demokratični družbi pravzaprav morala predstavljati voljena politika, ki naj bi izrazila svoje interese v obliki soglasno sprejete in strokovno utemeljene

nacionalne strategije zdravstva. Žal se zadnji stavek meni sami, pa zelo verjetno tudi bralcem revije Isis, ob poznavanju razmer v slovenskem zdravstvu bere nekeje med naivnostjo in ironijo, zato o podrobnostih in situaciji v državi na tem področju ne bom izgubljala besed.

Potem so tu konkretni današnji izvajalci, kot jim rečemo uradno, prihodnji delodajalci mladih specialistov. Čeprav so tudi njihovi pogledi legitimni in razumljivi, saj je upravljanje s kadri bistveno za upravljanje bolnišnic in zdravstvenih domov, so njihovi pogledi vendarle vezani na lastno ustanovo. Nedavno sem od dveh kolegov, uspešnih direktorjev bolnišnic, ki ju zelo cenim, izvedela (v enem primeru preko medijev, žalostno, da se ne znamo pogovoriti drugače!), da se ne strinjajo z razpisom specializacij za njihovo regijo, za katere v bolnišnici niso zainteresirani. Seveda, gre za razpise za regijo, za potrebe prebivalstva v regiji, ne za potrebe bolnišnice. Res pa je brez resne nacionalne strategije zelo težko govoriti o potrebah prebivalstva v regiji. Podobno je z interesi lokalne politike: razumljivi, legitimni, a nekdo vendarle mora pogledati čez – do meja države, ob že uveljavljenem čezmejnem zdravstvenem varstvu v Evropi pa še precej dlje. Zbornica s svojimi preračuni potreb glede na upokojitve, primerjave z Evropo in mnenji koordinatorjev (v nekaterih primerih gre za zelo trdno postavljeno mrežo in strategijo razvoja stroke) posameznih specialnosti nima legitimnosti nacionalne strategije. Kljub temu predstavlja najbolj kompetentno središče, v katerem se lahko uskladijo interesi in dejstva.

Pajkova mreža interesov je velika priložnost, da se vanjo ujamejo modre strokovno podprte odločitve, pa tudi neskončno polje nesporazumov, očitkov in zapiranja v lastne lokalne zapredke. In priložnost je vsak razpis posebej!

Iz dela zbornice

Polona Lečnik Wallas, univ. dipl. soc., ZZS

polona.wallas@zss-mcs.si

75. redna seja skupščine ZZS

V začetku aprila je potekala 75. redna seja Skupščine ZZS. V uvodnem delu so poslance nagovorili prim. asist. mag. Jernej Završnik, predsednik Skupščine, prim. Andrej Možina, predsednik ZZS, prof. dr. Radko Komadina, generalni sekretar SZD, in Helena Mole, dr. med., predsednica Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije.

Poslanci so kot prvo točko dnevnega reda obravnavali predlog spremembe Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov, in sicer spremembe vsebin specializacij maksilofacialne kirurgije, radiologije, onkologije z radioterapijo, oralne kirurgije in nove specializacije iz otroške kirurgije. Pri vseh predstavljениh vsebinah in novi specializaciji gre za usklajevanje z napredkom stroke, zlasti z načinom izobraževanja na posameznem področju.

Od predlaganih sprememb je skupščina potrdila spremembo vsebin specializacije iz maksilofacialne kirurgije, radiologije in oralne kirurgije.

Skupščina ZZS je sprejela poročilo o finančnem poslovanju zbornice za leto 2014, poročilo skrbstvenega sklada za leto 2014 in finančni načrt za leto 2015.

Z mesta člana Sveta za izobraževanje zdravnikov je bil na lastno željo razrešen prof. dr. Borut Geršak, dr. med., za novega člana je bil imenovan asist. dr. Anže Kristan, dr. med.

V razpravi je poslanec regije zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov predlagal spremembo Statuta za naslednji mandat. Kljub temu, da je sistem volitev predsednika demokratičen, trenutno predsednik ne more

razrešiti nobenega od predsednikov odborov, katere je sam imenoval. Tudi predsedniki odborov ne morejo sami razrešiti katerega od članov odbora. Druga pobuda je, da se istočasno na volitvah za predsednika zbornice voli tudi podpredsednika zobozdravnika. Predsednik prim. Možina je povedal, da je ena od prioritet ureditev Statuta. Ni nujno, da imamo predsedniški sistem; Slovenija je edina, ki ga ima. Zbornica ni le predsednik in njegova ekipa, temveč tudi vsi ostali. Sam je prepričan, da bi morali biti poslanci voljeni ter imeti možnost sami izvoliti predsednika. Statut se bo spreminjal tudi glede avtonomije zobozdravnikov. Potrebna bo tudi sprememba kvoruma.

Projekt Kakovost in varnost bolnikov

V mesecu marcu se je sestala delovna skupina projekta Kakovost in varnost bolnikov. Projekt, ki ga je vodila zbornica, je v zadnjih letih žal zastal. Sestanka se je udeležila tudi Nina Pirnat, državna sekretarka na Ministrstvu za zdravje, ki je izpostavila, kako kakovost uvrstiti v celovit sistem zdravstvenega varstva. Področje kakovosti in varnosti bolnikov je ena ključnih nalog ministrstva.

Po predstavitvi članov ožje delovne skupine (doc. dr. Zalika Ketiš Klemenc, asist. mag. Gregor Norčič, doc. dr. Sebastijan Bevc in asist. Valentin Sojar) je v razpravi večina

prisotnih predlagala, da bi v ožji skupini sodeloval tudi predstavnik regijske splošne bolnišnice ter predstavnik NIJZ, saj je inštitut v letu 2014 pričel z zbiranjem določenih podatkov.

Prof. Pajntar je za uvod v razpravo predstavil dosedanje rezultate projekta Kakovost. Razvila se je široka razprava o prihodnosti dela na področju kakovosti v pristojnosti Zdravniške zbornice Slovenije ter o umestitvi vsebin v celovit sistem zagotavljanja kakovosti in varnosti bolnikov v Sloveniji.

Prisotni so se v zaključkih načelno strinjali:

- da je do sedaj opravljeno delo v projektu izjemno pomembno ter da je dobro, da se rezultati zbirajo in obdelujejo, na podlagi le-teh pa bi morale bolnišnice sprejemati določene ukrepe za izboljšave;
- kazalnike je treba na novo opredeliti in omogočiti primerjavo v bolnišnici ter med bolnišnicami v slovenskem prostoru;
- bistven je sistemski pristop, ki zajema vse korake, od beleženja, analize do korektivnih ukrepov, ter dogovor o sodelovanju, poenotenje in informacijska podpora na ravni RS;
- vloga ZZS je, da prevzame strokovni del in opredeli kazalnike za izhode zdravljenja za posamezno stroke;
- informacijska podpora je naloga ministrstva;
- zbornica bo morala zdravnike zaščititi ter v sodelovanju z ministrstvom spremeniti zakonodajo glede varnostnih zapletov in kaznovanja;
- nujno je pregledati trenutno stanje, kateri podatki o kakovosti se zbirajo v slovenskem prostoru v različnih institucijah.

Glavna pobuda je še vedno ustanovitev neodvisne agencije za kakovost, ki bi izvajala celovit sistem.

Koncert Godalnega kvarteta Maxima

Zdravniške organizacije so v avli Domus Medica v petek, 20. marca 2015, organizirale koncert Godalnega kvarteta Maxima. Poslušali smo dela *A. Borodinija* in *A. Dvořaka*. Zaigrale so nam Maša Mareš in Barbara Rajević, *violini*, Gea Pantner Volfand, *viola*, in Tina Rejc, *violončelo*. Pester program, ki so ga izvedle glasbenice, je navdušil prisotne poslušalce.



Člani Zdravniške zbornice Slovenije odšli na čarobno popotovanje po Normandiji

Za člane Zdravniške zbornice Slovenije smo v četrtek, 12. marca 2015, organizirali voden ogled razstave *Slikati v Normandiji, ob izvirih impresionizma*.

Razstava nas je popeljala na popotovanje po Normandiji, pokrajini na severu Francije, skozi slike francoskih slikarjev druge polovice 19. stoletja. Umetniki so se takrat pričeli iz industrijskih mest umikali na deželo, kjer so našli zatočišče. S slikanjem na prostem so skušali ujeti poezijo naravnega okolja, ko sončna luč spreminja barve in obrise: podobe morskih pečin z razburkanim morjem, jadrnice v viharjih in na regatah, življenje podeželskih ljudi, ki ob oseki nabirajo školjke, delo ribičev in slike iz zaledja vzdolž bregov reke Sene. Vse te lepote so zaživele pred nami, kakor so jih naslikali Eugène Boudin, Louis-Alexandre Dubourg, Pierre Bonnard, Adolphe-Félix Cals, Jean-Baptiste Camille Corot, Gustave Courbet, Eugène Delacroix, Claude Monet in drugi. Vabimo vas, da se nam naslednjič pridružite na vodnem ogledu razstave v Narodni galeriji.



Krepitev zdravja delavcev v zdravstvu: delovni stres, poklicna izgorelost in novodobne rešitve za uspešno soočanje

Karmen Resnik, zdr. psih., mag. nevr. zn., Mikropis d. o. o., Žalec

Karmen.Resnik@24alife.com

Tekmovalnost in globalni trgi postavljajo vedno večje zahteve na delovnem mestu, finančna kriza in zategovanje pasu pa prelagajo večjo količino dela na enega delavca kot kdajkoli prej. V državah Evropske unije se delovna izgorelost kaže predvsem v povečani odsotnosti z dela in zgodnjem upokojevanju zaradi posledic kroničnega stresa in depresije (McDaid in sod., 2005). Stres na delovnem mestu postaja vedno večji problem, saj vodi do zdravstvenih težav, zmanjšane storilnosti in učinkovitosti pri delu. Posledično trpijo državne in zasebne blagajne in tako postajajo zadovoljni zaposleni eden ključnih dejavnikov uspešnega podjetja, pa naj bo to zasebno ali javno.

Zavedanje, da vedno večja pričakovanja, ki so postavljena pred zaposlene, zahtevajo od njih tudi vedno večje napore, tako fizične kot psihične, in puščajo negativne posledice na njihovem zdravju, je pripeljalo do podrobnejših analiz stresa na delovnem mestu. Obremenjenost zaposlenih raste in lahko preide zmožnosti njihove tolerance in prilagoditve, kar pripelje do neugodnega fiziološkega stresnega odziva in njegovih škodljivih posledic na zdravje, delo in osebno življenje. Kronični stres se ne kaže le s pojavom zdravstvenih problemov, ampak vpliva tudi na razvoj čustvenih motenj, somatskih obolenj in na umik iz socialnega okolja (Weber in Jaekel-Reinhard, 2000). Rezultat povečanega stresa so povečana bolniška odsotnost z dela, izogibanje nalogam, zmanjšana produktivnost, nezadovoljstvo v službi in doma, frustriranost, socialna izčrpanost in zmanjšana motivacija (Stein, 2001; Kamrowska, 2007; Espeland, 2006).

Ko dodamo stresu časovno komponento, pa se njegova vztrajnost ali kroničnost lahko razvije

v poklicno izgorelost. Izgorelost je psihološki sindrom, ki se razvije kot posledica vztrajajočih interpersonalnih stresorjev pri delu. Tri ključne komponente so izčrpanost, ciničnost in odtujenost od dela, ki jih spremljajo občutki lastne neučinkovitosti in neuspešnosti. Zanimivo je, da so ta pojav prvič obeležili prav pri delavcih v zdravstvu (Maslach in sod., 1996), kjer naj bi občutek odgovornosti do sočloveka močno vplival na željo po uspešnosti delavcev. S tem ko je motiviranost delavca večja, pa je večja tudi verjetnost za povišano doživljanje delovnega stresa in posledično izgorevanje.

Za izvedbo projekta v okviru ZZZS za leto 2013 »**Krepitev zdravja delavcev v zdravstvu**« **smo se odločili prav na podlagi alarmantnih** podatkov o izgorelosti in močno prezgodnji umrljivosti slovenskih zdravnikov ter zaradi visoke stopnje zdravstvenega absentizma v zdravstveni dejavnosti v Sloveniji. S projektom smo se konzorcijski partnerji Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS) kot glavnega nosilca projekta, ter konzorcijska partnerja Univerzitetni klinični center v Ljubljani (UKC LJ) in Univerzitetni klinični center Maribor (UKC MB), skupaj s Katedro za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani in podjetjem Mikropis holding, d.o.o., za razvoj informacijsko-komunikacijskih tehnologij, vključili v preventivo in promocijo zdravja kot najučinkovitejšo obliko zagotavljanja zdravja, podaljševanja življenjske dobe in povečevanja kakovosti življenja.

Zdravje zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev je tema, o kateri se je premalo govorilo. Zaradi velikih obremenitev na delovnem mestu, ki so posledica velikih pričakovanj, ki jih ima družba do zdravnikov in zdravniki do sebe, ter velikih delovnih obremenitev, zdravniki pogosto



ne posvečajo dovolj časa svojemu zdravju in dobremu počutju. Posledice so lahko usodne tako za zdravnike kot za bolnike. Kažejo se v izgorelosti, razvoju bolezni in odvisnosti, prezgodnji smrtnosti zdravnic družinske medicine ter večji možnosti strokovnih napak, ki lahko ogrozijo varnost bolnikov.

ZZS je v okviru projekta organizirala mednarodni simpozij »Zdrav življenjski slog – med mitom in resničnostjo« (15.–16. maj 2014). Udeležba vrhunskih domačih predavateljev (dr. Alojz Ihan, dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. Matej Tušak, dr. Vojko Strojnik, Tanja Udrih Lazar, Eva Stergar, Aleš Živkovič in drugi) in tujih predavateljev s klinike Mayo, ZDA (Bruce Johnson, Amine Issa, Juraj Sprung, John Eisenach, John Miles May in Mathew M. Clark), ter drugih tujih strokovnjakov (Federico Shena, Alexandro Giannakis, Jurij Hanin in Paul Jimenez) je zagotovila kakovostna in zanimiva predavanja na temo zdravega življenjskega sloga in preventive v zdravstvu. Na simpoziju je sodelovalo 20 mednarodno pomembnih raziskovalcev s področja kineziologije, medicine dela, presnove, psihologije in življenjskega sloga, ki so se v okviru konference ukvarjali s problematiko preventivnega ukrepanja in spodbujanja zdravega življenjskega sloga.

Sklopi predavanj so obsegali tematike, kot so zdravo staranje, spremljanje parametrov življenjskega sloga, krepitev zdravja delavcev v zdravstvu, metabolni sindrom in diabetes ter psihologija življenjskega sloga. Pomembna skupna tema vseh sklopov simpozija je bilo vprašanje, kako s pomočjo fizioloških, psiholoških, kinezioloških in presnovnih parametrov učinkovito spremljati in usmerjati izboljšave življenjskega sloga. Razvoj tehnologije namreč omogoča cenovno dostopne načine spremljanja življenjskega sloga z ustrezno informacijsko-senzorsko podporo, uporabno za izvajanje strokovno



utemeljenih dejavnosti za aktivno nevtralizacijo tveganj.

V sklopu predavanj, ki je bil namenjen temi z naslovom »Krepitev zdravja delavcev v zdravstvu«, so bili v javnosti prvič predstavljeni izsledki prve znanstvene študije o stresu na delovnem mestu med zdravstvenimi delavci v ZDA, ki je bila med različnimi skupinami zdravstvenih delavcev izvedena na ameriški kliniki Mayo. Raziskava je bila izvedena s pomočjo slovenske tehnologije podjetja RC IKTS Žalec, ki je v sodelovanju z omenjeno ameriško kliniko izdelalo aplikacijo in portal 24alife, s pomočjo katerega je mogoče meriti in spremljati zdravstvena tveganja in delovne obremenitve, ki povzročajo negativne učinke na zdravje.

Podobna študija se je v okviru projekta ZZZS in Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS) izvedla tudi med slovenskimi zdravstvenimi delavci. Namen študije je bil pridobiti objektivne podatke o posledicah (pre)obremenjenosti zdravnikov na nekaterih kritičnih delovnih mestih: specialist anesteziolog in specialist družinske medicine. Čeprav je bil prvotni načrt projekta omejen le na dve skupini zdravnikov, se je ob medijski najavi projekta v okviru simpozija pokazal velik interes Zbornice zdravstvene in babiške nege, da bi v projekt vključili tudi delovne obremenitve medicinskih sester.

Jasen poziv medicinskih sester k okrepitvi kadrov zaradi preobremenjenosti je bil dodatna motivacija, da v projekt vključimo tudi medicinske sestre, ki delajo na kirurških oddelkih.

Namen projekta je bil opredeliti zdravstvena tveganja in delovne obremenitve (glede na lastnosti posameznika in njegovega delovnega mesta), ki povzročijo negativne učinke za zdravje in kakovost opravljanja dela pri zdravstvenih delavcih z izrazitim časovnim preseganjem delovnih obremenitev in zaposlitvijo na več delovnih mestih. Projekt se je osredotočil na fiziološke, psihološke, kineziološke in delovne parametre, ki jih je mogoče z ustrezno informacijsko-senzorsko podporo spremljati, jih meriti, nanje opozarjati in uporabnika z ustrezno predpisanimi preventivnimi in telesnimi dejavnostmi voditi v aktivno nevtralizacijo tveganj.

Na podlagi izkušenj iz lastnih študij in sodelovanja s tujino (klinika Mayo) smo izdelali platformo za analizo psihosocialnega in zdravstvenega stanja delavca skupaj z analizo tveganj njegovega delovnega mesta, življenjskega sloga in psihosocialnega okolja. Platforma omogoča enostavno in poceni pripravo ustreznega individualnega programa dejavnosti, ki so podprte z izdelanimi informacijskimi orodji za individualno (samo)spremljanje in beleženje dejavnosti na spletni aplikaciji.

Glede na specifiko našega projekta smo prilagodili platformo za potrebe spremljanja delovnih mest zdravnic družinske medicine, anesteziologinj in medicinskih sester na kirurškem oddelku. Za našeta delovna mesta smo izdelali oceno delovnega mesta s seznamom zdravstvenih tveganj in prilagodili način individualne analize zdravstvenih, psiholoških in kinezioloških dejavnikov, ki vplivajo na stresnost delovnega mesta.

Pri analizi podatkov smo ugotovili, da je bilo občutenje preobremenjenosti in psihične napetosti pri preiskovankah povezano z biološkimi markerji stresa – koncentracijo stresnih hormonov v krvi. Pri starejši

skupini udeleženk raziskave (družinske zdravnice) je bila koncentracija bioloških markerjev stresa povezana tudi s povečano koncentracijo markerjev disfunkcionalnega vnetnega in imunskega odziva (nefunkcionalne imunske celice DNT). Ugotovili smo, da so ob opisovanju preobremenjenosti zdravstveni delavci dobro zaznavali objektivno prisotnost fiziološkega stanja, ki ga imenujejo stres.

To fiziološko stanje je bilo tudi pomembno povezano s pogostostjo napak na delovnem mestu, predvsem pri delavkah z več nadurami. Pojavili so se tudi psihološki spremljevalci poklicne izgorelosti, kot so nezadovoljstvo pri delu, nezmožnost opravljanja svojih delovnih nalog ter težave s koncentracijo. Prav tako pa so se pokazali stranski produkti kroničnega stresa, kot je slabša kakovost spanja zaradi preobremenjenosti in povišano število zdravstvenih težav. Izsledke študije je na letošnjem 3. mednarodnem simpoziju za zdrav življenjski slog z osrednjo temo »Sledenje življenjskemu slogu za zdravje, moč in dolgo življenje – aktivnosti za delovni uspeh in preprečevanje zbolevanja«, ki se je odvijal 9. in 10. aprila v prostorih Domus Medica, podrobneje predstavil vodja raziskave prof. dr. Alojz Ihan.

Iz podatkov, ki smo jih zajeli med izvajanjem projekta, smo pridobili praktično koristne raziskovalne informacije o obremenjenosti analiziranih delovnih mest in o zdravstvenih in fizioloških parametrih, ki jih velja spremljati zaradi boljše informiranosti delavcev o svojem zdravstvenem in psihofizičnem stanju – s tovrstno informiranostjo pa je povezana tudi motivacija za boljše izpolnjevanje preventivnih in vadbenih programov, ki bi zagotavljali še dolgoročno vzdržno obremenjenost na delovnem mestu pri delavcih v zdravstvu. Dokazano je namreč, da redne telesne aktivnosti zavirajo procese staranja. Z rednimi telesnimi aktivnostmi se kakovost življenja izboljša, saj starajoči se ljudje z gibanjem ohranjajo funkcionalne sposobnosti v vsakodnevnem življenju,

dlje časa so aktivni in neodvisni od tuje pomoči, manj je boleznih, bolečin in potreb po jemanju zdravil.

Prav tako pa bodo na podlagi teh podatkov avtorji platforme 24alife, ki je bila razvita ob sodelovanju strokovnjakov s klinike Mayo, ZDA, dopolnili in pripravili informacijsko orodje za enostavno in poceni individualno (samo)spremljanje in beleženje dejavnosti za uspešno in informirano preprečevanje boleznih. Platforma že sedaj omogoča analizo posameznika in njegovega zdravstvenega stanja, psihološkega stanja, analizo fizične zmogljivosti in življenjskega sloga, kot rešitev pa ponuja vodene individualne dejavnosti, kot so prikazi priprav za večjo psihološko, fizično in zdravstveno zmogljivost. Na podlagi individualnih parametrov platforma nudi enostavno pripravo ustreznega individualnega programa dejavnosti, ki so podprte z izdelanimi informacijskimi orodji za individualno (samo)spremljanje in beleženje dejavnosti na spletni aplikaciji. S trimesečnim spremljanjem posameznikovih aktivnosti in napredka platforma omogoča pridobitev dinamičnih informacij o posamezniku – ne le analizo njegovega stanja, temveč tudi prikaz njegove sposobnosti za prilagajanje na večje obremenitve in spreminjanje življenjskega sloga.

Bistveni del platforme je avtomatizirana izdelava programov gibalnih vaj, vaj za sproščanje ter programov za izdelavo zdravih in uravnoteženih obrokov. Prilagojeni individualni programi za določitev osebnih ciljev za časovno obdobje in skupinski programi za določitev skupinskih ciljev in ciljev podjetja, kot npr. odmor za razgibavanje (delovne skupine) in podpora zdravi in polnovredni prehrani (pripravljeni, vegetarijanski, diabetični, veganski in nizkokalorični jedilniki), zajemajo glavna področja za preventivno ohranjanje zdravja in lahko v svetu pametnih mobilnih telefonov nudijo lažji dostop do informacij na individualni ravni. Platforma omogoča uporabniku beleženje in analizo izvedenih



aktivnosti na delovnem mestu in v prostem času, vnos podatkov o svoji teži, ITM, krvnem tlaku, krvnem sladkorju, holesterolu, prikaz načrtovanih in že izvedenih programov, grafične predstavitve napredka in stanja, spremljanje na podlagi osebnih, skupinskih ciljev in ciljev na ravni podjetja, spremljanje na osnovi letnih razgovorov z zaposlenimi, vzpostavitev nagradnega točkovnega sistema

vrednotenja, vzpostavitev sistema nagrajevanja in meritve ključnih kazalnikov zdravja.

Specializirano za podjetja je v pripravi platforma 24life Corporate, ki je osnova za spremljanje in ocenjevanje različnih specifičnih preventivnih programov, na ravni delovne organizacije, ki programe za preventivno zdravje pripravi glede na specifično svojega delovnega procesa (izobraževalni, skupinsko-psihoterapevtski programi itd.). Tako lahko taka rešitev postane enotno orodje za cenejše izvajanje preventivnih programov, pri čemer so vse najosnovnejše analize podprte s programsko opremo in senzorji, ki omogočajo stalno samospremljanje v svojem domačem in delovnem okolju, brez potrebe po obiskovanju zdravstvenih in drugih ustanov. Na podlagi samoocene program delavca opozarja, kdaj njegove obremenitve presegajo prag, ko lahko še odgovorno in zanesljivo opravlja svoje delo. Namen projekta je pomoč delovnim organizacijam pri izdelavi programa aktivno-

sti, ki omogoči pridobitev boljših psihofizičnih zmogljivosti in veščin za učinkovito organizacijo počitka, gibanja, ustreznega prehranjevanja in obvladovanja stresa.

Ne glede na obliko ponujene rešitve, je preprečevanje zbolevanja in krepitev zdravja med delavci, še posebej tistimi, ki svoje delo opravljajo v zdravstveni ustanovi, nujno potrebna za ohranjanje zdravega in konkurenčnega delovnega okolja. Posledice poklicnega izgoravanja so, kot je pokazala prva obsežnejša raziskava med zdravstvenimi delavci v Sloveniji, prisotne in negativno vplivajo na psihično in fizično zdravje posameznikov, ki svojega dela ne morejo opravljati enako učinkovito kot njihovi kolegi. V kolikor na ravni institucij (še) ne uspemo vpeljati preventivnih programov, pa je dobro, da se zaradi svojega zdravja posamezni delavci zavedajo tveganj, ki so jim na delovnem mestu izpostavljeni, in poskušajo sami postati bolj aktivni na področju zdravega načina življenja in preventive.

Pregled vseh strokovnih srečanj na enem mestu!

Obiščite našo spletno stran:

www.domusmedica.si

kjer najdete seznam in osnovne informacije o vseh strokovnih dogodkih, za katere je organizator podal vlogo za dodelitev kreditnih točk. Organizatorji pa lahko tu ponudite vse informacije o svojem srečanju.

Preko te strani je možna e-prijava na vse dogodke.

Tu najdete tudi koledar kulturnih prireditev v Domus Medica.



Propaganda za legalizacijo marihuane: je le-ta res dobra kot kruh in univerzalno zdravilo, ali se moramo le spomniti izkušenj iz preteklosti?

Luka Šolmajer, mag. farm., Evropska zveza za preventivo kajenja in tobaka
lukasolmajer@hotmail.com

Vodilne medicinske revije in SZO veliko pozornosti namenjajo škodljivim vplivom industrij in jim pripisujejo vodilno vlogo pri povzročanju kroničnih nenalezljivih bolezni (1, 2, 3). V trenutku, ko je človek postal sam sebi največja zdravstvena grožnja, je smiselno vprašati, ali je to le posledica našega razvoja ali pa se prodaja skrajno škodljive izdelke, ki jih v naprednih državah, kjer zdravje ljudi nekaj pomeni, ne dovolijo prodajati ali jih s hitrimi koraki ukinjajo.

V Sloveniji smo zadnjih nekaj let priče redni medijski in oglaševalski poplavi novic o čudežnih zdravilnih učinkih marihuane, večinoma brez kakršnihkoli zadržkov in kritičnega razmisleka. Naj nekoliko karikiram: če bi se zbudili iz dolgoletne kome, se ne bi mogli načuditi, kako naj bi ta substanca rešila vse bolezni, finančno krizo in kar ves svet. Kdaj se je vse skupaj začelo, ali gre za kakšno povsem senzacionalna nova odkritja? Ta članek bo poskusil povezati vse te številne delne aktivnosti in pokazati, kdo stoji za njimi in kdo ima korist. Besedo propaganda uporabljam zato, ker je po definiciji *način pristranske komunikacije, ki je namenjen spreminjanju odnosa populacije do nekega vprašanja*.

Najprej pogledimo, kako se je vse začelo. Začnimo z večjimi dogodki v zadnjem času, čeprav so prve aktivnosti iz 70. let. Globalni Marihuana marši (MM) so se začeli v letu 1999, financirali so jih različni milijonarji in

lastniki podjetij – t.i. »hedge fondov«. V bistvu gre za poslovne projekte: nekdo si obeta zaslužek ali ga želi ohraniti. V Sloveniji je bil prvi »MM« pod okriljem Radia Študent in ŠOU Ljubljana v letu 2002. Nprekinjeno so sledili od 2002 do 2010 in od 2014 dalje, ne da bi sploh kdo to javno postavil pod vprašaj, pri vseh znanih sumljivih poslih v ŠOU Ljubljana in študentskih servisih (4). Je to res edini skupni interes študentov, poleg bonov za prehrano? Njihovi deklarirani cilji so bili sprva le doseči manj restriktivno politiko do te droge; takrat marihuana še ni bila panacea. Od takrat so že veliko dosegli, kot bo jasno iz tega prispevka. V letu 2014 je »Marihuana marš« potekal celo 31. maja – na enega pomembnejših dni v koledarju SZO: svetovni dan brez tobaka, in je postal resna konkurenca za pozornost v nekaterih medijih. Je to pomenljivo naključje?

Pobudnik SKSK (slovenski konopljin socialni klub), aktivist Jaka Bitenc, v reviji Misteriji že leta 2013 zatrjuje, da konoplja zdravi vse bolezni (5). Torej, revija Misteriji razkriva, kar drugi prikrivajo; tu je tista prodorna znanost, kot pri stikih z Nezemljani. Konoplja je od 2013 zelo pogosta tema te revije, žal manj smešna, ker so posledice že vidne. Takrat še avantgardni naslovi iz iste številke se glasijo: *Ni mamilo, je zdravilo!*, *Uživanje konoplje neškodljivo!*, *Marihuana ne uničuje možga-*

nov... Je to QOD, v ironičnem smislu? Podobno – da zdravi vse bolezni – za konopljino olje, ki ga tudi sam prodaja, prisega samozvani aktivist Rick Simpson (6), tudi na psevdoznanstvenih simpozijih v Sloveniji, celo v živo bolnikom s terminalnim rakom. Ali si je mogoče v medicini zamisliti kaj bolj neetičnega od – recimo temu znanstveno nedokazanega, da ne rečemo nujno tudi lažnega – obljubljanja čudežnih zdravil terminalnim bolnikom? Težko, morda le obljubljanje čudežnih učinkov relativno škodljivih substanc, in vse to s strateškim namenom legalizacije drog. Sam ne najdem trdnih dokazov o kliničnih primerih ozdravitve, mrgoli jih le na internetnih forumih z nepreverljivimi imeni bolnikov... Simpson v nekem intervjuju ugiba, da bi legalizacijo morda najprej izvedli v Sloveniji in na Hrvaškem, saj drugod po svetu očitno ne gre po načrtih; obe državi tudi pridno obiskuje. Kaj nam to pove o mnenju teh strategov o Sloveniji – jo imajo za šibko državo, ki ne bo zaščitila javnega zdravja?

Teze o zdravljenju raka in druge »čudeže« lepo preuči in zavrne onkolog, specialist za raka dojke, dr. David Gorski (7). Pokaže tudi, da različni aktivisti žal ne ločijo med načrtovanjem in izsledki predkliničnih raziskav in dejansko dokazanim kliničnim učinkom; manjkajo jim osnovna znanja regulative zdravil. To pomanjkljivost nadomeščajo z neo-

bjektivnostjo in selektivnostjo navajanja podatkov. G. Simpson celo sam svari: »Varujte se prevarantov.« Vpliva teh in drugih medicinskih samoukov vseeno ne smemo zanemariti, saj jim številni mediji namenjajo nesorazmerno veliko pozornosti, precej manj pogosto pa objavljajo upravičena vprašanja in kritike. Bitenc v drugem članku v Delu ob zakonodajni pobudi trdi: »Zdaj se uveljavlja pravilnejši izraz *preventiva*, saj je konoplja, podobno kot številna druga zelišča, vedno zdravična, krepi namreč imunski sistem. Edina zloraba, ki se dogaja v zvezi z njo, je njena prepoved zaradi monopolnih interesov naftne, kemične in farmacevtske industrije.« (8) Torej mladostniki s kajenjem konoplje le najboljše in preventivno skrbijo za svoje zdravje? V praksi, da je mera polna, nekateri mladostniki res tako mislijo. Znano je, da dojemanje neškodljivosti močno vpliva na rabo te droge, kot so lepo nazorno prikazali v študiji Nacionalnega inštituta za zlorabe drog (NIDA) v ZDA (9). Bitenc pa nadaljuje: »S tem, ko bomo konoplji dali mesto, ki ji pripada, bomo učinkovito prispevali k odpravljanju finančnih, gospodarskih in zdravstvenih težav pri nas.« Komentar ni potreben. In še: »S

konopljo bi lahko zdravili alkoholizem, odvisnost od drog in cigaret...« Z drogo bodo zdravili odvisnost od drog? Takšne izjave lahko daje le nekdo, ki je povsem imun na razmislek in kritične pripombe. Drugi aktivist, Krištof Bogdan Meško, trdi praktično enake stvari: »... hkrati pa v vsej zgodovini ni povzročilo ene znane smrtno žrtve« – na tem mestu bi opozoril na izredno zanimivo dejstvo, da naj bi se po poročanju dr. Dušana Nolimala in Jožice Šelb v definiciji umrljivosti zaradi drog po priporočilu EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) omejevali na zgolj akutne učinke; čeprav je jasno, da pri npr. marihuani kronične posledice popolnoma prevladujejo (10). Dalje pove Meško: »...ne zasvoji uporabnika telesno, niti nima škodljivih učinkov na zdravje. Nasprotno, konoplja je zaradi svojih posebnih učinkovin, enakih našim hormonom sistema žlez z notranjim izločanjem, ki obstaja že najmanj 600 milijonov let in je glavni dejavnik evolucije(?), v resnici izredno učinkovito zdravilo za reci in piši vse tako imenovane neozdravljive degenerativne bolezni, vključno z rakom, blaži in zdravi pa tudi duševne motnje, kot so depresija ali bipolarnost.« (11) Vtis je,

kot da so pri nas temu podlegli tudi nekateri posamezni zdravstveni strokovnjaki. Vse te izjave iz nizkih registrov medicinske verodostojnosti imajo številne skupne značilnosti – osredotočajo se le na pozitivne vidike (spomnimo se nasveta za propagando, v originalu: »focus on the positives«). Na srečo so se oglasili nekateri kritični glasovi strokovnjakov – dr. Barbara in mag. Mercedes Lovrečič z NIJZ (12), v zelo lepem pojasnjevalnem članku, prof. dr. Tomaž Rott (13), vsi v reviji Isis, in drugi. Avtorici Lovrečič z NIJZ natančno opišeta glavne nevarnosti nekritične podpore javnosti do »medicinske uporabe marihuane«, vpliv zaznavanja škodljivosti pri mladoletnikih na njihovo eksperimentiranje z drogo, pomanjkljive dokaze o učinkovitosti, pojavnost droge z veliko višjo vsebnostjo tetrahidrokanabinola (THC) itd. Predvsem zavrneta celoten, napačno zasnovani sistem vrednotenja te droge in zato sta bili, jasno, deležni skrajnih napadov zagovornikov legalizacije. NIJZ je v letu 2014 sicer pripravil pregledno strokovno mnenje o uporabi konoplje v medicini, kjer lepo pojasnijo, da marihuana in kanabinoidi povzročajo odvisnost, da ni dokazov o klinični učinkovitosti (14). Morda bi bil zaželen bolj javen in



Značilen šablonski grafit izpred Srednje gostinske in turistične šole Izola. Podobni oz. enaki grafiti so v bližini številnih šol po vsej Sloveniji. Izpopolnjena simbolika v obliki dolarskega znaka tudi namiguje na denar – v smislu, da nekdo služi zaradi tega...



Variacija na isto temo v neposredni bližini OŠ Trnovo, Ljubljana.



Številne oglaševalske površine so v 2015 preplavili oglasi SKSK o čudežni zdravilni moči rastline. Odziva in umika oglasov ni bilo. Neverjetno, saj za trditve o zdravilnih učinkih sicer veljajo zelo stroga pravila. Niti proizvajalci prehranskih dopolnil ne smejo pisati zavajajočih in nedokazanih trditev o zdravilnih učinkih; kaj šele zdravila na recept – dovoljeno je le oglaševanje strokovni javnosti, saj gre za zelo regulirano panogo.

avtoritativen nastop v medijih, saj bi iz njih lahko dobili bistveno drugačna sporočila in povsem drug vtis.

Milan Krek, strokovnjak za prepo-vedane droge, pravi: »Za večino zdravnikov se popolnoma novo zdravilo uvaja tako, kot to počne zahodna medicina, ki upošteva predvsem znanstvene ugotovitve in pazi, da ne škoduje človeku. Zato je vsak postopek registracije novega zdravila v medicini zahteven postopek, ki pa zagotavlja varnost zdravila.« (15) Za večino zdravnikov – pomeni, da načeloma predpisujejo le registrirana zdravila. Krek je zadržan do podeljevanja statusa čudežnega zdravila in do nekritičnosti; zakonodaja o zdravilih pravi, da mora zdravilo izpolnjevati tri stroge, jasno določene kriterije: učinkovitosti, varnosti in kakovosti.



Grafit s Štefanove 7, v neposredni bližini Ministrstva za zdravje. Ni videti naključno; celo grafitarji so dobro obveščeni, kje je treba izvajati podzavestni pritisk. Je to res volja ljudi, ali je morda nekdo plačan za načrtno propagando in ciljno usmerjene grafite riše s šablono?

Morda je že zaželeno strokovno stališče SZD ali Zdravniške zbornice Slovenije – podobno kot skupine SAZU o homeopatiji v februarški številki Isis 2015. Verjetno se komu še vedno ne zdi potrebno, da se tudi v medijih odzove na določene nesmisle, vendar lahko ugotovimo, da je škoda že narejena. Jasna stališča so izrazili v Kanadski zdravniški zbornici (CMA) z uradno izjavo, da še vedno ni dovolj dokazov o klinični učinkovitosti marihuane (16). Vendar propaganda za legalizacijo marihuane ni bila omejena le na različne objave in marše. Zavzema številne druge vplivne medije, npr. Delo je temi namenilo posebno, dolgotrajno in pristransko rubriko; že dolgo poznamo številne zelene trgovine, celo pred številnimi šolami so se v zadnjih letih

pojavi grafiti, narejeni po šabloni v istem duhu. Od sredine januarja 2015 lahko na zelo številnih mestih vidimo oglas: *Konoplja zdravi, zato zaupaj naravi*. Že omenjena organizirana kampanja spet postaja vidnejša in agresivnejša. Cilj teh sporočil seveda niso strokovnjaki in njihov odziv, propagandnega učinka na javnost, ki z ozadji ni dovolj seznanjena, in še posebej na mlade ne smemo podcenjevati. Morda je zato prav zdaj dobrodošla tudi osvetlitev pravih vzrokov te kampanje.

Je konoplja res tako koristna in neškodljiva, kot obljublajo, in kdo bo prevzel odgovornost za vse posledice povečanja razširjenosti uporabe?

Registracijskih vlog za zdravila iz konoplje pri regulatornih organih ni. Agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke navaja januarja 2015: »JAZMP ni prejela še nobene vloge za pridobitev dovoljenja za promet z zdravili, ki vsebujejo THC, niti vloge za uvoz industrijsko izdelanega zdravila z vsebnostjo dovoljenega THC, ki v RS nima dovoljenja za promet z zdravili.« (14) Tukaj je nujno razlikovanje med različnimi oblikami, v katerih se pojavljajo konoplja oziroma tetrahidrokanabinol (THC), kanabidiol (CBD) in druge sestavine. V katerih farmacevtskih oblikah bi se ta potencialna zdravila sploh v resnici lahko uporabljala – glede na to, da je kajenje oz. vnašanje številnih sestavin dima v pljuča samo po sebi zelo škodljivo za zdravje? Da bi se katerokoli zdravilo apliciralo s kajenjem, je iz varnostnih razlogov popolnoma izključeno. O tem sicer številni marihuana aktivisti neradi govorijo. Redki zagovorniki kajenja konoplje argumentirajo takole: *bolnikom po kemo-terapiji je slabo, zdravilo težko*

zaužijejo, laže kadijo in tako dosežejo trenutno olajšanje... ipd. (14). Njihovi dejanski nameni niso zdravstveni, zato zamegljevanje jasnih razlik v načinu uporabe marihuane in njenih sestavin. Najbrž jim pri tem ne gre toliko za onkološke bolnike, prej za zdrave mladostnike. Značilna je izjava, s katero nekatere škodljive učinke vendarle priznavajo tudi pri kajenju marihuane: »Dim zažgane konoplje je zelo podoben tobačnemu dimu in lahko povzroči poškodbe pljuč.« (17) Bodite pozorni na izraz – *lahko*, torej ne nujno; *bomo* še *videli*. Vrata so odprta za trditve v prihodnosti, češ da škodljivi učinki še niso dokazani, enako kot je več kot pol stoletja delala in še danes počne tobačna industrija. Kje je ostal previdnostni princip, ki pravi: ko gre za zdravje ljudi in okolje, morda ni treba čakati na znanstveno gotovost za varnostne ukrepe. In: umanjkanje trdnih dokazov škodljivosti še ni dokaz neškodljivosti. Najbolj grobe kršitve tega principa so se zgodile, ko je tobačna industrija svarila pred *nevarnostjo* (!) prehitrih ukrepov leta 1954 in 1964, seveda pa se posledice čuti tudi danes in se jih še bo. Morda ste že slišali za izjemno zloglasno izjavo: »Ali je pametno strašiti javnost in povzročati paniko med milijoni kadilcev na podlagi piškavih dokazov?« (18) Seveda je bila panika v resnici med proizvajalci, in to upravičeno. In zdaj si nekateri želijo odpreti vrata za nov poskus na splošni populaciji v velikem obsegu, in še posebej na mladoletnih (če kadi »navadne« cigarete ena tretjina 15-letnikov, zakaj bi bilo pri marihuani drugače?), z nepredvidljivimi, verjetno podobno grozljivimi epidemiološkimi posledicami. Zdaj je udarno sporočilo malce drugačno: učinkovitega zdravila za vse bolezni nam ne dovolite! Ali je svoboda prodajalcev drog za manipuliranje z izdelkom, širitev prodaje in ciljanje na otroke in mladostnike res svoboda za naslednje generacije, ali suženjstvo? Sicer redki strokovnjaki, zagovorniki legalizacije, ne trdijo povsem, da marihuana nima nobenih

škodljivih učinkov, kar počnejo aktivisti, vendar je izjava vprašljiva: poškodbe pljuč, je to res vse, kar povzroča tobačni dim – ta se še vedno zdi nekaterim precej nedolžen... Kje so navedbe dokazano povzročenih več kot 15 pogostih vrst raka, vse oblike srčno-žilnih bolezni, vključno s težjimi dogodki – srčnimi infarkti, možganskimi kapmi, KOPB itd. Bolezni, ki jih povzroča tobačni dim, ni lahko naštet, ker jih je toliko; seznam pa je vedno daljši (19). Verjetno bodo podobnosti z učinki kroničnega uživanja marihuanskega dima precejšnje. Prav tako ne preseneča pogosto navedena trditev, da »še nihče ni umrl zaradi kajenja trave«. S tem mislijo zgolj intoksikacijo, kot da je to edini možni škodljivi učinek drog. (Glavna ikona aktivistov, glasbenik Bob Marley, je sicer umrl pri rosnih 36 letih, za rakom; preveč zdravila?) Tipične so tudi primerjave z alkoholom, ki naj bi bil po mnenju teh aktivistov najškodljivejša droga, o tobaku so po navadi pomenljivo tiho. Osnovni princip zdravljenja – *primum non nocere* – je za nekatere očitno stvar preteklosti, kot da smo brez zgodovinskega spomina.

Na tem mestu je treba povedati, da so nekatere posamezne sestavine konoplje že v registriranih zdravilih, vendar povsem brez čudežnih učinkov, kot je npr. obljubljeno zdravljenje raka. Membranski receptor 7TM je morda še vedno zanimiv za razvoj zdravil, vendar je le eden od številnih, ki jih raziskujejo; trenutno mesto zdravil, ki se nanj vežejo, pa je v uporabah, kot so npr. šibka analgezija, antiemetično delovanje ipd. (20). Ciljni organi kanabinoidov so periferni in centralni živčni sistem ter imunski sistem. Raziskave kažejo, da imajo THC-ji iz konoplje večji učinek na centralni (psihostimulativni, analgetični), CBD-ji pa na periferni in imunski (protivnetni učinek). Za uporabo pri bolnikih so poleg naravnih kanabinoidov (npr. sativex, nabiximol) v večini evropskih držav, v Ameriki, Kanadi in Avstraliji registrirani tudi sintetični analogi (dronabi-

nol, nabilon). Postopek za registracijo nekaterih je bil – morda zaradi premajhnega in ekonomsko nezanimivega tržišča – sprožen v Sloveniji šele konec leta 2013. Takšno je trenutno mnenje medicine, seveda brez pripisovanja čudežnih učinkov, kar počnejo aktivisti; številni znaki kažejo, da to počnejo iz ekonomskih interesov.

Pravi vzroki in ozadja propagande

Zdaj se še vprašajmo, ali je vse to res le nepomembna pobuda neorganiziranih, posamičnih uživalcev konoplje – zanesenjakov, in ta pobuda poteka po naključju orkestrirano po vsem svetu, skupaj z nekaj »nekoliko naivnimi« strokovnjaki, ali gre ves čas za nekaj bolj temnega? Vseh ljudi se ne da slepiti ves čas. In res so se pojavili podatki o ozadju – oglasili so se jasni in dobro utemeljeni kritični glasovi. Patrick J. Kennedy in Kevin A. Sabet (svetovalec na področju drog v administraciji Obame) sta v *Denver postu* decembra 2013 (21) zapisala: »Poznamo zasebno industrijo, ki bi jo zelo zanimalo unovčenje legalizacije marihuane: tobačno industrijo. V poročilu svetovalca tobačnemu podjetju Brown and Williamson piše: »Uporaba marihuane ... ima pomembne posledice za tobačno industrijo v smislu alternativne linije izdelkov. Imamo na voljo površine za gojenje, tovarne za zvijanje in pakiranje ter distribucijske in prodajne verige.« Tobačna industrija je 80 let lagala o škodljivosti kajenja, kar še vedno počne. Namenoma so ciljali na otroke. Zakaj potem mislimo, da bo pri marihuani kaj drugače?« Imamo zelo verodostojno tezo o najbolj verjetnih dobičkarjih, ki jim je ta polemika v vsakem primeru v interesu, ne glede na rezultat. Kevin Sabet je upravičeno zelo jasen pri črnogledih napovedih za ameriške otroke. »To pomeni, da je ustvarjanje zasvojenih uporabnikov glavni cilj in s tem – kot to dobro vedo tobačni menedžerji, pa vam ne bodo priznali – ciljanje na otroke.« (22, 23)

Za premislek o tem zadostuje ugotovitev, da se je vsebnost THC v zaplenjenih vzorcih v ZDA povečala s 4 odstotkov v 80. letih na 15 odstotkov (24). O kemijskih manipulacijah, ki so strahovito povečale zasvojitveni potencial »običajnih« cigaret, vemo praktično vse. In vendar niti strogi regulator v ZDA, FDA, ki menda vzbuja strahospoštovanje vseh – od industrij do populacije, že 6 let od leta 2009 ni izkoristil možnosti, da bi znižal vsebnost nikotina v cigareтах na raven, ki ne zasvoji, čeprav ima to možnost in razloge za to. Kaj se bi zgodilo ob podobnih manipulacijah za povečanje zasvojitvenega potenciala pri marihuani, je težko napovedati. Je pa povsem jasno iz primera cigaret, da je veliko težje odpraviti še tako slab in škodljiv izdelek, ne glede na dokaze o škodljivosti, ki se pojavijo, kot ga ustaviti na začetku, ker ne ustreza nekim minimalnim standardom, kaj je legalen izdelek, ki se ga sploh dovoli v prosto prodajo in oglaševanje. To tragično napako se je žal pri tobaku spoznalo prepozno in grozljive posledice so poznane vsakemu, ki ne gleda v stran. Naivnost ima lahko hude posledice, prav tako organizirana znanstvena korupcija. Naj se ne ponovijo analize, kot jih je naredil J. Britton v reviji *Thorax* z naslovom: *Tobak – epidemija, ki bi se ji lahko izognili* (25). In vendar je konec tobačne epidemije že na obzorju.

Zgodovina se ponavlja: prvič kot tragedija, drugič kot farsa

Še en vidik ni prav dobro poznan nikomur, ki se sam ne ukvarja s podobnimi problemi, kot se R. N. Proctor ali K. A. Sabet. Najbolj škodljive industrije uporabljajo vse vrste pritiskov na pogumne strokovnjake, ki zaščitijo javno zdravje proti njihovim interesom – v mislih imam groznje, kdaj tudi uresničene, podkupovanje in v nekaterih okoljih tudi sistematično onemogočanje. V informacijskih

vojnah se, kot v vseh, dogajajo vsi prijemi. *Zato dobro razmislite, ali se boste imeli nevtralen odnos do nekoga, ki javno in nekritično zagovarja legalizacijo marihuane.* Doslej ni bilo dovolj avtoritativnega sporočila z vrha MZ ali NIJZ.

V današnji družbi prosto dostopnih informacij vsi nosimo odgovornost!

Sue Rusche je komentar v *Huffingtonu* postu v 2013 (26) naslovlila: *Promotorji legalizacije marihuane zanikajo zdravstveno škodo, enako kot to dela tobačna industrija.* Že en citat je zgovoren: »Prej ali slej bodo morali promotorji legalizacije marihuane prevzeti odgovornost za skrajno zavajanje javnosti v zvezi s škodljivimi zdravstvenimi posledicami marihuane. V bistvu gredo zagovorniki legalizacije marihuane še dlje, trdijo celo, da gre za zdravilo.«

Lahko stavite, da bodo takrat vsi ti, zdaj glasni propagandisti, zanikali svojo odgovornost. Zagovorniki legalizacije konoplje znajo svoje zahteve in prepričanja neverjetno preračunljivo prilagajati odzivom javnosti in medijev in ves čas zahteve počasi stopnjujejo, »le korak več, le še to, le še ono«, njihov končni cilj pa je: podelitev statusa izdelka-izjeme konoplji. Zdaj so v resnici celo že dosegli parlament in ustvarjajo nanj že nek navidezni pritisk. Podobno delajo drugod po svetu, kjer so si izračunali možnosti uspeha. Enak status popolne anomalije že velja za tobačne izdelke, zlasti za cigarete, ki so v resnici le izpopolnjeni pripomočki za dovajanje droge – nikotina, ustvarjeni z namenom čim večjega zasvojitvenega potenciala. Izjemnost izdelka se posledično kaže v nepopisni škodi, odgovornost za katero se potem pripisuje kar uporabnikom samim, čeprav začetek rabe seže v otroštvo ali mladostništvo, oglaševanje in prodaja pa je na vsakem koraku, pred vsako postajo javnega prometa ali šolo.

Proizvajalci imajo medtem proste roke, da ustvarjajo izdelke s čim večjim zasvojitvenim potencialom, da lažejo o škodljivih učinkih, obljublajo čudežne koristne učinke itd. Sorodnosti so tudi pri uvedbi e-cigarete, ki ni bila pravočasno ustavljena, in vnaprejšnjem zanikanju škodljivosti ob obljubah o namenu izdelka (ta naj bi bil odvajanje od kajenja?), vendar to že presega obseg tega članka.

Gre za podobno zadevo v drugi preobleki, skupnih točk je ogromno: skrita in javna propaganda o čudežnih učinkih, domnevnem užitku, zanikanje škode in zasvojitvenega potenciala, zlorabljanje navidezne civilne družbe za vpliv na javno mnenje, lobiranje – to je vse že znano, a pozabljeno. Velika avtoriteta s področja tobaka Stanton Glantz s soavtorji je članek iz leta 2014 (27) naslovlil: Čakajoč na ugodno priložnost: tobačna industrija in legalizacija marihuane. V njem ugotavlja, da se je interes tobačne industrije za marihuano kot nišni izdelek pojavil že v 70. letih, povsem skladno z začetki propagande.

Resno moramo upoštevati, da velik delež uporabnikov marihuane kadi marihuano skupaj s tobakom in postane z nikotinom zasvojenih. Gre na nek način za drogi »dvojčka« – tako pri souporabi kot potencialni vstopni drogi, ima pa nikotin dosti večji delež zasvojenih (28).

Tobačna industrija je že večkrat dokazala, da je umetnica lastnega preživetja in hkrati, zaradi njenega delovanja, smrti milijonov. Prav to se ponovno (nekaznovano) dogaja, ker niso dovolj poznane vse implikacije propagande za legalizacijo marihuane. Neposredna tobačna propaganda v vseh svojih pojavnih oblikah se je v 80. letih izpela in zdaj že vzbuja hud odpor; ne more se nadaljevati v istih, lahko prepoznavnih oblikah, zato so našli *primeren nadomestek*.

Trdim, da če bi pravilno razumeli odgovornost tobačne industrije, vzroke in posledice tobačne epidemije, ki je že dolgo na 1. mesto preprečljivih vzrokov obolevnosti in umrljivosti, debat o legalizaciji tako

dvomljivih izdelkov v tej obliki ne bi imeli. Ob upoštevanju osnovnih varnostnih načel, ki samoumevno veljajo za vsa področja življenja, bi bilo to nemogoče. Obstaja zelo majhna možnost, da je glavni namen te propagande res legalizacija in kasneje dvig števila uporabnikov iz reda velikosti 5 odstotkov na recimo 20 ali 25 odstotkov, ker je to vendarle skoraj nemogoče. Strahotna zdravstvena in socialna škoda, ki bi jo kaj takega prineslo, bi zahtevala natančno kazensko odgovornost sodelujočih. Glede na znanje o aktivnostih tobačne industrije od leta 1953 dalje se prodajalci tako škodljivih izdelkov svoji odgovornosti tokrat ne bi mogli izogniti. Prej osebno vidim glavni namen celotne kampanje v zavlačevanju in ohranjanju *statusa quo* zdaj globalno že močno načeti tobačni industriji, ki so ji že zdavnaj potekli vsi roki trajanja; nobeni novi dokazi niso več potrebni, ampak le še odločni ukrepi (29, 30).

Ali ni po letu 2012, ko je a) izšla prelomna knjiga *Golden holocaust* stanfordskega profesorja R. N. Proctorja (18), ko je b) direktorica SZO Margaret Chan v 2013 na svetovni konferenci »Konec tobaka« (Tobacco endgame) jasno spregovorila o globalnem ukinjanju tobaka (31), ko so c) v Združenju britanskih zdravnikov v letu 2014 sklenili zaustaviti prodajo tobačnih izdelkov generacijam, rojenim po letu 2000 (podobno načrtujejo številne, tudi evropske države) (32), tobačna industrija začela s svojo morda zadnjo strategijo za ohranitev poslovanja? Ali je pravzaprav to le predvidljiva reakcija tobačne industrije v krčevitem boju za obstanek, v smislu »napad je najboljša obramba«, da se debata preusmeri s končanja prodaje tobaka na začetek legalne prodaje marihuane? Pravilnost argumentov ne pomeni veliko, če se neka laž stalno ponavlja v medijih. Iluzija o bližnjicah do sreče in zdravja ter iskanje svobode v izbiranju zasvojenosti najde sledilce. Odvisno je od vsakega od nas, ali bomo o teh javno-zdravstvenih katastrofah pretežno

molčali, kot da nas ne zadevajo, in jih s tem tudi dopuščali, ali pa smo z delovanjem za zdravje vredni odgovornosti, ki jo nosimo v družbi.

Literatura:

- Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press; 1992.
- NCD Alliance Statement on Political Declaration. World leaders make strong commitment to addressing the global non-communicable disease crisis. S strani: http://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/NCD-Alliance-statement-on-Political-Declaration-11-Sept.pdf
- Clark J. Medicalization of global health 3: the medicalization of the non-communicable diseases agenda. *Global Health Action* 2014; 7: 10.3402.
- Wikipedia: Global Marijuana March. Dostopano 05.02.2015 na strani: http://en.wikipedia.org/wiki/Global_Marijuana_March
- Paljevčec A. *Ni mamilo, je zdravilo!* Intervju J. Bitenc. 2013. Revija Misteriji. Dostopano na strani:
- Carroll R.T. The sceptic's dictionary. Dostopano 05.02.2015 na strani: <http://skepdic.com/ricksimpson.html>
- Gorski D. Science based medicine. Dostopano 15.02.2015 na strani: <http://www.sciencebasedmedicine.org/medical-marijuana-as-the-new-herbalism-part-2-cannabis-does-not-cure-cancer/>
- H. K. Glas ljudstva za konopljo. Nedelo 15.12.2013.
- Johnston L.D., O'Malley P.M., Miech R.A., Bachman J.G., & Schulenberg J. E. (2015). *Monitoring the Future national survey results on drug use: 1975-2014: Overview, key findings on adolescent drug use*. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan; Dostopano 15.02.2015 na strani: <http://www.drugabuse.gov/monitoring-future-survey-overview-findings-2013>
- Nolimal D. 3. slovenska konferenca o odvisnostih. ISIS, avgust 2011: 62–66.
- Meško B.K. Marihuana tukaj in zdaj! Za-misli. Dostopano 15.02.2015 na strani <http://za-misli.si/kolumne/bogdan-kristofer-mesko/1456-konoplja-tukaj-in-zdaj>
- Lovrečič M., Lovrečič B. Javno-zdravstveni vidiki kanabisa (marihuane) med tveganjem za zdravje in možnostjo uporabe v medicini. ISIS, april 2014: 32–34.
- Rott T. Alkohol in marihuana. ISIS, februar 2014: 30–31.
- Senčar E. Zdravila iz konoplje bodo najprej uporabili za zdravljenje epilepsije. Nedelo 11.01.2015.
- NIJZ: Uporaba konoplje v medicini. Junij 2014. Dostopano 15.02.2015 na strani: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=0&pi=7&_7_id=2553&_7_PageIndex=0&_7_groupId=228&_7_newsCategory=&_7_action=ShowNewsFull&pl=0-7.0
- CMA's Medical marijuana Policy statement. 01.04.2014. Dostopano 15. 02. 2015 s strani <https://www.cma.ca/En/Pages/medical-marijuana.aspx>
- Belovič M. Dr. Nolimal: Da je konoplja za medicinske namene prepovedana, so krivi politiki in birokrati. Delo 08.09.2014
- Proctor R.N. Golden holocaust: Origins of the Cigarette Catastrophe and the case for Abolition. Berkeley: University of California Press, 2011.
- Carter BD, Abnet CC, Feskanich D, et al. Smoking and mortality – beyond established causes. *N Engl J Med* 2015; 372: 631–640.
- NIH, National Institute for Drug Abuse: Drugfacts Is Marijuana Medicine? December 2014. Dostopano 15. 02. 2015 na strani: <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana-medicine>
- Kennedy PJ., Samet KA. Marijuana debate isn't just legalization vs. incarceration. *Denver Post*. 01.12. 2013.
- Sabet KA. Marijuana is now big business. *New York Times*. 10. 11. 2014.
- Sabet KA. Think big tobacco was bad? Wait till you get a whiff of Big Marijuana. Dostopano 15.02. 2015 s strani: <http://savannahnow.com/column/2014-10-04/kevin-sabet-think-big-tobacco-was-bad-wait-till-you-get-whiff-big-marijuana>
- NIH, National Institute for Drug Abuse: Drugfacts Marijuana. Januar 2014. Dostopano 15.02. 2015 na strani: <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana>
- Britton J. Tobacco: the epidemic we could all avoid. *Thorax*. 1997; 52: 1021–1022.
- Rusche S. Marijuana Legalization Proponents Deny Health Harms Just Like the Tobacco Industry Did. *Huffington post*. 18.03.2013
- Barry R.A., Hiilamo H. and Glantz S.A. (2014). Waiting for the Opportune Moment: The Tobacco Industry and Marijuana Legalization. *Milbank Quarterly*, 92: 207–242.
- Kandel E.R., Kandel D.B. A molecular basis for nicotine as a gateway drug. *N Engl J Med* 2014; 371: 932–943.
- Lehman R. Richard Lehman's Journal Review -16. february 2015. *BMJ*. Dostopano 17.02.2015 na strani: <http://blogs.bmj.com/bmj/2015/02/16/richard-lehmans-journal-review-16-february-2015/>
- Colditz G.A. Smoke Alarm – Tobacco Control Remains Paramount. 12. Februar 2015. *N Engl J Med* 372: 7, 665–666.
- Chan M. Keynote address at the International Conference on Public Health Priorities in the 21st Century: the Endgame for Tobacco. New Delhi, India, 11 September 2013. Dostopano 15.02.2015 na http://www.who.int/dg/speeches/2013/tobacco_endgame_20130911/en/
- Šolmajer L. Britansko združenje zdravnikov sklenilo končati tobačno epidemijo. ISIS, november 2014: 18–19.

Pride zahrbtno, nenapovedano in ni le pozabljanje

O demenci pred konferenco Alzheimer Europe v Ljubljani

Neva Železnik, univ. dipl. nov., Spominčica
neva.zeleznik@siol.net

»Govorila sem devet jezikov in bila dobro plačana simultana prevajalka. Danes govorim le še nemško in angleško, materin in očetov jezik, ter živim od socialne podpore,« je o svoji demenci spregovorila 63-letna Helga Rohra iz Münchna, naša

prva sogovornica, sicer pa že drugi mandat predsednica 11-članske Evropske delovne skupine bolnikov z demenco, ki je del Alzheimer Europe. Član te skupine je tudi 58-letni slovenski bolnik.

Njeno pričevanje je dragoceno predvsem zato, da strokovna in laična javnost slišita, kaj čutijo bolniki, kako razmišljajo in kakšno je življenje, ki ga prinese postopno izgubljanje spomina in še številnih drugih znanj in funkcij (računanja, orientacije, logičnega razmišljanja, vonja, okusa itn.), za katera so odgovorni možgani.

O tem, kako je živeti s svojcem z demenco ter kako naj bi bilo to področje urejeno, sta za revijo Isis spregovorila še: Štefka L. Zlobec, univ. dipl. ekon., predsednica Slovenskega združenja za pomoč pri demenci Spominčica - Alzheimer Slovenija in pobudnica Alzheimer Caffeejev, ki jih imajo redno ali občasno že mnogi slovenski kraji, ter izr. prof. dr. Peter Pregelj, dr. med., spec. psih. ter predstojnik Katedre za psihiatrijo pri Medicinski fakulteti v Ljubljani.

Demenco imam, pa kaj!

Naša prva sogovornica ima kot oseba z demenco zagotovo edina v Evropi tudi svojo spletno stran (<http://www.helgarohra.de/impressum>). Kadar utegne in ima kaj povedati v okviru svoje spletne strani, piše tudi blog. »Pri vnašanju podatkov mi

Prvi znaki demence:

1. postopna izguba spomina,
2. težave pri govoru,
3. osebnostne in vedenjske spremembe,
4. nezmožnost presoje in organizacije,
5. težave pri vsakodnevnih opravilih,
6. iskanje, izgubljanje in prestavljanje stvari,
7. težave s krajevno in časovno orientacijo,
8. neskončno ponavljanje istih vprašanj,
9. spremembe čustvovanja in vedenja ter
10. zapiranje vase in izogibanje družbi.

Če okolica prepozna prve znake demence, pride bolnik hitreje do zgodnje diagnoze. Svoji bolnika s simptomi demence najprej pripeljejo k družinskemu zdravniku, ki preveri, ali gre za demenco ali drugo bolezen. V kolikor zdravnik prepozna znake demence, napoti bolnika k specialistu, najprej psihiatru ali nevrologu glede na morebitni vzrok demence, nato pa glede na ugotovljeni vzrok k drugim specialistom.

pomagajo sin, pa tudi nekateri prijatelji. Jaz namreč z računalnikom ne znam več delati.« Prenosni telefon ji prav tako dela hude težave. Tudi pri računanju se ji zapleta. Ne zna več odšteti, deliti in množiti, seštevati pa še zna.

Odkar ima demenco, tudi avta ne vozi več. Takole pove, zakaj: »Ko sem sedla v avto, sem nenadoma z grozo opazila, da ne vem več, za kaj se uporablja sklopka, kaj pomenijo prometni znaki in kaj vse tipke v jeklenem konjičku. Od takrat nisem več sedla za volan.« Ve, da mnoge osebe z demenco še vozijo avto. Svojcem predlaga, da jim skrijejo ključke ali pa rečejo, da so jim avto ukradli in ga parkirajo v sosednji ulici.



Helga Rohra: »Mislim, da sem edina bolnica z demenco v Evropi, ki ima svojo spletno stran (<http://www.helgarohra.de/impressum>), pišem tudi blog. Pri vnašanju podatkov mi pomagajo sin, pa tudi nekateri prijatelji. Jaz namreč z računalnikom ne znam več delati.«

Kaj je mogoče storiti za zmanjšanje tveganja za demenco?

- Najboljša naravna preventiva zoper demenco je vseživljenjsko učenje (npr. reševanje križank, sudokujev, druženje, obiskovanje univerze za tretje življenjsko obdobje itd.) in intelektualno delo ob zdravem načinu življenja z zdravo prehrano in telesno aktivnostjo.
- Prepoznavanje in zdravljenje depresije utegne zmanjšati tveganje za demenco. Depresija je lahko prvi pokazatelj Alzheimerjeve bolezni, ki se utegne pojaviti nekaj let pred drugimi znaki demence. Mogoče pa je tudi, da nezdravljena depresija povzroči možganske spremembe, ki povečajo verjetnost za nastanek demence.
- Zmanjševanje dejavnikov tveganja za možgansko-žilno bolezen (visok krvni tlak, povišan krvni sladkor in holesterol, nezdravljena atrijska fibrilacija).
- Pomemben je zadosten vnos tekočine, saj dehidracija tudi okrne spoznavne sposobnosti.
- Zloraba alkohola in drugih psihoaktivnih snovi utegne privedi do demence.

Rojena je aprila leta 1953 v romunskem mestu Sibiu nemški materi in angleškemu očetu. V Nemčiji se je preselila leta 1972. Iz centra za tujce v Zirndorferu se je kmalu za stalno naselila v Münchnu, študirala jezike in začela po diplomi delati kot svobodna prevajalka iz devetih jezikov. Specializirala se je za medicinske strokovne članke. Potem se je poročila in rodila sina Jensa, ki so mu kmalu diagnosti-

cirali Aspergerjev sindrom, obliko avtizma. Mož in oče ju je kmalu zapustil. Težko je sprejela ločitev, vendar je življenje teklo naprej. Postala je uspešna, dobro je zaslužila in brez težav je sama skrbela za sina in dve mački. »Veliko sem delala tudi dobrodelno. Pomagala sem beguncem, še posebej mladim, ki so v Nemčiji iskali azil, in mladim invalidom.«

Kar naenkrat pa se je njen svet čez noč spremenil. Pravzaprav se je spremenila ona. Stalno je bila utrujena, pozabljala je, kam je kaj dala, ni našla pravih besed za to ali ono stvar, slabo je spala, imela je halucinacije in blodnje. Ko nekega dne ni več mogla pisati na svoj prenosni računalnik, je mislila, da je pokvarjena tipkovnica. Pa ji je sin rekel, da je z računalnikom vse OK.

Preden je Helga zbolela, je poleg angleščine in nemščine tekoče govorila še francosko, italijansko, romunsko, madžarsko, dansko, švedsko in latinsko. Nato je začela pozabljati tuje jezike, s katerimi si je služila za vsakdanji kruh.

»Sprva me zdravniki, ki sem jih takoj, ko so se začele prve težave, obiskala, niso jemali resno. Rekli so mi, naj več počivam in naj se ne vznemirjam za vsako malenkost.« Ko jo je začela boleti še glava, je mislila, da ima možganski tumor.

Šele aprila leta 2008 so ji nevrologi postavili diagnozo: demenca z Lewyjevim telesci. »Znaki te bolezni so: slabši spomin, zmedenost, simptomi Parkinsonove bolezni, nihajoč potek bolezni, halucinacije itn.,« pojasni.

Helga Rohra je zbolela pri štiriinpetdesetih. Ob diagnozi je zdravnika takoj vprašala, kaj naj stori. Rekel ji je, da človeka lahko ta bolezen pokoplje, če se ji ne zoperstavi.

»Pri vsaki demenci gre v bistvu za propadanje možganov.« Ni si mislila, da ima demenco, saj o njej do takrat ni nič vedela. Ko so ji povedali, kaj ji je ter kako bo bolezen z leti napredovala, in da ni zdravil, je nekaj dni samo jokala.

Pravi, da se njena demenca kaže tudi tako, da pogosto ne najde prave

besede za pravo misel ali stvar. Hude težave ima tudi z redom doma, sploh pa s hojo zunaj doma. »Zunaj se zgubljam. Če pa hočem doma kaj najti, si moram zapisati na vse predale in v omare, kje imam kaj. Brez tega bi vse stvari kar naprej iskala.«

Strašno se boji tudi vode, čeprav je včasih ljubila plavanje in jadranje po morju in jezerih. Boji se tudi kopanja v banji in se zato le še prha. Strah jo je tudi dvigal, tekočih stopnic in teme. Doma ima zato vedno vse luči prižgane, zunaj doma pa vedno pešači po stopnicah.

Po začetni res hudi krizi, po izgubi službe, po spoznanju, da ji nihče ne bo pomagal, če si ne bo sama, se je vzela v roke. Veliko je delala na sebi, telovadila, meditirala, se zdravo prehranjevala, se skušala spraviti v dobro razpoloženje s pomočjo glasbene terapije ... Tako danes lahko vsakogar brez sramu pogleda v oči in mu reče: »Demenco imam, pa kaj! Ponosna sem nase, da še zmorem.«

Preživlja se pa čedalje težje. Prvih pet let po diagnozi je živela od kupni-



Štefka Zlobec: »Vsa strokovna slovenska javnost, ki se ukvarja z demenco, ima priložnost, da se udeleži jubilejne 25. konference Alzheimer Europe, ki bo v Cankarjevem domu v Ljubljani od 2. do 4. septembra. Konference se bodo udeležili strokovnjaki, raziskovalci, farmacevti, politiki, svoji in tudi bolniki!«



Peter Pregelj: »Glede na naraščanje števila ljudi z demenco v Sloveniji bo za lajšanje stisk, ki jih ta sindrom prinaša njim samim in njihovim svojcem, potrebno krepiti službe, ki bodo nudile zgodnje odkrivanje, ustrezno zdravljenje in pomoč pri lajšanju vsakodnevnih težav, povezanih z bivanjem.«

ne za svoje stanovanje in s prihranki. Ko je ostala s prazno denarnico, je prosila za pomoč.

Sedaj prejema 393 evrov socialne pomoči mesečno.

»V bogati Nemčiji se osebe z demenco ne moremo invalidsko upokojiti. Povsod po Evropi se pa lahko,« je ogorčena. Pravzaprav bi ji dodali še 125 evrov k socialni pomoči, če bi imela, denimo, še hud revmatizem, sladkorno bolezen itn. Pa je kar zdrava.

»Če bi v prometni nesreči izgubila nogo, bi me pa takoj invalidsko upokojili. Ker mi propadajo »le« možganske celice, moram pa na svojo pokojnino čakati do 65. leta. Kot vse zdrave osebe. Torej še dve leti.« Potem upa, da bo lažje živela.

Da bi Nemci in Evropejci spoznali različne obraze demence, rada daje

izjave za medije in je tudi v upravnem odboru Deutsche Alzheimer Gesellschaft (nemškega društva za Alzheimer).

Svetovno znana pa je postala, ko je kot častna govornica leta 2014 spregovorila na srečanju G7 v Londonu. Tam so namreč politični predstavniki Velike Britanije, Francije, Italije, Japonske, Kanade, Nemčije in ZDA razpravljali o demenci. Tudi zaradi nje je svetovna javnost sprejela dejstvo, da je demenca globalni problem sodobnega sveta, da je treba vse sile usmeriti v iskanje ustreznega zdravljenja in pomoč svojcem ter bolnikom.

»Želim si, da demenca ne bi bila več stigmatizirana bolezen. Rada bi tudi dočkala dan, da nihče v državi ne bi odločal o nas brez nas, ki smo zboleli.«

Nič o nas brez nas je sedaj tudi ena glavnih parol (poleg avtonomije in samostojnosti) Evropske delovne skupine oseb z demenco pri Alzheimer Europe.

Od osebne izkušnje do Alzheimer Slovenije

»Ko smo se leta 1999 vrnili iz Bruslja, kjer je bil moj mož Jaša, veleposlanik, politik, sicer pa pesnik, publicist in prevajalec, leta 2000 že tretjič izvoljen v parlament, je bil, kot vedno, nasmehjan, dobre volje, zgovoren, delaven, odprt in duhovit.

Potem pa sem opazila, da se v parlamentu ne oglašja več, kar zanj ni bilo značilno. Ko je pa spregovoril, je imel težave pri govoru, saj pogosto ni dokončal stavka, ki ga je začel. Tudi smejal se je čedalje manj,« je začela Štefka L. Zlobec, ki si močno prizadeva, da bi Slovenija čim prej sprejela nacionalni plan za demenco, ki ga ima že 20 evropskih držav. Zaslužna je tudi zato, da je Slovenija postala gostiteljica 25. konference Alzheimer Europe, ki bo od 2. do 4. septembra v slovenski prestolnici. Hkrati je tudi članica upravnega odbora Alzheimer Europe.

Julija 2012 je k nam pripeljala tudi Alzheimer Caffeeje, ki so nefor-



Napoved 25. konference Alzheimer Europe v Ljubljani je bila objavljena na zadnji strani angleške in vseevropske revije Alzheimer Europe ter glasila Spominčica.

malna oblika združenja, namenjena predvsem svojcem, da ob kavi, čaju ali soku v javnem lokalu, knjižnici ali domu starejših na glas spregovorijo o težavah, ki jih ta bolezen prinese, si izmenjujejo izkušnje in se med seboj pogovarjajo. Na ta srečanja Spominčica vedno povabi strokovnjake s področja demence, ki odgovarjajo na vprašanja.

»Svojci v začetku najbolj potrebujejo informacije o bolezni, o njenem poteku, težavah in oblikah pomoči, ki jo potrebujejo!«

Alzheimer Caffeeji so se hitro razširili po Sloveniji. »Enega smo imeli že 21. septembra leta 2012, prav na svetovni dan Alzheimerjeve bolezni, na Zdravniški zbornici v Ljubljani. Gosta sta bila dr. Gorazd Stokin in dr. Aleš Kogoj ter jaz kot predstavnica Spominčice.«

Ker demenca sprva pogosto ne povzroča izrazitih težav, jo mnogi svojci, pa tudi vsi ostali v družbi, prezrejo, ker ne prepoznajo prvih znakov bolezni. »Prav zaradi tega smo pri Spominčici lani izdali poster z desetimi prvimi znaki bolezni, natisnili smo jih tudi na zadnji strani revije Spominčica, ki je samostojna priloga Naše žene. Na ta način pripomoremo k večji ozaveščenosti in poznavanju demence v javnosti.«

Zanimivo je, da tudi v parlamentu, kjer je bil njen mož do leta 2004 poslanec, nihče ni pomislil, da je Jaša bolan, čeprav je postal manj dejaven, pa tudi vedenjsko se je postopoma spreminjal. Njegovi kolegi so opazili le, da se ne oglašava več. »Mislili so, da ga poslansko delo ne zanima več, da je zato tako molčeč!«

Štefka Zlobec meni, da se je Jaša tedaj zavedal, da se z njim dogaja nekaj hudega, in je zaradi tega trpel. »Ti bolniki ves čas boleznijo čutijo, da niso več to, kar so bili. Še vedno pa so ljudje, polni čustev in je treba zato z njimi ravnati prijazno, s potrpljenjem, z ljubeznijo in predvsem dostojanstveno.«

Naša sogovornica še poudari, kar je tudi priporočilo Alzheimer Europe, da bi morali demenco poznati v vseh službah, kjer prihajajo uslužbenci v stik s starejšimi. »To so predvsem vsi, ki delajo v bolnišnicah in zdravstvenih domovih, policisti, bančni uslužbenci, trgovci, gasilci itn.,« nadaljuje. Zaradi tega Spominčica organizira izobraževalne tečaje za svojce, pa tudi za javne delavce.

»Spominčica se trudi, da bi v Slovenijo vpeljala tudi evropski projekt *Demenci prijazno okolje*, ki ga prav tako priporoča Alzheimer Europe. To pa pomeni, da naj bi si družba prizadevala, da ostanejo bolniki čim dlje doma, kar je najbolj humano in za

družbo najceneje, a seveda ob podpori številnih socialnih služb svojcem, ki sami ne zmorejo tega bremena.«

Sogovornica nam še pove, da je diagnozo njenemu možu postavil leta 2005, pet let po prvih znakih bolezni, šele dr. Aleš Kogoj, dr. med., vodja enote za gerontopsihiatrijo Psihiatrične klinike v Ljubljani. Dr. Kogoj je bil tudi ustanovitelj Spominčice pred skoraj 20 leti, lani pa se je tragično ponesrečil v gorah. »Ves čas sem upala, da ima Jaša kakšno takšno bolezen, ki je ozdravljiva. Če bi imel raka, bi se skupaj spopadla z njim in ga morda premagala. Pri njegovi demenci pa sva bila oba brez moči.«

Ker je na lastni koži občutila posledice demence, je že leta 2010 ob moževi bolezni skupaj s psihiatrom dr. Alešem Kogojem in nevrologom dr. Gorazdom Stokinom dala pobudo za pripravo nacionalnega plana za demenco. Ta pobuda je takoj dobila podporo v parlamentu in tedanji minister Dorjan Marušič je podal sklep, da se ustanovi *Delovna skupina za nacionalni plan za demenco* pri Ministrstvu za zdravje.

»Nacionalni plan za demenco je nujen, če hočemo, da se bo za bolnike in njihove mnogokrat zelo izčrpane svojce v naši državi kaj spremenilo, da bo končno celotno področje te bolezni urejeno. Ne pozabimo, da je v Sloveniji že več kot 32 tisoč bolnikov, za katere skrbi trikrat večje število ljudi, in da jih bo čez dvajset let že več kot 65 tisoč.«

Štefka Zlobec je leta 2012 dala tudi pobudo, da se Spominčica včlani v Alzheimer Europe, ki ima 31 držav članic. Kasneje, že pod njenim vodstvom, je Spominčica leta 2013 postala še članica: MAA – Mediteranskega združenja za Alzheimer, ki vključuje 20 držav; leta 2014 pa je postala še del ADI – Mednarodne Alzheimer organizacije, ki vključuje 84 držav. »To so tri velike in pomembne organizacije, ki spodbujajo vse članice, da naredijo čim več za bolnike in za svojce.«

Ne pozabi omeniti *Glasgowske deklaracije*, ki je bila sprejeta leta 2014

na 24. kongresu Alzheimer Europe na Škotskem in poziva k pripravi enotnega evropskega plana za demenco in k pripravi nacionalnih planov za vse tiste države, ki jih še nimajo.

»Ta deklaracija predvsem poziva k varovanju človekovih pravic oseb z demenco. Te pravice so naslednje: do pravočasne diagnoze; do kakovostne obravnave po postavitvi diagnoze; do individualne in koordinirane ter kakovostne obravnave ves čas bolezni; do enakopravnega dostopa do zdravljenja in terapevtskih ukrepov; do spoštovanja v skupnosti.« Organizacija Alzheimer Europe vse poziva, da predloge v deklaraciji podprete s svojim podpisom.

»Deklaracijo najdete na spletni strani Spominčice. Prav tako se lahko do konca avgusta prijavite na konferenco Alzheimer Europe, ki bo od 2. do 4. septembra v Cankarjevem domu v Ljubljani.

Pomembna je pravočasna diagnoza

»Življenjska doba se podaljšuje, kar je vsekakor spodbudno in kaže tudi na izboljševanje zdravstvenega sistema. Manj razveseljivo pa je dejstvo, da se tveganje za demenco s starostjo strmo povečuje, čeprav lahko zbolijo tudi mlajši. Starost je namreč največji dejavnik tveganja za razvoj nekaterih vzrokov demence, čeprav večina starostnikov nima demence,« je začel dr. Pregelj.

Ocenjujejo, da v starostni skupini od 65 do 69 let verjetnost, da bo oseba zbolela za demenco, znaša 1,8 odstotka; v starosti od 75 do 79 let je približno 7-odstotna; v starosti od 85 do 89 let pa se tveganje poveča na okoli 21 odstotkov. Tako je pred 65. letom starosti demenca redka, a je možna. Kljub manjši verjetnosti pojavljanja pa utegne demenca pri mlajših bolnikih hitro napredovati. Vse pa je seveda odvisno od vzroka, ki demenco povzroča.

Zato je svetoval, naj bodo družinski zdravniki, ki najbolj poznajo bolnike, tudi pri mlajših pacientih



Ena od naslovnih Spominčice, ki izhaja v 20 tisoč izvodih in se prilaga tudi Naši ženi. Na naslovnici je bolnik z Alzheimerjevo demenco z ženo.

pozorni na morebitne prve znake demence. Se pa naš sogovornik zaveda, da bolniki navadno ne pridejo v ordinacijo in ne povedo, da imajo demenco. Nasprotno: to bolezen pogosto prikrivajo in celo tajijo.

»Demenca, ki je pogosto kronična nevrodegenerativna, napredujoča in neozdravljiva bolezen možganov, je še vedno stigmatizirana in premalo poznana.«

Zato se mu zdi prav, da se Spominčica načrtno loteva ozaveščanja javnosti, še posebno politične, saj so prizadevanja stroke na tem področju pogosto preslišana, včasih tudi v škodo pacientov.

»Vesel sem tudi, da je nacionalni plan za demenco, ki bo urejal vse od zgodnje diagnostike, zdravljenja, do mreže pomoči za dom, pa tudi morebitno paliativno oskrbo, v sklepnih fazah. Upam, da ga ne bo doletela podobna usoda kot nacionalni plan o duševnem zdravju, ki je bil pripravljen pred več kot letom, pa še zdaj ni izpeljan v praksi.«

Omeni, da tudi ta dokument vključuje posebno poglavje, namenjeno duševnemu zdravju v starosti.

Poudari, da je prvi korak pri sodobni obravnavi demence pravočasno postavljena diagnoza, kar pa je omejeno tudi s čakalnimi dobami v specializiranih ambulantah za zdravljenje motenj spomina. »Pri nekaterih vzrokih demence je s tem lahko izgubljen primeren čas zdravljenja ali pa se možnosti zdravljenja, zlasti reverzibilnih vzrokov demence, zmanjšajo. Tudi v primeru zaviranja napredovanja Alzheimerjeve bolezni in z njo povezane demence je smiselno demenco zavreti v čim bolj zgodnji fazi, ko je funkcioniranje posameznika bolj ohranjeno,« nadaljuje.

»Znano je namreč, da kognitivni modulatorji (zaviralci holinesteraz in zdravilo, ki deluje na NMDA-receptorje) začasno zavrejo napredovanje Alzheimerjeve bolezni, ne odpravijo pa vzroka. Druga zdravila po večini niso indicirana za zdravljenje pridruženih težav demence in se po večini uporabljajo zunaj uradnih indikacij,

kadar so predpisana zlasti za blaženje vedenjskih motenj pri demenci.«

Pravočasno postavljena diagnoza je pravica bolnikov, ne le zaradi morebitno ozdravljivih vzrokov demence, temveč tudi zato, da imajo bolniki v primeru napredujoče demence še možnost in priložnost izraziti svojo željo glede zdravljenja, pravnih in finančnih zadev ter oskrbe v morebitnem napredovalnem stadiju bolezni.

»Pri prepoznavanju demence obstajata dve pomembni stopnji. Prva je ugotovitev, ali se pri posamezniku demenca dejansko pojavlja ali gre morda za katerega od podobnih sindromov ali stanj. Znano je namreč, da se motnje spoznavnih sposobnosti, vključno z motnjami spomina, pojavljajo tudi na primer pri depresiji, deliriju, amnestičnem sindromu, pa tudi simuliranju ali napredovanju le-tega v psevdodemenco.«

Poudari, da utegne biti zlasti ločevanje demence od depresije v zgodnjem stadiju demence težavno, saj se klinično oba sindroma kažeta zelo podobno ali pa se celo sočasno pojavljati pri isti osebi. Zdravljenje navedenih sindromov pa se močno razlikuje.

»Po ugotovitvi sindroma demence se začne iskanje vzroka, ki je privedel do demence, glede na to, da je znanih več kot 200 bolezni, ki posredno ali neposredno prizadenejo delovanje osrednjega živčevja do te mere, da se razvije demenca. Nekateri od teh vzrokov so reverzibilni in jih je mogoče s pravočasnim in ustreznim zdravljenjem odpraviti ter s tem odpraviti demenco. Tako je v primerih, ko gre na primer za motnje v delovanju ščitnice, pomanjkanje folne kisline ali vitamina B12. Pri drugih vzrokih pa je mogoče s pravočasno preventivo preprečiti, da bi dejavniki tveganja privedli do razvoja demence. Na primer pri demenci zaradi možgansko-žilne bolezni.«

Pojasni, da približno polovico demenc povzroči Alzheimerjeva bolezen, sledijo ji drugi vzroki, kot so demenca zaradi možgansko-žilne bolezni, demenca z Lewyjevi telesci, pa tudi različne mešane oblike demence.

»V zgodnji fazi se demenca kaže kot blag kognitivni upad, različne demence pa lahko napredujejo počasi, na primer Alzheimerjeva demenca, ali hitro, na primer Creutzfeldt-Jakobova bolezen ali paraneoplastični limbični encefalitis.«

Da bi pomagali svojim kolegom, so psihiatri že leta 2002 izdali *smernice za obravnavo nemira pri bolnikih z demenco*. »Lani, morda nekoliko pozno, pa je Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo sprejel *Smernice za obravnavo pacientov z demenco* ter jih je Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu objavilo v reviji *ViceVersa*.«

Avtorji teh praktičnih in kratko ter jasno napisanih smernic so: Jože Darovec, Aleš Kogoj, Blanka Kores Plesničar, Mojca Muršec, Marko Pišljarič, Peter Pregelj in Gorazd B. Stokin. Smernice so avtorji prispevkov oblikovali kot pomoč pri obravnavi bolnikov z demenco. »Stališča, ki smo jih v tem besedilu zapisali, niso vselej obvezujoča. Pri kliničnem delu se zdravniki seveda zavedajo individualnih razlik, ki so pri starejših bolnikih še posebej izrazite. Pa vendar: pri oblikovanju teh smernic smo sledili zgledu nekaterih držav, upoštevali smo razpoložljivo literaturo kot tudi klinično prakso slovenskih psihiatrov in nevrologov.«

Na koncu še poudari, da ima družinski zdravnik, ki bdi nad istimi ljudmi leta in leta, prav pri prepoznavanju prvih znakov demence zelo pomembno vlogo.

»Običajno prav on prvi opazi, da gre za kognitivni upad in se o tem pomeni tudi s svojci, če jih bolnik ima. Po navadi družinski zdravnik opravi začetno oceno kognitivnega upada, bolnika temeljito pregleda, da lahko izključi druga obolenja (denimo depresijo, delirij), ter naredi kratek preizkus spoznavnih sposobnosti in test risanja ure. Če je sum na demenco utemeljen, izda bolniku napotnico za specialistični pregled, ki mu doda svoj izvid.« Šele specialist poda dokončno diagnozo in predpiše ustrezno zdravljenje.

Na obisku pri združenju ruralnih kirurgov Indije

Mednarodna humanitarna misija v Indiji, Rairangpur, 9.–16. 11. 2014

Asist. mag. Jurij Gorjanc, dr. med.

Lanskega novembra smo se v osrčju Indije v okviru mednarodne kirurške odprave prvič srečali Nemeec, ki dela v Angliji, Indijec, ki dela na Škotskem, Kitajka, ki dela v Singapuru, Slovenec, ki dela v Avstriji, in Avstralec, ki dela kar doma. Vsi z istim namenom – v okviru organizacije Hernia International (<http://herniainternational.org.uk>) pomagati potrebnim Indijkam in Indijcem, ki si ne morejo privoščiti kirurške oskrbe kil. Tik pred tem bi morali oditi na že dogovorjeno in predvsem utečeno misijo v Gano, kot predlani, a nam jo je zagodla zgodba z ebolo in delno so nam propadle celo letalske karte. K sreči pa niso padle v vodo večmesečne priprave, ki smo jih v nekaj tednih preusmerili v Indijo.

Ob naraščanju prebivalstva se sploh v tretjem svetu, ki je znan po velikem prepadu med bogatimi in revnimi, pojavijo veliki zdravstveni, tudi kirurški problemi. Indijci jih kljub milijardni populaciji za silo rešujejo. Že leta 1992 so se domislili, kot še nihče drug doslej, ter ustanovili Združenje ruralnih kirurgov Indije (<http://www.arsi-india.org>). Smrtnost na podeželju je zaradi operiranja kil, kirurške oskrbe pogostih predrtij (perforacij) tifusnih razjed črevesa in porasta carskih rezov le pričela počasi upadati.

Naša prisotnost je imela dva namena: v rudarskem mestu Rairangpur, blizu Bengalskega mesta Kalkuta (5 ur vožnje s terenskim vozilom) kirurško oskrbeti čim več bolnic in bolnikov s kilami ter ob asistencah indijskih specializantov kirurgije slednje naučiti sodobnih metod operiranja.



Med operacijo.



Kirurška ekipa.



Ambulanta za primere posilstev.

Začeli smo s ponedeljkom zgodaj zjutraj in prvega dne, vsaj takšen je bil vtis, po skrbni pripravi vrstnega reda bolnikov s strani lokalnih kirurgov, operirali zgolj sorodnike in znanca lokalnih veljakov in medicinskega osebja. Marsikje bi to označili za korupcijo, v svetu humanitarnih misij pa smo se člani odprave zgolj namuznili in nadaljevali z delom. Dosegli smo vsaj to, da smo prva dva dneva operirali otroke in ženske, če že v sorodstveni in predvsem v kastni sistem, ki hromi in obenem poganja Indijo naprej še danes, nismo imeli vpogleda, kaj šele, da bi vanj posegli in poskusili bolnike med seboj tovrstno izenačiti. Še bolj smo se zgrozili, ko smo videli, da je v stavbi, kjer smo ambulantno pregledovali bolnike, ena od ambulant namenjena izključno ženskam po posilstvu. Njihovo število žal ni majhno – še ena izkrivljenost kastne ureditve države, kjer so ženske nižjih kast tovrstno bolj ogrožene.

V bližnji hotel s tremi zvezdicami, v Ljubljani bi mu dali zgolj eno, smo se vračali po osmi uri zvečer. A dobra indijska hrana (še posebej masala dosa in podobne umetnine) so odteh-

tale pomanjkanje udobja, ki ga pravzaprav niti nismo potrebovali ali pogrešali.

Naslednji dnevi so minili podobno, vsak dan smo na treh operacijskih mizah ob brlečih svetilkah, a k sreči dobrih čelnih reflektorjih, ki smo jih prinesli s sabo, oskrbeli med 15 in 20 bolnikov, z navadno velikimi kilami. Vsak bolnik je bil predoperativno testiran za hepatitis C in HIV. Prevalenca HIV je v Indiji relativno nizka – 0,3 odstotka (približno 3-krat višja od slovenske), vendar za Indijo to kljub vsemu pomeni preko 2 milijona okuženih bolnikov.

Presenečen sem bil, da na indijskem podeželju vlada kar velika revščina, ponekod večja kot v Afriki. Sedaj bolj razumem okoliščine, ki so gnale blaženo mater Terezo, da je ravno v bližnjem mestu Kalkuta zasnovala svoje življenjsko delo.

Za kirurga ni boljše informacije, kot je po prihodu domov od lokalnega indijskega sobnega zdravnika po telefonu slišati, da je tudi z bolniki, operiranimi zadnji dan, vse v najlepšem redu. To da dodatno korajžo za še kak podoben projekt.

Zdravstveni svet potrdil Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti

Zdravstveni resor je zavezan k izvajanju predpisov po *Zakonu o preprečevanju nasilja v družini*, kamor sodi tudi izvajanje izobraževanja zdravstvenih delavcev o nasilju v družini. Temelj izobraževanja so »Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti«, ki jih je pripravila delovna skupina na Ministrstvu za zdravje in jih je 1. aprila 2015 potrdil Zdravstveni svet.

Strokovne smernice so zbirka priporočenih ravnanj oz. korakov za obravnavo otrok, žrtev zlorab in nasilja, ter odraslih žrtev nasilja, namenjene različnim zdravstvenim delavcem, ki se utegnejo srečati z nasiljem v družini.

Zaradi posebnosti prepoznavne in obravnave so posebej pripravljene smernice obravnave žrtev nasilja v družini v patronažni službi ter v ginekologiji in porodništvu.

Namenjene so zdravstvenim delavcem, ki prihajajo v stik z žrtvami nasilja v družini, kot pomoč in da se opremijo z veščinami, znanjem in gotovostjo pri ugotavljanju, prepoznavanju in obravnavi žrtev.

Izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev po Smernicah bo potekalo od septembra 2015 naprej in bo financirano iz sredstev Norveškega finančnega mehanizma (Program Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014).



Debelost še vedno napreduje

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

V letu 2014 se je delež debeluharjev (adipoznih oseb) povečal s 27,1 odstotka na 27,7 odstotka. To je doslej največji izmerjeni delež (leta 2005: 25,5 odstotka). V tej Gallupovi raziskavi je bilo anketiranih 167.000 Američanov. Adipoznost je najbolj izražena pri črnih Američanih (35,5 odstotka). Sicer se delež normalno težkih

ni spremenil, vendar se je mnogo tistih, ki so bili prej v kategoriji »pretežki« (overweight), preselilo v kategorijo »debelih« (adipose).

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 3, 10. februar 2015

Avstrijska zdravniška zbornica (ÖÄK) nasprotuje obveznemu cepljenju, podpira pa pojasnjevanje

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Ob trenutno potekajoči razpravi o uvedbi obveznega cepljenja se je ÖÄK opredelila proti obveznosti. Hkrati je bilo opaženo, da se posebno splošni in otroški zdravniki soočajo z naraščajočo potrebo pacientov po nadrobnejši pojasnitvi. Tako meni predsednik ÖÄK Artur Wechselberger in dodaja: »Z vidika medicine, ki temelji na dokazih (evidence-based medicine), sodijo cepljenja med najbolj učinkovite oblike preprečevanja bolezni.«

Četudi lahko v redkih primerih pride do poškodb zaradi cepljenja, je število teh poškodb zanemarljivo v primerjavi s prednostmi, ki jih prinaša cepljenje. To velja še posebej za cepljenje proti ošpicam, zaradi katerih je sploh prišlo do sedanje razprave. Mediji posredujejo vtis, po katerem naj bi bili zdravniki tako v Avstriji kot v mednarodnem prostoru enakomerno razdeljeni na podpornike ter na kritike cepljenja – kar pa je v celoti popačena

slika. »Če se prek radia ali televizije dogaja, da vsakokrat en podpornik cepljenja sedi nasproti enemu kritiku cepljenja, to preprosto ne ustreza realnosti,« meni predsednik ÖÄK. Velika večina zdravnikov ravna skladno z medicino, ki temelji na dokazih, in stavijo na preventivo prek cepljenja.

Tudi ministrica za zdravstvo dr. Sabine Oberhauser se je izrekla proti obveznemu cepljenju.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 5, 10. marec 2015

Brez nevarnosti zaradi holesterola

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Pri nasvetih za prehranjevanje v prihodnje ne bo več svaril pred hranili z visoko vsebnostjo holesterola. V predlogu za letošnjo novo različico teh nasvetov se bo glasilo, da holesterol ne sodi k hranilom, katerih prekomeren vnos je problematičen. Zapisano bo, da

»ne obstoji nobena bistvena zveza med vsebnostjo holesterola v hrani ter vsebnostjo holesterola v krvi.«

Dokument, ki ga pripravlja skupina znanih zdravnikov, prehranskih in zdravstvenih strokovnjakov, bo 45 dni v javni razpravi prek interneta. Javna konferenca o tej problematiki bo izvedena še v mesecu marcu.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 5, 10. marec 2015

Izbruhnila je nacionalna debata o cepljenju

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana
marjan.kordas@mf.uni-lj.si

V ZDA so izbruhnile ošpice v kar 17 zveznih državah. Podporniki in nasprotniki cepljenja odtlej razpravljajo enako kot v Avstriji – deloma tudi čustveno nabito – o prednostih in tveganjih cepljenja.

Cepiti se ali ne? Stališče predsednika Baracka Obame je enoznačno: »Obstojijo le razlogi, ki cepljenje podpirajo, ni pa nobenega, ki cepljenje zanika.« Predsednik razume starševsko zaskrbljenost, a znanstvena spoznanja o cepljenju so jasna: »Cepljenje je za otroke dobro.« Predsednik je najbolj popularen glas v čustveno nabiti debati o cepljenju, ki v ZDA poteka prek socialnih medijev, histeričnih televizijskih oddaj ter propagandnih filmčkov nasprotnikov cepljenja, ki se prenašajo v dnevne sobe Američanov.

Lani decembra je v Kaliforniji prišlo do izbruha ošpic, ki so se razširile na 17 zveznih držav. Registriranih je bilo več kot 141 primerov te

bolezni in težnja je, da se bo število še povečalo. Sprožilec bolezni je bil obiskovalec zabavišnega parka Disneyland.

Od leta 2000 je veljalo, da so ošpice v ZDA iztrebljene. Med leti 2000 in 2014 je bilo povprečno 60 primerov na leto. Že v letu 2012 pa je bilo v ZDA registriranih 644 primerov te bolezni.

Naraščajoče število infekcij – tako kot v Avstriji in Nemčiji – je posledica vrzeli v precepljenosti. Celotna precepljenost proti ošpicam, mumpsu, rdečkam je v ZDA visoka: 91,9-odstotna (stanje 2013). V posameznih področjih pa je precepljenost lahko precej nižja.

Nasprotniki cepljenja se, presenetljivo, sklicujejo na poročilo v reviji *Lancet* iz leta 1988, v katerem je zdravnik A. Wakefield s sodelavci poročal o zvezi med avtizmom ter cepljenjem proti ošpicam, mumpsu, rdečkam. Revija *Lancet* je leta 2010 to poročilo

preklicala, ker so bili rezultati prirejeni. Wakefeldu je bila celo odvzeta licenca. A govornice o avtizmu se v ZDA kljub temu vztrajno vzdržujejo.

»No shot, no school.« V nekaterih zveznih državah lahko zdravstvena oblast prepove obisk šole otrokom, ki niso bili cepljeni.

V vseh 50 zveznih državah ZDA velja obvezno cepljenje za otroke, preden pridejo v vrtec ali začnejo s šolo.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 5, 10. marec 2015

Opomba: Veljalo bi prevesti ves članek ter ga objaviti v medijih. Pa ne toliko zato, ker je popolnoma jasno, kako pomembna je precepljenost pri preprečevanju bolezni, temveč predvsem zato, da se javnosti pokaže brezobzirna manipulativnost nasprotnikov cepljenja. Če slednji pač ne znajo ali ne morejo izpodbiti koristnosti cepljenja, učinkovito razvodenijo zakonodajo tako, da omogočajo vse več izjem pri bolj ali manj obveznem cepljenju.

Miki miška ima ošpice

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana
marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Da je »cepilna skepsa« politično skoraj postala *mainstream*, je trenutno možno opazovati tudi v ZDA. Cepljenje je postalo medijska tematika. Z zdravniškega vidika pa razveseljujoče konstruktivna.

Četudi v ZDA obstoji posredno obvezno cepljenje za otroke – tako je npr. dokazilo o cepljenju proti ošpicam nujno za sprejem otroka v vrtec ali v (malo) šolo – je v januarju/februarju letos prišlo do izbruha te bolezni: poročajo o več

kot 100 primerih. Samo po sebi je to kar nepričakovan pojav, zavedati pa se moramo, da se je v ZDA mogoče izogniti cepljenju iz verskih ali »filozofskih« razlogov. Tako je nastala cepilna vrzel, ki je – za Evropejca presenetljivo – postala tematika celo v volilni kampanji.

Znani ameriški republikanci – med njimi celo en guverner ter en senator – so se zavzeli za pravico staršev, da se odločijo proti cepljenju. Oživel so celo stari miti o nastopu duševnih

bolezni po cepljenju. Dobra novica pa je, da se je temu zoperstavilo dovolj razumnih moči, ki so to strašilo brž izničile, tako da sta se oba politika kar hitro umaknila. A to dogajanje je pokazalo, da se tudi v družbi, v kateri je že mnoga leta obstajalo soglasje o nujnosti cepljenja, to soglasje lahko kar hitro zamaje.

Berlinski medved je tudi bolan: Inštitut Roberta Kocha poroča, da je bilo doslej v Nemčiji prijavljenih 831 primerov ošpic, od tega 546 v Berlinu. Izbruh se je sprožil med azilanti, od katerih jih je največ iz Bosne in Hercegovine ter Srbije. Tragično je, da je kljub izvrstnemu medicinskemu ukrepanju umrl tri leta star otrok.

Po podatkih SZO je bilo v letu 2014 ter v prvih mesecih 2015 prijavljenih 22.149 primerov ošpic. Podrobnosti kaže razpredelnica:

DEŽELA	n
Kirgizistan	7.477
Bosna in Hercegovina	5.340
Ruska federacija	3.247
Georgija	3.291
Italija	1.674
Nemčija	583
Kazahstan	537

Vir: Aerzte Steiermark, marec 2015

Evropski zdravniški orkester Ljubljana 2015

31. maj 2015
v Slovenski filharmoniji
ob 19.30 uri



Program:

Marjan Kozina: Bela krajina, simfonični scherzo
Reinhold Glière: Koncert za rog in orkester
(solist: Andrej Žust, Berlinska filharmonija)
Antonín Dvořák: Simfonija št. 9 'Iz Novega sveta'

Pridržujemo si pravico, da spremenimo koncertni program.

Dirigent: Marjan Grdadolnik



V podporo dobrotelni ustanovi:
Slovensko društvo Hospic

Pomoč pri organizaciji:

Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in
Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher



 **Hospic** Slovensko društvo

EDO website: www.europeandoctorsorchestra.com
EDO Ljubljana 2015 website: edoljubljana.wordpress.com
E-mail address: edo.ljubljana@gmail.com

Jaz sem tisti, ki odloča

Matjaž Figelj, dr. med., SB »dr. Franca Derganca« Nova Gorica

matjaz.figelj@guest.arnes.si

Pri zdravstveni obravnavi bolnikov se zdravstveni delavci srečujemo z več procesi: ocenjevanjem, diagnosticiranjem, načrtovanjem, izvajanjem načrta in vrednotenjem rezultatov. Za vsakega od omenjenih procesov potrebujemo znanje, veščine in izkušnje, pogosto različnih strokovnjakov. Interdisciplinarni pristop je učinkovit tudi pri obravnavi starostnikov in bolnikov v obdobju ob koncu življenja, ki ga za bolnike z rakom običajno razumemo kot obdobje nekaj mesecev, za bolnike z odpovedovanjem organa obdobje enega leta, za bolnike z demenco in krhkostjo pa obdobje nekaj let.

Morda nam pri starostnikih in bolnikih v obdobju ob koncu življenja največ težav povzroča proces načrtovanja, z zahtevnim odločanjem med več možnostmi, ki jih ponujajo klinična vprašanja. Naj starostniku z okvarjeno srčno zaklopko predlagamo operativno ali medikamentno zdravljenje? Je za bolnika s pljučnico ob koncu življenja primernejša oskrba na domu ali oskrba v bolnišnici? Ali naj bolnika s pljučnico ob koncu življenja še zdravimo z antibiotikom, ali je primerneje, da mu le lajšamo trpljenje? Je za bolnika z napredovalo demenco, ki ima težave s požiranjem, primernejša vstavev nazogastrične cevke, vstavev perkutane endoskopske gastrostomijske cevke ali potrpežljivo hranjenje (žlica za žlico) po naravni poti skozi usta? Naj oslabelemu bolniku, ki ne zmore do stranišča, namestimo plenico, naj poizkusimo s sobnim straniščem?

Da bi sprejeli za bolnika najboljšo rešitev, so nam pri zahtevnem odločanju v pomoč znanje, spoznanja (priporočila), izkušnje, nasveti kole-

gov in mnenja konzilijev. Starostniki in bolniki v obdobju ob koncu življenja pogosto potrebujejo pomoč na različnih ravneh zdravstvenega sistema. Kdo je najprimernejši za sprejemanje odločitev o njihovi oskrbi? Sem to jaz, specialist družinske medicine, ki bolnika najbolje poznam? Jaz, specialist nevrolog, strokovnjak za demenco? Jaz, specialist onkolog, specialist na terciarni ravni? Jaz, zdravnik paternalist, ki imam znanje in izkušnje in zato najbolje vem, kaj je za bolnika primerno. Jaz, zdravnik paternalist, ki vselej delam v bolnikovo dobro, a pozabljam, da imam majhno napako. Pogosto pozabim, da lahko informiran bolnik sam bolje oceni, kateri ukrepi in oskrba so zanj najprimernejši.

Paternalist pri obravnavi bolnikov vsakodnevno krši dve osnovni etični načeli. Načelo neškodovanja in koristnosti in načelo spoštovanja avtonomije. Obe etični načeli od zdravstvenih delavcev zahtevata, da v odločanje o oskrbi vključijo tudi bolnika in bolnikove pomembne bližnje. Bolnik je namreč tisti, ki bo najbolje ocenil bremena in koristi predlaganih ukrepov. Avtonomija bolniku omogoča, da se bo po oceni koristnosti in škodljivosti predlaganih ukrepov (oskrbe) odločil za zanj najprimernejše ukrepe (oskrbo). Povabilo bolniku k soodločanju torej ni le moralno dopustno, temveč je za zdravstvene delavce moralna obveza. Povedano drugače, obnašanje, s katerim bi zdravstveni delavci lahko onemogočili bolniku soodločanje, je nemoralno.

Sem jaz tisti, ki odloča? Ne, nisem. Sem tisti, ki skupaj z bolnikom in bolnikovimi pomembnimi bližnjimi ter z ostalimi člani zdravstvenega tima SOODLOČA.

Pogojevanje terapijskega odnosa

Mag. Miloš Židanik, dr. med., Zdravstveni zavod Vaše zdravje

Milos.Zidanik@vasezdravje.si

Brezpogojna ljubezen je pojem, ki obstaja samo v odnosu novorojenčka do svoje matere in včasih v odnosu staršev do svojega otroka v istem najzgodnejšem obdobju. In je nekaj, kar nenehno iščemo v vseh odnosih, tudi v odrasli dobi. Manj smo je bili deležni v otroštvu, večja je potreba po njej v odrasli dobi. Ker je iluzija, je zelo zmuzljiva. In ker je naša potreba po njej tako velika, obstaja prepričanje, da smo do nje upravičeni. Drugi nas *morajo* sprejeti takšne, kot smo, z vsemi našimi pozitivnimi in negativnimi lastnostmi. Predstava, da moramo najprej brezpogojno sprejeti sami sebe, potem pa da to lahko pričakujemo še od drugih, je splošno razširjena. To je seveda samo dober alibi, da se nam ni treba spreminjati. Realnost je drugačna. V realnih odnosih se vsi nenehno spreminjamo, pa če to hočemo ali ne, in tako se spreminjajo tudi medosebni odnosi. In realni odnosi v odrasli dobi so vsi pogojeni.

V terapijskem odnosu je pričakovanje brezpogojne ljubezni (beri: brezpogojnega sprejemanja in naklonjenosti) obojestransko. Tako zdravnik kot bolnik v odnosu, oba si to želita in to bolj ali manj upravičeno pričakujeta. Pogojevanje terapijskega odnosa je lahko nevarno iz očitnih razlogov – če to počne zdravnik, ko resno oboleli bolnik pri njem išče pomoč, lahko pride do hudih posledic, tudi do smrti. Zato mi je ta tema pomembna. In osvetlitev pogojevanja tega odnosa.

Prva čer v terapijskem odnosu je že obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Prvi pogoj za vzpostavitev terapijskega odnosa je urejeno in plačano zavarovanje. V nasprotnem primeru je zdravnikova storitev samoplačniška. Glede na to, da se za neplačevanje položnic iz tega naslova odločajo najrevnejši in najšib-

kejši, v času aktualne ekonomske krize ta čer predstavlja resen problem, ki je bil že pred kakšnim dobrim letom dni kaznovan s smrtjo delavca, ki ni želel plačati za pregled v upanju, da se mu bo stanje doma le izboljšalo. Zato vsa čast kolegom zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem, ki delajo v ambulantah za ljudi brez zdravstvenega zavarovanja. Ker rešujejo etično podobo vsega slovenskega zdravstva.

Druga, prav tako sistemska čer, je ponekod vnaprejšnja pisna potrditev bolnikov, da zdravniku povsem zaupajo in da jih je seznanil z vsemi diagnostičnimi in terapijskimi postopki, tako da so brez vprašanj in da pristajajo na vse zdravnikove odločitve, tudi na transfuzijo, če bi bila ta ob zapletih potrebna – še preden je zdravnik v odnos z bolnikom sploh stopil, bolnika pregledal in ugotovil, za kaj pri njem sploh gre. Tak način pogojevanja odnosa vnaša v terapijski odnos distanco, nemir in nezaupanje in je po mojem mnenju povsem kontraproduktiven in izključen odraz bojzani zdravnikov pred odškodninskimi tožbami.

V psihiatriji imamo sistemske čer, ki je zelo zanimiva – protisamomorilni dogovor. V svojem bistvu je absurden, a deluje. Gre za to, da bolnik da besedo, da ne bo storil samomora, sicer bo zdravnik odnos z njim prekinil. Se mi je pa v praksi zgodilo, da je moja pacientka ta dogovor nalašč prekršila v upanju, da bom najin odnos prekinil in ji tako omogočil dokončen odhod s tega sveta, ker bi bil potem samo še eden v vrsti ljudi, ki so jo zavrnil. Tako da je dobro biti pri izbiri pogojev za terapijski odnos resnično skrben in previden. V preteklosti sem opazil podobno sistemske čer pri pogojevanju vstopa v skupinsko intenzivno obravnavo

odvisnosti od alkohola z udeležbo svojca na skupini. Tistim alkoholikom, ki niso imeli partnerke, je bilo zdravljenje njihove odvisnosti onemogočeno. Potem so se na skupini pojavljale njihove matere ali otroci. Z vsemi posledicami.

Nadaljnje čeri v terapijskem odnosu so individualno pogojene in odvisne od osebnosti terapevta in bolnika. Sam imam težave z bolnikom, ki ima zelo slabo telesno higieno, pa potem s pregledom vedno malce bolj pohitim, kot bi bilo treba. Ta problem sem z njim že odprl, enako tudi medicinska sestra, ki mu daje injekcije v mesečnih presledkih, pa uspeha ni bilo. Ukrepa (prenehanje terapijskega odnosa) pa tudi ne. Do sedaj sem prekinil odnos samo z eno pacientko, ki je z mize pri sestri ukradla izpisane recepte, namenjene drugi pacientki, pa so me potem klicali iz lekarne, kjer so ugotovili, da je recept pre naredila na svoje ime. Sicer pa bolniki prihajajo in gredo. Pogovarjamo se o odnosu, o različnih pogledih na probleme, o tem, ali imam pravico videti dogodke in okoliščine tudi drugače kot oni sami. Potem iščemo srednje poti. Še posebej tam, ko želijo, da se jasno postavim na njihovo stran vis-à-vis njihovih svojcev ali delodajalca v službi ali njihove presoje, da za delo, ki ga opravljajo, ali za udeležbo na sodnih postopkih niso sposobni.

Potem pa je primer čeri, ki grozi, da iz individualne postane sistemska.

Nekaj številčk Izide nazaj je bil objavljen članek Russla Saundersa »Cepite svoje otroke – ali odidite iz moje ordinacije!« Lahko sprejemem, da je kolega ugleden pediater, drugače se verjetno njegove misli ne bi znašle v naši Izidi, a če le-te pogledam izolirano, vidim užaljenost, jezo in znake čustvene nezrelosti. Že podna-

slov, ki dejansko povzema vsebino celotnega članka, je zelo poveden – »Če ne morete zdravniku zaupati glede cepljenja, mu ne morete zaupati glede ničesar drugega.« Argumentacija je nerazumna. Če pediatru povsem zaupam glede obravnave vročinskih stanj in drugih obolenj, še ne pomeni, da imam enako mnenje kot on glede zakonsko predpisanega ukrepa, vezanega na kazenske sankcije, ki je usmerjen proti zdravemu otroku. Njegova naslednja misel je že nevarna: »Pogosto se sprašujem, zakaj starši, ki verjamejo, da so cepiva škodljiva, sploh pridejo s svojimi bolnimi otroki k zdravniku?« Pisec tega prispevka živi v črno-belem svetu dveh skrajnosti – ali zdravniku povsem in slepo zaupaš ali pa sploh ne (in v tem primeru »odidite iz moje ordinacije«), vmes pa ni ničesar. »V odnosu do pacienta nikakor ne želim biti pokroviteljski v smislu »zdravnik ve vse in najbolje«, vendar potrebujem pacienta, ki spoštuje moje znanje in izkušnje in verjame v mojo dobrotamernost.« Avtor se s tem načinom postavlja v prav to držo. Verjamem, da potrebuje pacienta, ki ga spoštuje. To potrebujemo vsi. A spoštovanje ni nekaj samoumevnega. Spoštovanje je hitro pokvarljiva dobrina in zanj se moramo truditi. Avtor ob tem, ko piše, da potrebuje spoštovanje, nikjer ne zapiše, da tudi on spoštuje starše in njihova razmišljanja. »Če je cepljenje v resnici tako škodljivo, kot mislijo, potem so zdravniki nekompetentne, zlonamerne, brezvestne pošasti, ki bi se jih bilo treba na daleč izogibati.« Tu gre za jasno obrambno držo – zato tolikšno pretiravanje s sočnimi pridevniki. Tu gre za jasno krivdiranje staršev, ki želijo jasno informacijo o potencialnih stranskih učinkih po cepljenju, on pa, namesto da bi se na te argumente (ki, mimogrede, izhajajo iz iste medicinsko-biološke paradigme) odzval s svojimi protiarargumenti, odgovarja mimo in s čustvenim izsiljevanjem. Na vprašanje »Kakšni so stranski učinki po cepljenju?« odgovarja »Kaj vi menite, da želim vašemu otroku škoditi in da

sem slab zdravnik?« Se samo meni zdi, da je tak način komunikacije neprimeren? »Zakaj bi potem bolnega, oslabelega otroka prinesel k nekemu, ki je bodisi nepoučen bedak ali kriminalna pošast? Zato ne vidim smisla, da bi se šel partnerstvo s starši, ki ne cepijo svojih otrok.« Tu sestavek postane nevaren. Starše dobesedno odvrta od svojih vrat v primeru, ko so njihovi otroci zaradi bolezni tako oslabei, da več hoditi ne morejo. In se z njihovimi starši ne želi iti partnerstva, kar razumem, da takih otrok ne želi sprejeti v obravnavo. Samo zaradi tega, ker so njihovi starši odklonili cepljenje, ko so bili otroci zdravi, ne želi pomagati otrokom, ko so zaradi svoje bolezni povsem izčrpani. Verjamem in zaupam, da v naši Sloveniji ni enega pediatra, ki ne bi pomagal bolnemu otroku, ki so ga na rokah na pregled prinesli njegovi starši, ne glede na cepilno knjižico. A tak članek se mi zdi nevaren, ker premika meje sprejemljivega in dopustnega v odnosu z malimi bolniki. Ker kar vodi v to, da se bo ponovila zgodba smrti osem mesečnega dojenčka, kjer so se starši prepozno odločili za obisk pri pediatru. Kaj bi se zgodilo, če bi vsi pediatri sledili razmišljanju tega ameriškega kolega? Kdo bo sprejemal bolne otroke, ki niso bili cepljeni? Ali si ti ne zaslužijo skrbne zdravniške obravnave? Bo zdravnik kaznoval njih, ker so se namesto njih njihovi starši v preteklosti odločili, da jih ne bodo cepili? In nad njihovimi hrbti zmagoslavno grmel iz visokega stolpa, kako je imel on prav in so bili otrokovi starši v zmoti in naj se sedaj kesajo in soočijo s posledico svojih odločitev v preteklosti. Na tem mestu ponovno pretirava s pridevniki, kar ima seveda zelo jasen namen: te spačene podobe bralec ali starš ne moreta enačiti s podobo poštenega zdravnika, ki se ga sam trudi postaviti na ogled. Zato pa jo postavi v takšno skrajnost, ker bi se, če z opisom ne bi pretiral, morda lahko celo strinjali (če bi npr. napisal, da se mu ne ljubi vedno znova opravljati pojasnjevalne dolžnosti z vedno istimi besedami ali

da nima volje, da bi poslušal argumente, ki so daleč proč od njegovega razmišljanja, ali da nima časa ob polni čakalnici ali da mu preprosto za ljudi ni mar), tako pa mu hitimo pritrjevati, da se zavedamo, da on pa res ni tak. In pozornost se obrne proč.

Če sklenem: v odnosu z bolniki zdravnik pogosto pričakuje vnaprejšnje in popolno sprejemanje in spoštovanje. Enako pričakuje tudi bolnik. Obojna pričakovanja so nerealna, vprašanje pa je, kaj z njimi naredimo. Realno in objektivno je, da imamo v terapevtskem odnosu zdravniki več moči. To moč lahko zlorabimo. Če v čustveni nezrelosti ob prvem znaku nestrinjanja z nami reagiramo obrambno in bolnika naženemo iz ordinacije, ima to lahko hude posledice. Tudi smrt. Ko kot zdravniki delujemo, poslušamo po eni strani svojo vest, ki nam govori, kaj je prav in kaj narobe, po drugi strokovna priporočila in smernice ter po tretji konsenz enakomiselnih kolegov o neki problematiki. V zadnjem primeru o »problematičnih starših«, ki odklanjajo cepljenje svojih otrok. Članek Russla Saundersa na glas ubesedi tiho in skrito željo marsikaterega pediatra, da bi začel odklanjati opredeljevanje otrok, če njihovi starši zavračajo cepljenje. Pomembno je ozvestiti, da če bo to postala sprejemljiva praksa, bo lahko kar nekaj otrok umrlo prav zaradi tega. Čeprav bodo na koncu za smrt otrok krivi starši. Ker so otroka prepozno pripeljali k zdravniku. Pediatrov, ki so otroka in njegove starše odklanjali v preteklosti in s tem v starših otrok vzbudili nezaupanje do zdravstvenega sistema, ne bo v nobenem spisu.

Vedno boljše obvladovanje astme ter strokovne smernice na področju KOPB in astme

Polona Lečnik Wallas, univ. dipl. soc., ZZS
polona.wallas@zzs.mcs.si

Prvi torek v maju obeležujemo svetovni dan astme, letos 5. maja. Astma ima okoli 300 milijonov ljudi in vsako leto se število bolnikov še poveča. V Sloveniji smo na vseh ravneh dobro pripravljene, bolnikom je omogočen dostop do specialistov pulmologov, pretiranih čakalnih dob ni. Prav tako je zdravljenje v določeni meri uspešno vsaj z vidika obvladljivosti. V pripravi pa so tudi strokovne smernice, tako za astmo kot KOPB. Po več informacij smo se odpravili v Univerzitetno kliniko za pljučne bolezni in alergijo Golnik ter zaprosili za intervju doc. dr. Matjaža Fležarja, internista pulmologa, direktorja klinike.

Astma spada med najpogostejše kronične pljučne bolezni. Kako pogosta je astma v Sloveniji in kakšno breme predstavlja?

Epidemiološki podatki za astmo so na voljo za določene regije, ne pa za državo v celoti. Smo med državami z visoko pogostostjo astme. Ocenjujemo, da ima astmo 20 odstotkov otrok in 12 odstotkov odraslih. Razlog za neskladje med odstotki je v tem, da se astma pri otrocih malce prevečkrat diagnosticira, saj jo je težko dokazati. Še posebej pri otrocih, mlajših od 5 let. Preiskave delovanja pljuč so sicer izvedljive pri 5 letih starosti, vendar pediatri na terenu tega ne izvajajo. Pulmologov pediatrov na terenu ni, so samo šolske ambulante, ki pa ne izvajajo spirometrije. Diagnoza je tako anamnestična in nedokazana s preiskavami. A dejstvo je, da otrok, star 5 let, lahko naredi preiskave tako kot odrasel človek. V letih 2000–2001 smo naredili analizo, kjer smo testirali 150 otrok s sumom na astmo. Ugotovili smo, da je diagnoza potrjena samo pri polovici. Bojim se, da je precej otrok obravnavanih za astmo, pa astme nimajo, ter obratno, da je kar nekaj otrok, ki imajo astmo, pa nimajo

postavljene ustrezne diagnoze. Zaradi tega lahko prihaja do nezaupanja staršev, popolnoma neupravičeno, saj dvomijo v diagnozo ali v preiskavo.

Kakšen je napotek pediatrom?

Napotek pediatrom je predvsem, da je treba tudi pri otroku, starejšem od 5 let, potrditi astmo s preiskavo pljučne funkcije – spirometrijo in bronhodilatatornim ali metaholinskim testom.

Kako pa je pri odraslih? Mora odrasel človek življenjsko pot spremeniti in prilagoditi astmi?

Astma se lahko pojavi v kateri koli življenjski dobi. Večje pojavnosti astme pri starosti nad 65 let ne znamo pojasniti, res pa je, da je pri odraslih tveganje povezano tudi s poklicem, česar pri otrocih ni. Obvladovanje astme je danes z novimi zdravili zelo učinkovito; tako v praksi skoraj ne srečamo urgentnih napadov astme z mehanično ventilacijo. Oskrba astme se je v zadnjih 15 letih močno izboljšala.

Po drugi strani pa opazamo, da imajo bolniki velikokrat predpisane prevelike odmerke zdravil. Astma je namreč zelo spremenljiva bolezen, ki se



spreminja glede na letni čas, v času prehladov, v času stika z alergeni. Če je bolnik mlajši človek, ki razume, kaj je astma, mu svetujemo, da prilagaja svoje odmerke zdravil. Preventivna zdravila, ki vsebujejo inhalacijski glukokortikoid, so malo škodljiva. Njihov učinek na zdravje je odvisen od letnega odmerka, ki ga človek vdihne. V kolikor bolniku uspe skozi leto prilagajati odmerjanje zdravila, je celotni letni odmerek manjši.

Po drugi strani pa, če bolnik prekine z zdravljenjem in pride do poslabšanja astme, mu v enkratnem odmerku venoznega steroida damo toliko zdravila, kot ga je v 80 vpilih preventivnega zdravila.

Kakšen je nadzor nad astmo? Kakšen je delež bolnikov s slabo nadzorovano astmo?

Več kot 80 odstotkov astmatikov se vodi na primarni ravni. Nadzor nad astmatiki je nujen. Zdaj, ko se bo uvajal e-recept, bi bilo treba preverjati, kdaj bi moralo bolniku zmanjkati zdravil, če bi jih redno jemal. Ta nadzor bi moral biti v rokah osebnega zdravnika. Če bolnik ni prišel po zdravilo, bi moral imeti sistem možnost alarma, da obvesti zdravnika. Preventiva pomeni tudi to, da veš, ali bolnik sploh še kaj jemlje ali ne jemlje ničesar. Samovoljna opustitev zdravil lahko povzroči hudo, celo smrtno nevarno poslabšanje astme.

Druga varovalka, ki je možna, pa je, da bolnik, ki pride po obnovljiv recept za astmatike, izpolni vprašalnik, ki se mu reče *astma control test* – ACT. Ta vprašalnik ocenjuje, kakšno je stanje astme v zadnjih štirih tednih. Dobra praksa bi bila taka: bolnik pride vsake tri mesece po svoj recept in v čakalnici izpolni ACT-test, sestra pa sešteje odgovore. Če je seštevek manj kot 20 točk, potem bi moral bolnik počakati in opraviti še pogovor pri zdravniku. To sicer ruši koncept čakalnih knjig in naročanj, strokovno gledano pa bi bil to najboljši način. Cilj zdravljenja je, da posamezniku ni treba prilagajati načina svojega življenja zaradi astme. Izogibati se mora sprožilcem: alergenom, toksičnim plinom, prahu itd. To je tisto, kar je treba urediti v življenju, ne pa izogibanje fizičnemu naporu ali športnim tekmovanjem. Če ima vaš otrok astmatični napad v šoli, je lahko samo dvoje: ali ni vzel zdravila ali pa je alergen prisoten v telovadnici.

Cilj zdravljenja astme je, da bolnik ne potrebuje olajševalnih zdravil več kot dvakrat na teden. Če astmatik pove, da se dvakrat na teden začne dušiti, potem je treba nekaj urediti. Velik alarm je tudi nočni simptom. Astmatik se ponoči ne sme zbujati zaradi dušenja; če se, je to lahko znak neurejene astme. To sta dva glavna poudarka, ki bi ju moral imeti vsak zdravnik v mislih, ko obravnava astmatika.

Koliko je naurejene astme?

Študije so različne. Več kot polovica astmatikov bi lahko imela bolj urejeno astmo. Po naših izkušnjah je urejene 70 odstotkov astme. Razlogi so različni, možno je, da na kliniki drugače vodimo paciente, lahko so tudi bolniki drugačni. Na splošno velja, da ima 30 odstotkov bolnikov še vedno simptome. Je pa res, da si bolnik z astmo sam prilagaja zdravljenje, on sam sebi določa odmere zdravil in tudi če ima simptome (če malo kašlja, ...), še ni rečeno, da bo povečal odmerek zdravil, ker se boji neželenih učinkov.

Skupaj z družinskimi zdravniki pripravljate nove strokovne smerinice. Nam lahko poveste, kaj pripravljate?

Trenutno pišemo dokument in je v fazi izdelave. Sodelujemo z družinskimi zdravniki in s pulmologi na vseh ravneh zdravstvenega sistema. Dokument je že izoblikovan do polovice in bo objavljen v strokovni literaturi, dostopni vsem slovenskim zdravnikom. Vseboval bo priporočila, kaj je smiselno izvajati pri astmatiku, kako napotovati na različne ravni... Smerinice bodo dokončane približno do konca leta. Nato nameravamo organizirati izobraževalne delavnice po vsej Sloveniji. Obetamo si, da bosta astma in KOPB enotno vodeni po vsej državi.

Najlepša hvala za pogovor.

Mene so bolniki naučili biti zdravnik

Asist. dr. Nena Kopčavar Guček, dr. med., ZD Ljubljana

nena.kopcavar-gucek@zd-lj.si

Prijeten, skromen, točen, zanesljiv, skrben. Prvi vtisi o Dušanu Baragi, dr. med., specialistu splošne medicine, ki je po izboru Združenja družinskih zdravnikov postal osebnost leta 2014. Naziv, ki je bil na Schrottovih dneh

letos podeljen že četrtič, ni namenjen vidnim, zaslužnim ali medijsko prepoznavnim članom združenja. Podeljen naj bi bil nekemu, ki se je s svojim delom v preteklem letu izkazal. Ki trdo in dobro dela.

In Dušan je tak. Skupaj s kolegico Snežano Kordiš, tudi zdravnico specialistko splošne medicine, dela v zdravstveni enoti Stari trg pri Ložu. Izjemno aktiven je tudi v društvu bolnikov s kronično črevesno

boleznijo. Ko usklajujeva termin za pogovor, postane povsem jasno, kako zelo je kolega predan in kako skrbno načrtuje svoj čas, z gentlemansko obzirnostjo do sogovornice. Sediva in se pogovarjava brez začetne okornosti, kot da se pozna že davno, čeprav se srečava prvič.

Bližina 19. maja, ki je svetovni dan družinskega zdravnika, se zdi ravno pravšnji čas za pogovor.

Če ne bi bili zdravnik družinske medicine, bi bili...

»Računalničar,« me brez oklevanja dopolni moj simpatični sogovornik. »Že ko sem se vpisoval na fakulteto, sem pod drugo izbiro napisal računalništvo. To je bil moj hobi že prej – in tudi potem. Veliko tega znanja sem uporabil pri svojem delu. Ko sem začel delati, sem bil pol računalničar in pol zdravnik v ZD Cerknica. V tamkajšnje ambulante sem uvedel računalništvo in bil nekaj časa nekakšen sistemski operater. Takrat, ko je bilo vse še v začetni fazi, je bilo moje znanje še kar primerno. Bil sem 15 let tudi svetovalec pri programu Hipokrat.«

Ko ste kot mlad zdravnik vstopili v prakso – česa ste v svojem znanju najbolj pogrešali? S čim bi dopolnili fakultetni program?

»Z znanjem o komunikaciji. V mojih časih na fakulteti o tem nismo slišali prav ničesar. Dokler ni bila ustanovljena Katedra za družinsko medicino. Morda sem slišal le to, da je treba pacienta, medtem ko pripoveduje (anamneza), voditi in prekinjati. Kar je povsem protislovno današnjim usmeritvam. To manjka. Ko prideš v ambulanto, si bos. Z leti se tega naučiš in vidiš, kako pomembna je komunikacija, enako kot znanje in veščine. Te tri reči so najpomembnejše. V zadnjih letih, z uvedbo predmeta komunikacija v nižje letnike, opažam, da gre na



bolje, a še zmeraj menim, da imajo študenti med študijem premalo stika z bolniki.«

Skozi dolgoletno prakso se lahko človek iztroši, utruji, še posebej, če odnos zdravnik – bolnik gleda kot enostranski, izključno kot razdajanje s strani zdravnika in sprejemanje s strani bolnika. Kako vi doživljate ta odnos?

»Mene so bolniki naučili biti zdravnik. Na fakulteti se naučiš medicine, vsega ostalega pa se naučiš ob delu s pacienti in ob njih. Ko vidiš, kako se spoprimejo z boleznijo, kako prenašajo težave, kako prenašajo tragedije v družini, ko umre otrok.« Se zamisli, govori počasi in tehtno. »Pred leti sem poznal družino z deklco s posebnimi potrebami, zaradi obporo-

dne poškodbe in dedne bolezni se je zdela, da bo ostala privezana na posteljo. A z neskončno ljubeznijo in potrpljenjem so starši dobesedno iz rastlinice napravili otroka, jo dvignili iz postelje, deklca je prišla v ambulanto, tudi kaj zapela, znala je plavati. Kmalu je umrla, skoraj isto leto je za rakom umrl tudi njen oče. Kako je ta družina prenašala to tragedijo. Kako so bili povezani, sami organizirali dekličin pogreb, kako so na njem govorili starši. Ogromno se naučiš od bolnikov, veliko več dobiš, kot lahko daš.«

Imate vzornika?

»Včasih je tu, v loški dolini, kjer zdaj delam jaz, delal zdravnik, ki je veliko hodil na obiske. Se ga dobro spomnim. Prišel je domov, se pogovoril, poslušal, ko je odšel, je bilo družini

lažje. Doktor Emil Truden. Znal je delati vse. Zdaj za take reči ni več časa, ali pa to delaš popoldne, ob nedeljah... takrat, ko bi nekaj časa potreboval tudi zase.«

Kako je z razporeditvijo vašega delovnega časa? Kako je biti ruralni zdravnik?

»Še vedno delamo hkrati na treh delovnih mestih, kar ni normalno, hkrati urgenco in ambulanto ter nadomeščanje zdravnika. Če delaš v ruralni ambulanti, pričakuješ, da tako bo, ne pričakuješ pa takih obremenitev. Številčno. Tudi sto bolnikov na dan. Urgenca ni težava, to tako in tako vedno pričakuješ. Če ti nekdo pade v globino, ne boš čakal, da pride kdo iz Postojne. Ali kakor pač naj bi bilo po novem.« V Dušanovem glasu je čutiti rahlo nejevoljo. »To, da pa nimaš časa iti na družinski obisk, na ruralnem področju, neurgentem, pa ni normalno. To ni več družinska medicina. Se mi zdi, da bi se to moralo spremeniti.«

Kateri predmet v vaši zdravniški torbi se vam zdi najbolj nepogrešljiv?

Premišlja. »Ja, v bistvu... stetoskop. Najbolj pomemben. Ostalo bi se še dalo nekako nadomestiti.«

Po zahtevnem delu nedvomno pride na vrsto sproščanje. Kateri je vaš najljubši način?

»Trenutno golf. Lahko ga igraš sam ali v skupini. Omogoča mi druženje s prijatelji, tudi s tistimi iz študentskih časov. Tam res odmislim vse. To je pravo sproščanje. Hobijev imam sicer kar precej. Če je slabo vreme in nimam početi kaj drugega, me zaposluje rodoslovje. Odkrivam očetovo in mamino družinsko drevo, zanima me genetika. To je namesto reševanja križank, recimo. Sem odkril zanimive reči. Očetova stran genov naj bi bila feničanska. Tisti del me privlači. Je pa zmeraj slabše, nestabilnost v tem delu sveta se stopnjuje.«

Dan se pogosto zdi prekratek. Nekateri srečneži ga lahko podaljšajo na

račun tega, da potrebujejo manj spanja.

»Zame je šest ur idealno, a pogosto so na voljo le štiri. Največ naredim ponoči, od enajstih do enih. Sem nočna ptica, že kot študent sem v glavnem študiral ponoči.«

Če bi imeli čarobno palčko in bi si lahko izpolnili eno željo, kaj bi bilo to?

Globoko vzdihne. »Je razlika, ali bi jo izpolnil sebi ali drugemu.«

No, pa reciva, eno sebi in eno drugemu.

Za svoja otroka, imam sina in hčer, bi želel, da sta srečna v življenju, da se najdeta. Da delata tisto, kar jim je v veselje.

In zase? (Vztrajam, sicer bi Dušan to najraje kar preslišal.)

»Zase bi pa želel, da bi bil zdrav. To mi manjka.« (Premolkne.) »Ampak vprašanje, če bi bil potem tak, kot sem. Že od malega se srečujem z boleznijo. To te oblikuje.«

Katero navodilo bi dali nekemu, ki pride na novo delat v vaše kraje? Tisto, česar ste se tekom let naučili?

»Edino navodilo, ki bi ga dal, pa ne samo za naše kraje, je, da se ne spleča iti v konflikte z bolniki. Konflikti so brezzvezni. Več škode naredijo tebi kot komurkoli drugemu. V konflikte nas pogosto silijo nejasna in nedorečena pravila ZZS, ki jih pacienti ne poznajo. Se da skoraj vsako situacijo rešiti na malo bolj eleganten način. Da se skomunicirata, da se pogovorita. Ne maram konfliktov, nasilja, če se le da, najdem neko srednjo pot, v obojestransko dobro. Mogoče je tudi v mojem značaju.«

Občutek nemoči ni enostaven. Ga pri svojem delu večkrat občutite?

»Ko prideš s fakultete, vidiš, kako si kljub vsemu znanju nemočen. Mislim, da v novejšem času mlade prej pripravijo na to. Moje prvo dežurstvo, po petih letih fakultete. Prometna nesreča, mrtev človek v razbito glavo, res je bilo grozno. Potrebovali bi več poudarka na to, da

nismo vsemogočni. Učimo se samo to, kar je. Težko je pripraviti mladega zdravnika na to, da se kak bolnik tudi ne želi zdraviti. Spoštovati njegovo voljo. Skušaj ga pridobiti za zdravljenje, mu vse razložiš, če noče...«

Kadar postanejo stvari res težke, kaj je tisto, kar vas žene naprej?

»V bistvu to, da marsikomu lahko kot zdravnik tudi pomagaš. Da narediš marsikaj dobrega, koristnega. Marsikomu rešiš težavo – ali pa jo vsaj pomagaš rešiti. Večino jih pravzaprav sami rešijo, ampak ti si pri tem opora. Še zmeraj si koristen, to vsi rabimo, sami zase. Se čutiti potrebne. V našem poklicu je to vrednota, ki ga definira.«

Bi se še enkrat odločili za isti poklic?

Hiter odgovor. »Bi se, ja, zagotovo.« Misli zaplavajo drugam. »Mogoče bi bila pot malo drugačna, mogoče bi šel v tujino pogledat, kako delajo. Posebno v sedanjih razmerah, ko država svojih zdravnikov niti malo ne ceni. Mi smo tu preveč zaprti, prevečkrat mislimo, da smo predobri ali pa preslabi. Če ne greš nikamor, ne veš. Enoletna izmenjava bi bila dobra izkušnja za vse. Da vsak od nas dela drugje, poskusi nek drug sistem.«

Ste se že kot študent videli v tem okolju?

»Ne, želel sem iti delat na Madagaskar. Ne vem, zakaj Madagaskar, nisem dosti vedel o njem. Tako je bilo. A okoliščine so bile take, da nisem mogel iti. Verjetno je sin to zgodbo tolikokrat slišal, da je nanj napravila globok vtis...«

Kako prihajate v stik s komplementarno medicino?

»Precej pogosto, človek pač poskusi vse, če ne najde rešitve za svoj problem. Jo precej dobro poznam. Sam sem končal tudi izobraževanje iz akupunkturo, a ostajam pri klasični medicini... Druga področja me nikoli niso zares pritegnila. Preveč izkoriščanja se mi zdi tam, zadeve niso pravno niti strokovno urejene.«

Ebola (EVB) vs. HIV/aids: podobnosti in razlike

Nastopno predavanje ob izvolitvi v naziv rednega profesorja

Prof. dr. Janez Tomažič, dr. med., UKC Ljubljana
janez.tomazic@kclj.si

Virusna bolezen ebola (EVB) in HIV/aids sta najbolj »živi infekcijski epidemiji«, ki grozita človeštvu. Seveda ne smemo pozabiti na ostale okužbe, kot so tuberkuloza, malarija, gripa, kolera itd., vendar te infekcijske bolezni, razen gripe, ne predstavljajo velikih problemov razvitemu svetu.

Virusni bolezn: povzročitelja obeh bolezni sta RNA-virusa; za tovrstne viruse velja, da so nagnjeni k veliki spremenljivosti. HIV (odkrit leta 1983) je ekstremno variabilen virus in spominja na nenehno spreminjajočo se tarčo. Virus Ebola – VE (odkrit leta 1976) pa je, zanimivo, zelo stabilen virus, kar pomeni, da je zelo prilagojen na bivanje v svojih naravnih živalskih gostiteljih – netopirjih, s katerimi živi v sožitju in jim ne povzroča bolezni. S preskokom na človeka je dobil najhujšega možnega sovražnika in se mu obeta hud boj za preživetje; učinkovita zdravila, ki so že v zaključnih fazah raziskav, bodo za virus hud selekcijski pritisk (Darwinova teorija), vendar pa ima virus v ozadju ogromen živalski (epizootski) rezervoar, ki mu omogoča dolgotrajno preživetje; za razliko od npr. virusa črnih koz, ki tega ni imel in je bil to eden ključnih razlogov, poleg učinkovitega cepiva in učinkovite strategije SZO, da smo to nevarno infekcijsko bolezen izkoreninili.

Katere telesne celice okužita: oba virusa primarno okužita predvsem dendritične celice in makrofage, ki so ključni za diseminacijo okužbe. HIV nato masovno okuži limfocite, VE pa številne telesne celice, razen limfocitov. Nevroni pa so, zanimivo, varni pred obema virusoma.

Zoonozi: obe bolezni sta zoonozi z izvorom v Afriki. Pandemični virus HIV izvira iz šimpanzov (HIV-1 grupa M); VE ima rezervoar v netopirjih (dokazi niso tako čvrsti kot za virus Marburg), od njih pa se virus prenese v šimpanze, gorile, antilope, glodavce itd., ki lahko zbolijo in pogosto tudi poginejo. Oba virusa sta se primarno prenesla na domačine – lovce (*bushmeat hunters*), ki so prišli v stik z okuženimi telesnimi tekočinami živali; ocenjujemo, da se je pandemi-

ja HIV/aidsa pričela pred približno 100 leti. Do sedaj je bilo že več kot 20 izbruhov EVB – za vsak izbruh EVB je potreben prenos iz živalskega sveta. Prvi bolnik (»indeksni primer«) je zaradi velike koncentracije virusov v krvi in drugih telesnih tekočinah vir novih okužb.

Patogeneza: razumevanje patogeneze bolezni je najpomembnejše za razvoj učinkovitih zdravil in cepiv. Oba virusa se gresta skrivalnice. HIV pri 70 odstotkih okuženih v 8 do 10 letih uniči imunski sistem; najbolj učinkovite obrambne celice uniči že takoj na začetku bolezni; stalno spreminja svoje antigenske lastnosti in se izmika imunskim odzivom, poleg tega pa se skriva v jedra spominskih imunskih celic, kjer se lahko več desetletij ne razmnožuje in jih zato zdravila ne morejo uničiti; virus se, kljub učinkovitim zdravilom, ves čas vsaj minimalno razmnožuje in povzroča kronično aktivacijo imunskega sistema in posledično kronično vnetje, ki je vzrok za pospešeno aterosklerozo okuženih oseb (hitreje se starajo). HIV uničuje imunski sistem počasi (8–10 let), EV pa lahko povzroči smrt v desetih dneh (6–16 dni). Krivci za to so virusni sekretorni (topni) glikoproteini (sGP), ki služijo kot vaba za protitelesa, s katerimi se brani bolnik; vezava sGP na protitelesa prepreči uničevanje VE. Patogenetsko so pomembne še določene virusne beljakovine, ki zavrejo naravno imunost, preprečujejo tvorbo interferona in delovanje »celic, ki predstavljajo antigene«, ter povzročajo uničenje (z apoptozo) belih krvnih teles – limfocitov.

Stigma: skupna točka obeh epidemij je stigma, ki ima velikanski socialni in tudi ekonomski vpliv in posledice. Iracionalni strah pred obema okužbama je označil določene skupnosti: pri HIV/aidsu so to moški, ki imajo spolne odnose z moškimi, uživalci nedovoljenih drog, spolne delavke(ci), obarvani ljudje; pri EVB pa predvsem revni ljudje in imigranti. Stigma je opustošila družine, socialne in ekonomske odnose, ustvarila ovire za dostopnost do preventivne in zdravljenja, bistveno je zmanjšala kako-

vost življenja okuženim in ponovno potegnili na površje »božje maščevanje za označene skupnosti«. Stigma pri EVB izvira poleg revščine še iz slabe izobrazbe in informiranosti ter političnih konfliktov (državlanske vojne). Kakšne so učne ure, ki smo se jih naučili pri HIV/aidsu in bi jih lahko uporabili pri EVB? Pridobiti mnenjske voditelje v skupnostih in jim posredovati kakovostne in enotne informacije o bolezni, pričevanja oseb, ki so preživele EVB, programi za socialni aktivizem, napeljevanje k sočutju za vse predstavnike skupnosti itd. Strah pred EVB spominja na začetke HIV/aidsa, ko so se ljudje bali kupovati sadje na tržnici, ker niso vedeli, ali se ga je kdo že dotikal.

Medijska fascinacija je značilna za obe bolezni, morda še bolj za EVB. Od leta 1976 je zbolelo približno 25.000 bolnikov; v primerjavi s 35 milijoni bolnikov s HIV/aidsom, 360 milijoni s hepatitisom B in 170 milijoni s hepatitisom C je to malo – ostalo je naredil strah. Ko je EVB prestopila iz tretjega v prvi svet (do sedaj se je zdravilo manj kot 20 oseb v belem svetu), je nastopil preplah v stroki, še hujšo paniko pa je povzročila nepredstavljiva medijska fascinacija. Kot so »stresni testi za banke«, je bila EVB stresni test za zdravstvene sisteme – vključno za Slovenijo.

Razlike v zdravstveni oskrbi sever – jug: pri obeh boleznih gre za velike tovrstne razlike v kakovosti oskrbe, dostopnosti do preventive in zdravljenja. Zdravljenje HIV/aidsa se je v zadnjih 10 letih bistveno izboljšalo in leta 2015 bomo zdravili že 15 milijonov okuženih – najbolje pa bi bilo, da bi zdravili vseh 35 milijonov. V dosedanjih izbruhih EVB je bila smrtnost do 90-odstotna, sedanja zahodnoafriška epidemija 2014–2015 ima smrtnost do 60-odstotno, v ZDA in Evropi pa je smrtnost bistveno manjša na račun boljšega podpornega zdravljenja in uporabe novih zdravil, ki so v zaključnem obdobju raziskav.

Asimptomatski – simptomatski prenašalci okužbe: izvor okužbe s HIV so večinoma brezsimp-

tomne osebe. VE pa se prenaša od bolnih oseb (simptomatskih) – morda se bo ta paradigma spremenila, ker ugotavljajo, da pri preživelih ostane virus tudi do 3 mesece v spermi – bo to nova spolno prenosljiva okužba? Še vedno pa velja, da so za prenos VE daleč najpomembnejše bolne (simptomatske) osebe.

Ogroženost zdravstvenih delavcev: pri zdravstvenih delavcih, ki so pri delu izpostavljeni s HIV okuženi krvi, je 0,33-odstotno tveganje za okužbo s HIV. Pri nas se še ni okužil noben zdravstveni delavec. V ZDA pa je do sedaj dokumentiranih 59 okužb in 150 možnih okužb. Pri EVB so zdravstveni delavci neprimer- no bolj ogroženi – samo pri tokratni epidemiji se jih je okužilo več kot 800.

Akutni – kronični potek bolezni: EVB je izrazito akutna infekcijska bolezen in zelo hitro uniči imunski sistem. Gre za gripi podobno bolezen (vročina, glavobol, bolečine v mišicah) z izrazitim bruhanjem, drisko in bolečinami v trebuhu ter možnimi krvavitvami. Hitro po začetku bolezni pride do velike koncentracije VE v krvi; pri preživelih osebah to traja od 10 do 14 dni. Pri umrlih je koncentracija VE največja tik pred smrtjo in virusi ostanejo v krvi in telesnih tekočinah pokojnika še nekaj dni (okužbe pri pripravah pokojnika na pokop). HIV/aids pa je izrazita kronična virusna bolezen, koncentracija v krvi je največja prvih 6 do 8 mesecev in nato ponovno čez 6 do 10 let po okužbi.

Zdravljenje: če HIV/aids ugotovimo pravočasno in če bolnik prejema zdravila redno, je pričakovana življenjska doba podobna splošni populaciji; bolezen pa še vedno ni ozdravljiva.

Pristopa k »ozdravitvi« sta dva: eliminacija latentno okuženih celic (razvijajo učinkovine, ki lahko spravijo virus iz mirujočih celic: metoda »*shock and kill*«) in genska terapija (metoda IGT: *immunoprophylaxis by gene transfer* z uporabo genskih kirurških nožev – med katerimi je najučinkovitejša metoda CRISPR/

Cas9); obeta se sinteza umetnih genov, ki izdelujejo učinkovita protitelesa, vezava genov na nenevarne viruse, ki jih injiciramo v mišice človeka; drug pristop genskega zdravljenja pa je eliminacija koreceptorjev (CCR5) in s tem onemogočanje okužb novih telesnih celic.

Registriranega zdravila proti EVB še ni, pospešeno pa preizkušajo vrsto zdravil, za katera kaže, da bodo učinkovita: ZMapp (koktajl treh monoklonskih protiteles proti virus-



nim GP), brincidofovir (učinkovit tudi proti CMV), favipiravir (morda učinkovit proti vsem RNA-virusom) itd.

Cepljenje: učinkovito cepivo proti HIV/aidsu se odmika v prihodnost. Problemi so predvsem zaradi neverjetne spremenljivosti virusa. Z odkritjem »virusnih Ahilovih pet« – konzerviranih molekul, ki se filogenetsko ne spreminjajo (npr. vezna mesta za molekule CD4, ki so glavni receptor za vstop HIV v telesne celice)

– se je porodila ideja, ki pa jo je treba še izvesti: uporabiti te molekule (epitope) v cepivu, ki bo izzvalo tvorbo učinkovitih širokospektralnih nevtralizacijskih protiteles. Glede EVB pa kaže, da bodo kmalu na voljo učinkovita cepiva, ki pa jih prvenstveno razvijajo zaradi strahu pred EVB kot biološkim orodjem. Dve cepivi sta že v končni fazi kliničnih raziskav.

Perspektive: tudi če odkrijemo še boljša zdravila in cepiva, bosta obe epidemiji še dolgo med nami. HIV/aids predvsem zato, ker je že skrit v milijardah genov v milijonih ljudi po vsem svetu, EVB pa predvsem zato,

ker ima ogromen rezervoar v živalskem svetu. Čeprav je SZO konec januarja oznanila, da se je epidemija EVB upočasnila, le-ta še ni pod kontrolo – obstaja stalna nevarnost morebitnih sočasnih novih izbruhov »indeksnih primerov« v odročnih krajih afriškega kontinenta s pretečo nevarnostjo, da se bolezen iz treh aktivnih držav razširi preko meja v sosednje države.

Obe epidemiji nas opozarjata, da se z naravo ne smemo igrati – kar tako radi počnemo. Veliko bolj kot EVB in HIV/aids nas trenutno ogroža »pandemija« odpornosti bakterij

proti antibiotikom, že nekaj let pa se bojimo ptičje gripe; spečo nevarnost predstavlja tesno sobivanje ljudi, ptičev in prašičev v JV Aziji, s slabimi higienskimi navadami in posledično nevarnostjo genskih sprememb virusov ptičje (aviarne) influence, da bi postali zelo nalezljivi in patogeni za človeka z aerogenim (zelo majhne kapljice v zraku) širjenjem – uničujoča pandemija.

Spremeniti moramo torej pogled na zdravje ljudi in zdravje živali – vse bolj se krepí širši tovrstni pristop – ENO ZDRAVJE (One Health).

Patološko hazardiranje

Sebastjan Šinko, dr. med., UKC Maribor
sebastjanko@gmail.com

Patološko hazardiranje opredeljujemo kot ponavljajoč vzorec neprilagojenega vedenja, povezanega z igranjem iger na srečo. Osebe, ki se soočajo s to motnjo, imajo številne in hude posledice v svojem osebnem in poklicnem življenju, posledično pa lahko sklepamo o visokem družbenem bremenu. Zdi se, da je (vsaj v slovenskem prostoru) o patološkem hazardiranju malo govora in da o tem strokovnjaki ne vemo zelo veliko. V pričujočem besedilu skušam pregledno zajeti bistvene klinične in epidemiološke značilnosti motnje ter pregled vidnejših teoretskih konceptov.

Opredelevanje terminov

Težava se pojavi že pri izbiri izrazja, saj se uporabljajo različna poimenovanja, pomanjkanje soglasja o poimenovanju pa odraža tudi nejasnosti o naravi in etiologiji motnje. V tuji literaturi najpogostejše srečamo tri termine: *problematično hazardiranje* (angl. problem

gambling), *kompulzivno hazardiranje* (angl. compulsive gambling) in *patološko hazardiranje* (angl. pathological gambling). Nekateri avtorji dajejo prednost izrazu *problematično hazardiranje*, saj naj bi se s tem izognili medicinskim in slabšalnim oznakam, številni raziskovalci pa predlagajo uporabo tega izraza za opisovanje širšega spektra težav, povezanih z igranjem iger na srečo, in ne le zgolj najhujše oblike, za kar naj bi bil rezerviran izraz *patološko hazardiranje*. V slovenski strokovni in laični literaturi najpogostejše zasledimo izraze *odvisnost od iger na srečo* in *zasvojenost z igrami na srečo*, tudi *patološko hazardiranje* ali kar *hazardiranje*. Pogosto se posamezni izrazi uporabljajo hkrati oz. izmenično, brez jasne opredelitve in razmejitev pomenov.

V pričujočem besedilu bom uporabil izraz *patološko hazardiranje* za poimenovanje motnje ter *hazardiranje* za poimenovanje ožje aktivnosti igranja iger na srečo.

Klasifikacija in diagnostični kriteriji

Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB-10) uvršča patološko hazardiranje med motnje navad in nagibov (F63.0), v isto kategorijo sodijo še patološko požiganje, patološka kraja in trihotilomanija. Enako je v najnovjši avstralski modifikaciji (MKB-10-AM). Ameriška klasifikacija duševnih motenj (DSM-IV-TR) je doslej uvrščala patološko hazardiranje med motnje nadzora impulzov, medtem ko v zadnji verziji (DSM-V) motnjo najdemo med boleznimi odvisnosti. Ameriška psihiatrična zveza (American Psychiatric Association) je sicer motnjo prvič uradno prepoznala leta 1980, ko jo je uvrstila v takratno izdajo klasifikacije DSM-III. Še vedno je stvar strokovne debate, ali motnja sodi med bolezni odvisnosti, kompulzivne motnje ali motnje impulzov.

Diagnostični kriteriji DSM-IV-TR za postavitev diagnoze zahtevajo prisotnost vsaj 5 izmed 10 kriterijev:

1. izrazita okupiranost s hazardiranjem (npr. podoživljanje preteklih in načrtovanje prihodnjih iger),

2. potreba po vse višjih denarnih vložkih, da bi posameznik dosegel zeleno stopnjo vzburjenja,
 3. ponavljajoči neuspešni poskusi kontroliranja oz. prekinitve hazarderskega vedenja,
 4. nemir in razdražljivost v času abstiniranja,
 5. uporabljanje hazardiranja z namenom lajšanja psihičnih stisk ali bežanja pred življenjskimi problemi,
 6. ponavljajoči poskusi kompenziranja izgub ali t.i. fenomen tekme (angl. chasing),
 7. prikrivanje hazardiranja,
 8. vpletenost v kriminalna dejanja z namenom pridobivanja sredstev za hazardiranje,
 9. ogrožanje ali izguba pomembnega odnosa, službe ali kariernih možnosti zaradi hazardiranja,
 10. zanašanje na druge pri zagotavljanju sredstev za pokrivanje dolgov.
- Diagnostični kriteriji po MKB-10 so nekoliko drugačni (izpolnjeni morajo biti vsi 4 kriteriji):
- a) dve ali več epizod hazardiranja v obdobju vsaj 1 leta,
 - b) posameznik v teh epizodah hazardiranja denarno ne pridobi in nadaljuje z vedenjem kljub negativnim posledicam, ki motijo njegovo običajno funkcioniranje,
 - c) posameznik opisuje močno željo po hazardiranju, ki jo težko nadzoruje, hazardiranja pa ne more voljno prekiniti,
 - č) posameznik je preokupiran z mislimi ali miselnimi podobami, povezanimi s hazardiranjem.

Epidemiološki in demografski podatki

Različne tuje raziskave kažejo, da se od 70 do 90 odstotkov odraslih občasno udeležuje v različnih igerah na srečo, podobno naj bi veljalo za mladostnike. Prevalenca patološkega hazardiranja v populacijskih vzorcih različnih držav naj bi bila 1 do 2 odstotka, življenjska prevalenca pa v

območju od 0,1 do 5,1 odstotka. Podatkov o incidenci je manj. Podatki študij kažejo na nekoliko višjo prevalenco med mladostniki (od 4,4 do 7,4 odstotka). Med populacijo psihiatričnih bolnikov je stopnja prevalence visoka (od 6,7 do 12 odstotkov), še višja pa med odvisnimi od psihoaktivnih snovi (od 7 do 39 odstotkov). Študije enojajčnih dvojčkov nakazujejo možnost skupne genetske predispozicije za patološko hazardiranje in odvisnost od alkohola pri moških. Avtorji ob tem poudarjajo metodološke pomanjkljivosti teh raziskav, ki izvirajo iz različne opredelitve patološkega hazardiranja, pomanjkljive zanesljivosti in veljavnosti presejalnih instrumentov (vprašalnikov) ter vprašljive reprezentativnosti populacijskih vzorcev (izključitev nekaterih kulturnih in družbenih skupin znotraj populacije).

Nekatere demografske značilnosti povezujejo z višjo stopnjo prevalence patološkega hazardiranja: nižji socialnoekonomski status, nezaposlenost, nižja izobrazba. Glede vpliva spola so podatki nezanesljivi, saj je večina raziskav zajela predvsem moške udeležence.

Klinične značilnosti in komorbidnost

Motnja se pogosto pričinja v mladostni ali zgodnji odrasli dobi, potek pa je podoben kot pri boleznih odvisnosti, z obdobji abstinence in recidivov. Pri tretjini prizadetih pacientov lahko pričakujemo okrevanje brez specifičnega zdravljenja, pri čemer pa manjka podatkov dolgoročnih prospektivnih študij. Vrsta uporabljenih iger na srečo se nekoliko razlikuje glede na spol, pri moških bolj prevladujejo t.i. strateške, pri ženskah pa nestrategie igre.

V poteku motnje opisujejo štiri značilne faze:

- faza zmagovanja, ki se zaključi z velikim dobitkom (le-ta pri ženskah pogosto ni prisoten),
- faza progresivnega izgubljanja, v kateri se posameznik v vse več

vidikih svojega življenja prilagaja hazardiranju, pri tem pa je pripravljen sprejeti visoka tveganja,

- faza obupa, ko posameznik mrzlično igra z visokimi vložki, ob tem pa ima vse večje dolgove, jemlje tvegana posojila in je vpleten v nezakonita dejanja,
- faza brezupa, ko se človek sprijazni, da izgub ne bo mogel nadoknaditi, a zaradi vznemirjenja in vzburjenja nadaljuje z igranjem. Do zadnje faze lahko preteče tudi 15 let.

Posamezniki pogosto poročajo o vsiljivih mislih in močni želji po hazardiranju, nezmožnosti kontroliranja vedenja in občutkih krivde. Družbeno, poklicno in partnersko življenje je močno disfunkcionalno in ovirano, finančne težave pa vodijo do izgube premoženja. Pogoste so motnje spanja, povišana stopnja negativnega stresa ter višja raba alkohola in nikotina. Do 50 odstotkov prizadetih se sooča s samomorilnimi mislimi, do 24 odstotkov pa jih poskuša samomor. Tretjina prizadetih je vpletenih v kriminalna dejanja, povezana s hazardiranjem.

Sočasno zlorabo psihoaktivnih snovi najdemo pri 35 do 63 odstotkih prizadetih, razpoloženske motnje pri 34 do 78 odstotkih, anksiozne motnje pa pri 28 do 40 odstotkih. Osebnostna motnja je prisotna pri 25 do 93 odstotkih hazarderjev, literatura najpogosteje navaja mejno (angl. borderline), narcisistično, izogibajočo ter obsesivno-kompulzivno osebnostno motnjo. Disocialna osebnostna motnja je prisotna pri 15 do 40 odstotkih patoloških hazarderjev, pri čemer nekatere novejšje študije kažejo na možno skupno genetsko predispozicijo.

Pri bližnjih sorodnikih patoloških hazarderjev najdemo visoko pojavnost psihiatričnih motenj, predvsem razpoloženskih, anksioznih in osebnostnih motenj ter boleznih odvisnosti.

Patološko hazardiranje je treba ločiti od hazardiranja med manično epizodo bipolarnega razpoloženskega motnje.

Pomembni dejavniki v razvoju motnje

Medtem ko je vzrok, zakaj nekdo prične s hazardiranjem, nepojasnen, pa literatura opisuje različne **motivacijske dejavnike**. Nekateri avtorji so opredelili dve širši kategoriji motivacijskih profilov za hazardiranje (angl. self-determined motivational profile, SDMP, in non-self-determined motivational profile, nSDMP). Za prvo kategorijo je značilna *intrinzična motivacija* (hazardiranje zaradi vznemirjenja, občutka urednosti) ali t.i. *identificirana regulacija* (hazardiranje zaradi doseganja specifičnega cilja, npr. socializacije), medtem ko je za drugo kategorijo pomembnejša zunanje regulirana motiviranost (npr. pridobitev denarne nagrade). Med preiskovanci z višjo stopnjo intrinzične motivacije so ugotavljali večjo predanost hazardiranju in večjo verjetnost, da s hazardiranjem nadaljujejo v primerjavi z ekstrinzično motiviranimi preiskovanci.

Raziskave dejavnikov, ki osebo stimulirajo, da prične hazardirati in da s tem nadaljuje kljub izgubam, se osredotočajo na tri širše skupine dejavnikov: družinske, sociološke in individualne. Dokazi obstajajo tako za vlogo socialnega učenja kot genetike (npr. Taq A1 različica gena za dopaminski D2 receptor), vendar so potrebne nadaljnje raziskave na tem področju.

Med **sociološkimi dejavniki** avtorji izpostavljajo hazardiranje kot odgovor posameznika na nezmožnost soočanja s širšim družbenim okoljem, pri čemer hazardiranje ustvari bolj obvladljivo subkulturo, z manj kompleksnimi interakcijami in večjimi nagradami. Hazardiranje tako obsega širši spekter vedenja, z družabnim hazardiranjem na eni in patološkim hazardiranjem na drugi strani. V raziskavi odnosa med rednimi hazarderji, igralniškimi ustanovami in zunanjim okoljem so ugotavljali pomembno vlogo socialno pogojenega nagrajevanja (pripadnost, status, samozavest) v igralnici in hazarderjevih težav v zunanjem svetu pri spod-

bujanju nadaljnega hazardiranja kljub izgubam. Pri tem gre za kombinacijo pozitivnega in negativnega utrjevanja. Vendar pa kritiki poudarjajo, da imajo sociološke razlage omejeno klinično uporabnost in ne veljajo za vse hazarderje (npr. uporabniki igralnih avtomatov igrajo sami, socialnih interakcij je malo ali nič).

Številne raziskave so skušale opredeliti ključne **osebnostne poteze** patoloških hazarderjev in najpogosteje avtorji omenjajo dve lastnosti: iskanje dražljajev oz. stimulacije (angl. sensation-seeking), kar je povezano s teorijo vznemirjenosti (angl. arousal theory; nagrada pri hazardiranju je vznemirjenje in ne denar); na voljo je precej močnih dokazov o okrepljeni vznemirjenosti pri hazarderjih, vendar pa je težko ugotoviti vzročno-posledično povezavo. Druga pomembna osebnostna lastnost je impulzivnost in številne raziskave potrjujejo impulzivnost kot osrednjo lastnost hazarderjev. Na tem mestu velja omeniti dokaze o morebitni povezavi med ADHD (primanjkljaj pozornosti in motnja hiperaktivnosti) in patološkim hazardiranjem, pri čemer je motnja pozornosti morda dejavnik tveganja za kasnejši razvoj motenj kontrole impulzov. Impulzivnost je morda celo bolj temeljna za patološko hazardiranje kot pa iskanje dražljajev, možno pa je tudi, da ti dve osebnostni lastnosti delujeta na dveh različnih stopnjah v poteku motnje.

Med drugimi osebnostnimi potezami avtorji omenjajo introvertiranost in ekstravertiranost, za kar so podatki šibki in nekonsistentni. Do 90 odstotkov patoloških hazarderjev naj bi po različnih študijah izpolnjevalo kriterije za vsaj eno osebnostno motnjo, pri čemer se najpogosteje omenjajo Cluster B osebnostne motnje; tudi na tem področju obstaja precej metodoloških pomanjkljivosti raziskav in je težko generalizirati osebnostne profile na vse osebe s patološkim hazardiranjem.

Med **biološko-biokemičnimi dejavniki** literatura omenja hemisferno disregulacijo, na kar kažejo

elektrofiziološke in nevrofiziološke študije (EEG-vzorci in hipometabolizem frontalnega režnja podobno kot pri ADHD). Disfunkcija serotonergičnega sistema je povezana z dezinhibicijo in slabim nadzorom impulzov, medtem ko je noradrenergični sistem povezan z modulacijo selektivne pozornosti in povišano vznemirjenostjo pri patoloških hazarderjih. Dokazi govorijo tudi v prid možni hiperaktivnosti dopaminergičnega sistema, ki ima vlogo pri nagrajevanju.

Ključno vlogo v razvoju in vzdrževanju patološkega hazardiranja imajo **kognicije**. Precej je dokazov o vzorcih iracionalnega oz. izkrivljenega mišljenja, pri čemer literatura v ospredje postavlja dva tipa kognitivnih distorzij: prepričanje, da lahko posredno ali neposredno vplivajo na izid igre, ter prepričanje, da lahko pravilno predvidijo izid. Kognicije se morda pri tem navezujejo tudi na fiziološke dejavnike, npr. vznemirjenje.

Psihološka stanja, predvsem anksioznost in depresivnost, pogosto povezujejo z razvojem patološkega hazardiranja. Hazardiranje lahko služi lažšanju negativnih psiholoških stanj, anksiozne in depresivne osebe pa izbirajo vedenje na podlagi tega, kaj jim bo pomagalo počutiti se bolje. Komorbidnost depresije med patološkimi hazarderji sega od 21 do 75 odstotkov, stres pa nima vloge le pri razvoju in vzdrževanju patološkega hazardiranja, temveč tudi sproža recidiv in ovira spremembo ter vzdrževanje spremembe. Številne raziskave uvrščajo patološko hazardiranje med kompulzivne motnje in izpostavljajo povezavo z obsesivno-kompulzivno motnjo (OKM). Opisujejo visoko stopnjo pojavnosti OKM in OKM-simptomov pri patoloških hazarderjih, visoko število točk na podlestvici izogibanja škodi (angl. harm avoidance subscale), težko upiranje mislim in željam po igranju. Kljub temu, da je kar nekaj dokazov za uvrščanje patološkega hazardiranja v OKM-spekter, pa so dokazi še nezadostni.

Poglavitne teorije in terapevtski pristopi

Psihodinamski model predstavlja prvi poskus konceptualizacije patološkega hazardiranja v začetku 20. stoletja. Iz psihoanalitične teorije lahko povzamemo tri poglavitne vidike: a) hazardiranje kot nezavedna zamenjava za pregenitalne libidinalne in agresivne odvode, povezane z ojdipalnimi konflikti; b) želja po kaznovanju in reakcija na krivdo; c) sredstvo ponavljajočega obnavljanja (ne pa tudi razreševanja) notranjega konflikta. Prednost psihodinamskega modela je poglobljena analiza intrapsihičnih procesov, pomanjkljivost pa neupoštevanje družbenih dejavnikov. Model tudi ne pojasni zadovoljivo, zakaj posameznik sploh prične hazardirati in kako se hazardiranje vzdržuje. Pri večini raziskav gre za študije primerov ali majhne vzorce.

Medicinski model predpostavlja fiziološko predispozicijo kot vzrok patološkega hazardiranja, določen potek, značilne simptome ter progresivno slabšanje. Za razliko od biološko-biokemičnih modelov klasično medicinski model predpostavlja ireverzibilnost motnje. Največ kritik medicinskega modela gre na račun popolne izključitve odgovornosti posameznika za lastno vedenje in posledično okrevanje, saj model motnjo opredeljuje kot nekaj, kar bolnik »dobi«. Manjši je tudi poudarek na preventivnih ukrepih, poleg tega medicinski model ne ločuje jasno med problematičnim in neproblematičnim hazarderskim vedenjem in ne upošteva možnosti epizodičnega poteka in spontanih remisij. Medicinski model torej ne dopušča razumevanja motnje v smislu kontinuuma.

Teorije odvisnosti izpostavljajo nekatere podobnosti med odvisnostjo od psihoaktivnih snovi in patološkim hazardiranjem: visok nivo vzdraženja, odvisniško vedenje kot način pobega od življenjskih problemov, simptomi cravinga, tolerance in odtegnitve, podobni psihološki profili. Komorbidnost hazardiranja in

odvisnosti od psihoaktivnih snovi je visoka. Vendar pa avtorji izpostavljajo tudi pomembne razlike: patološki hazarderji so psihično, ne pa tudi telesno odvisni, fenomen tekme (angl. chasing) je specifičen za patološko hazardiranje, težave hazarderji veliko lažje prikrijejo zaradi odsotnosti telesnih znakov.

Teorije učenja pojasnjujejo patološko hazardiranje kot naučeno vedenje, pri čemer gre za kombinacijo klasičnega in instrumentalnega pogojevanja. Teorije predpostavljajo različne pozitivne in negativne utrjevalne dejavnike ter fiziološko ali psihološko predispozicijo. Kritiki modelom učenja očitajo pomanjkanje klinične naravnosti in neupoštevanje zapletenosti hazarderskega vedenja. Premalo upoštevajo tudi individualne čustvene in motivacijske dejavnike ter precenjujejo pomen zunanjih družbenih dejavnikov. Literatura vedenjskih terapevtskih pristopov je obširna (averzivna terapija, desenzitizacija itd.), vendar metodološko pomanjkljiva.

Obširen **kognitivno-vedenjski model** patološkega hazardiranja izhaja iz podobnega modela odvisnosti in recidiva. Kot pomembne dejavnike v razvoju in vzdrževanju patološkega hazardiranja avtorji izpostavljajo disfunkcionalne kognicije, zaznave in motivacije ter šibke strategije soočanja. Kritiki očitajo pomanjkanje specifičnega teoretičnega ozadja in nepojasnen izvor disfunkcionalnih prepričanj. Heuristični model patološkega hazardiranja, ki sta ga razvila Sharpe in Tarrier (1993), upošteva načela klasičnega in instrumentalnega pogojevanja ter predvideva, da fiziološko vzburljenje sprva utrjuje denarna nagrada, kasneje pa sama hazarderska situacija. Pri tem upošteva šibke strategije soočanja in posledice hazardiranja (družbeni pritisk, stres, zloraba PAS), ki omejujejo izbor boljših virov soočanja. Številne študije dokazujejo zmanjšanje simptomov patološkega hazardiranja s pomočjo kognitivno-vedenjske terapije.

Večina teoretičnih modelov si je edina v obstoju neke fiziološke in psihološke predispozicije za razvoj patološkega hazardiranja ter v pomenu specifičnih sprožilnih dejavnikov. Večina razhajanj med modeli gre na račun tega, kolikšno veljavo pripisujejo posameznim dejavnikom. V grobem lahko rečemo, da neklinično usmerjene teorije poudarjajo vlogo družbenih in okoljskih dejavnikov, bolj klinične teorije pa notranje dejavnike. Velja poudariti, da se s profilom manj prizadetih in epizodičnih hazarderjev večina teh teorij ne ukvarja, hkrati pa so posamezne teorije precej restriktivne v smislu obravnave enega ali dveh dejavnikov. Povsem verjetno pa je, da gre pri patološkem hazardiranju za kompleksno interakcijo intrapsihičnih, bioloških, družbenih, okoljskih, razvojnih, kognitivnih in vedenjskih komponent. Ne obstaja dovolj izčrpna teorija, ki bi pojasnila patogeni proces, ki vodi od kontroliranega igranja na srečo do patološkega hazardiranja.

Zdravljenje

Psihodinamska psihoterapija se pogosto uporablja v zdravljenju patološkega hazardiranja, bodisi samostojno ali kot del multimodalnih oz. integrativnih pristopov. V literaturi je veliko študij primerov, ni pa na voljo randomiziranih kontroliranih raziskav.

Raziskave kognitivnih in vedenjskih tehnik (kognitivno restrukturiranje, imaginarna desenzitizacija in averzivna terapija) ter kognitivno-vedenjske terapije pri patoloških hazarderjih dajejo obetajoče rezultate, vendar pa so omejitve raziskav predvsem v majhnih vzorcih in pomanjkljivih merilih kompetentnosti terapevtov. Čeprav podatki kažejo na učinkovitost tako kratkih intervencij kot dolgotrajnejše terapije, pa optimalno trajanje terapije ni znano.

Med zdravili so raziskovali predvsem opioidne antagonist, inhibitorje ponovnega privzema serotonina

(SSRI) in stabilizatorje razpoloženja. Za naltrekson je največ podatkov iz dvojno slepih študij in potrditvene študije ter se v literaturi omenja kot zdravilo prvega izbora, manjkajo pa dolgotrajne randomizirane študije s placebom. Študije učinkovitosti SSRI so dale mešane rezultate, pri nekaterih so dokazali pomembno izboljšanje, pri drugih ne. Raziskave s stabilizatorji razpoloženja niso dale pomembnejših rezultatov. Ni pa podatkov študij, ki bi med seboj primerjale zdravila iz različnih terapevtskih skupin, prav tako ni podatkov o različnem učinku posameznih zdravil pri različnih pacientih s patološkim hazardiranjem, tudi ni študij razmerja med odmerkom in učinkom. Manjkajo tudi podatki

dolgoročne učinkovitosti. Napovedniški odziva na medikamentno terapijo niso poznani, preliminarni podatki kažejo, da se na naltrekson bolje odzovejo tisti pacienti z bolj intenzivno željo po hazardiranju (craving), na SSRI pa mlajši in moškega spola.

Splošna priporočila v obravnavi patološkega hazardiranja podpirajo tako psihoterapevtske kot medikamentne pristope, potrebno pa je poudariti tudi dokaj visok delež odgovora na placebo v raziskavah.

Literatura:

1. Black DW, Moyer T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behaviour. *Psychiatric Services* 1998; 49(11): 1434–1439.
2. Blaszczynski A, Nowe L. A pathways model of problem and pathological

gambling. *Addiction* 2002; 97: 487–499.

3. Blaszczynski A, Steel Z, McConaghy N. Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. *Addiction* 1997; 92(1): 75–87.
4. Grant JE, Odlaug BL, Potenza MN. Pathological gambling: clinical characteristics and treatment. In: Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R. *Principles of addiction medicine*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer. 2009.
5. Potenza MN, Steinberg MA, Skudlarski P, Fullbright RK, Lacadie CM, Wilber MK, et al. Gambling urges in pathological gambling. A functional magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 828–836.
6. Raylu N, Oei TPS. Pathological gambling. A comprehensive review. *Clinical Psychology Review* 2002; 22: 1009–1061.
7. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan&Sadock's synopsis of psychiatry: behavioural sciences, clinical psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.

Predstavitev knjige Mance Košir *Darovi minevanja*

Vabimo vas na predstavitev knjige pisem – pričevanj *Darovi minevanja* avtorice Mance Košir in dopisovalcev, ki bo

v torek, 19. maja 2015, ob 18. uri v prostorih Domus Medica, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana.

Knjiga dopisovanj o »poslednjih rečeh«: minevanju, umiranju, majhnih in velikih smrtih nagovori slehernika z bistvenimi vprašanji: Kako živiš? Kaj je smisel tvojega življenja? Česa se bojiš in zakaj? Kakšno je tvoje poslanstvo in kaj lahko ti daruješ svetu?

Z avtorico Mance Košir in z eno od dopisovalk, zdravnico Urško Lunder, se bo o knjigi *Darovi minevanja* ter njenih temah pogovarjala psihiatrinja Zdenka Čebašek Travnik.

Ne zamudite priložnosti za pogovor o tem, kako lahko tudi zdravniki vgradimo *Darove minevanja* v svoj odnos s pacienti.

Vljudno vabljeni.



David Suarez in ne David Copperfield – učitelj na trdnih tleh

Helena Komljanec, dr. dent. med., spec. zobne in čeljustne ortopedije, Ortodont Ortodontija Ambulanta Koper
helena.komljanec@gmail.com

Slovensko ortodontsko društvo je 30. in 31. januarja letos organiziralo odličen dvodnevni seminar v Kranjski Gori. Udeleženci smo z velikim zanimanjem prisluhnili energičnemu **prof. dr. Davidu Suarezu Quintanilli**. Dr. Suarez je vodja oddelka za ortodontijo v Santiagu de Compostela v španski Galiciji, je avtor mnogih poglavij v 12 različnih knjigah, aktiven član Evropskega ortodontskega združenja (EOS), Združenja ameriških ortodontov (AAO) in Svetovnega združenja ortodontov (WFO), sodeloval pa je celo v razvoju tehnike SWLF (Straight Wire Low Friction) pri podjetju Rocky Mountain Orthodontics. Kot vabljeni predavatelj nastopa v Evropi ter severni in južni Ameriki. Ob koncu

zadnjega, idilično zasneženega januarskega tedna pa je predaval tudi nam v Sloveniji.

Prof. Suarez nas je navdušil kot pravi učitelj. Podal nam je ogromno koristnih informacij, podprtih s trdno znanstveno osnovo in hkrati z bogatimi izkušnjami iz kliničnega dela.

Dan in pol tekočega in koncentriranega podajanja znanja je minil izredno hitro, saj smo slušatelji z velikim zanimanjem prisluhnili vsebinam iz prakse, **primerne za evropsko populacijo**.

V primerjavi z mnogimi predavatelji, ki želijo podati zapletena znanja z uporabo zapletenih sistemov, je dr. Suarez dokazoval ravno nasprotno: visoko nad »smart« tehnologijo je na piedestal postavil »smart« ortodonta.

Izkazal se je za strokovnjaka na trdnih tleh.

Pri obravnavi nepravilnosti RII je poudaril pomen uporabe **funkcionalnih aparatov**, pri čemer jih večinoma priredi za istočasno zdravljenje tako z elastičnim tegom kot tudi z delnim ali celotnim nesnemnim aparatom. Podal je zelo natančne napotke za njihovo izdelavo in uporabo.

Posvetil se je tudi **ekološki ortodontiji**, torej najkrajšemu in najbolj učinkovitemu zdravljenju pacienta z intenzivnim vključevanjem znanja o proprioceptiji.

Prof. Farčnik nas je vedno učil, da je samo ortodont tisti, ki pri danih nosilcih in lokih, **preko ustrezne aplikacije ligature, izzove ustrezno igro ortodontskih sil**. Prof. Suarez je prav temu izhodišču posvetil še posebej veliko razlage. Pri obravnavi mehanike zdravljenja z nesnemnimi aparati je slikovito pojasnil na eni



strani kontrolirano **manjšanje**, na drugi strani pa še kako potrebno **večanje sile trenja** za različne faze zdravljenja in celo za različne sektorje znotraj iste faze zdravljenja.

Poudaril je pomen ortodontske ureditve okluzije tudi z vidika **pre-ventive obstruktivne apneje med spanjem**.

V predzadnjem delu predavanj se je prof. Suarez izredno kompleksno posvetil **disfunkciji temporomandibularnega sklepa (TMD)**. Bil je kritičen do čedalje pogostejšega

predpisovanja terapije z antidepresivi ter podrobno razčlenil **celostni pristop terapije TMD**.

Dr. Suarez je predavanje zaključil s prikazom naravnost spektakularnih rezultatov zdravljenja z uporabo **ortodontskih mini implantatov**.

Seminar je bil zares odličen. Zgovorno je dejstvo, da kljub pravljični zimski idili v Kranjski Gori nihče od slušateljev ni niti za kratek čas zapustil dvorane. Le v petek zvečer smo se po koncu predavanj nekateri razgibali na nočni smuki.

Zahvaljujemo se kolegici Sanji Zupančič in gospodu Gregi Goltesu, ki sta najbolj zaslužna za čudovit seminar v Kranjski Gori.

Zahvaljujemo se podjetju 3GO dental&marketing, d.o.o., ki je bilo naš generalni pokrovitelj.

Prav tako se zahvaljujemo za sodelovanje in podporo tudi razstavljavcema iz Zagreba, podjetjema Alpeza, d.o.o., in Ortho Praxis, d.o.o., ki sta se ažurno in prijazno odzvala našemu vabilu.

Napredno iskanje biomedicinske literature za pomoč pri odgovorih na klinična vprašanja in pripravi sistematičnih preglednih člankov

Poročilo z izobraževanja na Univerzi v Yorku

Nana Turk, Vesna Cafuta,
Centralna medicinska knjižnica, MF UL
vesna.cafuta@mf.uni-lj.si

Priprava sistematičnih preglednih člankov in medicinskih smernic kot tudi iskanje odgovorov na klinična vprašanja pogosto zahteva sistematičen in bolj poglobljen pristop pri iskanju biomedicinske literature. Ob poplavi informacij in različnih baz podatkov je to pogosto težaven zalogaj, ki pa ga strokovnjaki s področja biomedicine v tujini že dalj časa rešujejo s partnerskim sodelovanjem s knjižnicami. V prizadevanju, da tudi v Sloveniji ponudimo tovrstno podporo, smo se zaposleni v Centralni medicinski knjižnici (CMK)

Medicinske fakultete v Ljubljani leta 2014 strokovno izpopolnjevali v centru York Health Economics Consortium na Univerzi v Yorku.

Zaposleni v Centralni medicinski knjižnici sledimo spremembam na področju razvoja medicinskega knjižničarstva in informacijskim potrebam medicinskih strokovnjakov. Posebno pozornost posvečamo tudi iskalnim tehnikam na področju klinične medicine za iskanje različnih študij in sistematičnih preglednih člankov, kar zahteva veliko spretnosti in poznavanje iskalnih strategij v različnih bazah podatkov. Knjižnica tako lahko ponudi uporabnikom informacijsko podporo pri reševanju

kliničnih vprašanj in pridobivanju visoko relevantnih člankov. CMK nudi številne baze podatkov za področje biomedicine, kjer so za uspešno iskanje informacij potrebna različna informacijska znanja. V tujini je že dolgo uveljavljeno partnersko sodelovanje med informacijskimi in medicinskimi strokovnjaki, ki je ključno za reševanje informacijskih problemov. Tudi v CMK si prizadevamo redno nadgrajevati svoje znanje v skladu s potrebami uporabnikov in tako prispevati k relevantnim rezultatom pri iskanju literature.

Avtorici članka sva se leta 2014 v centru York Health Economics Consortium (YHEC) Univerze v Yorku, Združeno kraljestvo Velika Britanija in Severna Irska, udeležili treh tečajev na temo zahtevnega iskanja biomedicinske literature. Strokovnjaki centra YHEC, ki vodi raziskave s področja zdravstvene učinkovitosti in metodologije sistematičnih preglednih član-

kov, so nam predstavili načine, kako učinkovito oblikovati iskalne strategije pri reševanju kliničnega vprašanja ter kako iskati literaturo za pripravo sistematičnih preglednih člankov. Prikazali so tudi uporabo nekaterih najnovejših računalniških programov in spletnih orodij, ki predstavljajo pomoč pri naprednem iskanju literature, ter z nami delili svoje osebne izkušnje in nasvete glede učinkovitega iskanja literature.

Tečaj Razumevanje iskalnih strategij

Za učinkovito reševanje informacijskega problema na področju klinične medicine je med drugim velikega pomena dobro oblikovana iskalna strategija. Z iskalno strategijo smo se ukvarjali na tečaju »Razumevanje iskalnih strategij«. Tečajniki smo spoznali, kako razumeti in razviti iskalno strategijo. Razložili so nam pomen iskanja z deskriptorji in besedami iz besedila, uporabo logičnih operatorjev in krnjenj ter kako kritično pristopiti k ovrednotenju iskalne strategije. Spoznali smo tehniko PICO, kot pripomoček za iskanje odgovorov na klinična vprašanja, ko klinično vprašanje razdelimo v štiri vsebinske komponente: »P« kot problem oz. značilnosti bolnika, »I« kot intervencijo oz. terapijo, »C« kot primerjavo (comparison) in »O« kot izid (outcome).

Vaje v oblikovanju iskalne strategije smo delali s pomočjo baze Medline, in sicer v prosto dostopnem sistemu PubMed, ki za kakovostno preiskovanje zahteva kompleksno oblikovanje iskalnih strategij. Na tečaju smo iskali informacije za konkretna klinična vprašanja, ki jih je zastavil predavatelj. Vprašanja smo analizirali tako, da smo opredelili ustrezne vsebinske komponente, ki so predstavljale osnovo za oblikovanje iskalne strategije. V nadaljevanju smo v strategijo vključili prosto oblikovane besede in standardizirane izraze, t.i. deskriptorje MeSH (Medical Subject Headings), ter jih povezali z logičnimi

operatorji. Preverili smo, ali so zajete vse najpomembnejše ključne besede in sinonimi, ustreznost deskriptorjev ter primernost študij in filtrov.

Natančno izdelana strategija je pogoj za pridobivanje čim večjega števila relevantnih člankov. Pri tem je pomembno obvladovanje tako informacijskih veščin kot poznavanje medicinske terminologije, zato je zelo koristno sodelovanje medicinskega in informacijskega strokovnjaka.

Tečaj Zahtevno iskanje literature za potrebe sistematičnih preglednih člankov, vrednotenja zdravstvenih tehnologij in priprave smernic

Na tečaju o zahtevnem iskanju literature za potrebe sistematičnih preglednih člankov, vrednotenja zdravstvenih tehnologij in priprave smernic smo se seznanili z naprednimi tehnikami iskanja literature predvsem za potrebe sistematičnih preglednih člankov.

Sistematični pregledni članki predstavljajo najvišjo stopnjo dokazov v z dokazi podprti medicini, njihova priprava pa je podvržena točno določeni metodologiji. Iskanje objavljene literature, prva stopnja pri pripravi sistematičnega preglednega članka, mora biti izvedeno sistematično, dovolj obširno, da zajame vso relevantno literaturo, in na način, ki omogoča ponovljivost. Prav v tem delu strokovnjakom s področja biomedicine v tujini pogosto priskočijo na pomoč medicinski knjižničarji oz. informacijski specialisti, ki tako prevzamejo zahtevno in odgovorno nalogo.

V prvi fazi z uporabo različnih tehnik identificiramo iskalne pojme, ki jih bomo uporabili pri iskanju, nato ugotovimo obsežnost literature na

določeno temo ter strukturiramo iskalno strategijo za enostavne in zapletene primere (metoda PICO ni vedno ustrezna). Strokovni pregled končne iskalne strategije s strani izkušenega informacijskega specialista je priporočljiv in pomemben korak, ki prispeva k izboljšanju iskalne strategije ter obenem prispeva h kakovosti končnega izdelka.

Pomembno je, da se med iskanjem ne omejimo le na mednarodne baze (npr. v biomedicini sta to Medline oziroma PubMed), ampak ga je koristno razširiti tudi na ustrezne nacionalne baze, saj bo le na ta način iskanje relevantnih študij dovolj izčrpno.

Tečaj Iskalni filtri, besedilne analize in besedilno rudarjenje

V okviru tečaja na temo naprednejšega oblikovanja iskalne strategije je bil v prvem delu poudarek na iskalnih filterih. Iskalni filtri so pravzaprav preizkušene in preverjene iskalne strategije, katerih namen je omejiti rezultate iskanja na npr. določen tip študije (sistematični pregledni članki, randomizirani klinični poskusi) ali starostno kategorijo. Iskalne filtre kombiniramo s specifičnimi iskalnimi izrazi. Razvitih je bilo veliko različnih iskalnih filtrov, katerih učinkovitost se lahko močno razlikuje, zato je zelo pomembno, da se pred uporabo določenega filtra dobro pozanimamo, s kakšnim namenom je bil ustvarjen in ali ustreza našim potrebam. Informacije o iskalnem filtru pridobimo v članku, v katerem je bil iskalni filter objavljen.

V drugem delu tečaja smo preizkusili nekatere računalniške programe, ki omogočajo povsem inovativen pristop k formulaciji iskalnih strategij in iskanja zakonitosti v besedilih prek besedilnih analiz (Text analysis) in besedilnega rudarjenja (Text mining). Pri besedilni analizi pretvorimo besedilo v podatke, ki se uporabijo pri analizi, in sicer prek analitičnih

metod in metod za obdelavo naravnega jezika. Možna je analiza frekvenčne distribucije besed, prepoznavanje besedilnih vzorcev, dodajanje vsebinskih oznak in ekstrakcija točno določenih tipov informacij. Vključuje tehnike besedilnega rudarjenja, asociacijsko analizo in grafično predstavitev rezultatov. Besedilno rudarjenje omogoča pridobitev kakovostnih informacij iz besedila, in sicer prek razčlenitve besedila na točno določene kategorije, izbiranja besed znotraj posameznih kategorij, iskanja vzorcev in povezav med posameznimi entitetami ter vrednotenje in interpretacije rezultatov. S temi postopki lahko ugotovimo, kateri so najpomembnejši ključni pojmi v besedilu, kakšne so povezave med njimi ter kakšni so trendi.

Programi in aplikacije, ki postajajo vedno bolj številčni, nam torej lahko olajšajo pot do končne iskalne strategije, še posebej, če imamo opravka s primeri, kjer je v igri več različnih vsebinskih komponent in so povezave med njimi lahko zelo zapletene.

Zaključek

Danes so na spletu na voljo številne informacije, katerih kakovost ni vedno zanesljiva. Knjižnice organizirajo in zagotavljajo dostop do kakovostnih zbirk podatkov, kjer uporabniki najdejo zanesljive informacije za svoje strokovno delo in študij. Na voljo je vse več kakovostnih informacijskih virov, kjer so za učinkovito uporabo potrebna različna informacijska znanja. Informacijski strokovnjaki v Centralni medicinski knjižnici nudijo izobraževanja in ustrezno pomoč, ki je dobrodošla še posebej pri zahtevnejših primerih iskanja medicinskih informacij.

Iskanje literature za področje biomedicine je področje, kjer lahko zdravnik oz. raziskovalec in informacijski strokovnjak oz. knjižničar partnersko sodelujeta vsak s svojim specifičnim znanjem, knjižničar prispeva svoje poznavanje in razumevanje iskalnih sistemov in iskalnih strategij, biomedicinski strokovnjak pa poznavanje svojega strokovnega oz. raziskovalnega področja.

V CMK se trudimo, da bi zadovoljili informacijske potrebe naših uporabnikov, ki potrebujejo pri svojem kliničnem in raziskovalnem delu vse več kakovostnih informacij. V preteklosti naši uporabniki niso potrebovali toliko pomoči, saj so bili zadovoljni z enostavno pridobljenimi informacijami. Sedaj pa potrebujejo, tako kot njihovi kolegi v tujini, pomoč pri zahtevnejših informacijskih problemih.

Zaposleni v CMK se zavedamo potrebe naših uporabnikov, zato se izobražujemo v različnih tehnikah iskanja in pridobivanja informacij. Eno takih izobraževanj je bilo usposabljanje na tečajih na Univerzi v Yorku, ki nam je prineslo dragocene izkušnje v iskanju kliničnih informacij ter značilnostih in posebnostih v razvoju iskalnih strategij.

Predstojnici Centralne medicinske knjižnice se iskreno zahvaljujeva za spodbudo in podporo pri dodatnem izobraževanju v tujini.



DOMUS
MEDICA

8. mednarodni kongres novih tehnologij v stomatologiji

Kongres je namenjen seznanjanju zobozdravnikov z novostmi v stomatologiji in z razvojem stroke v regiji ter povezovanju različnih specialističnih področij v stomatologiji z delom splošnega zobozdravnika. Na srečanju bodo izbrani predavatelji iz regije predstavili teme iz parodontologije, ortodontije, pedontologije, konservativnega zobozdravstva in endodontije, protetike, estetskega zobozdravstva, profesionalnega menedžmenta v zobozdravstvu ter oralne in maksilofacialne kirurgije. V čast nam je, da lahko najavimo predavanje znamenitega profesorja s področja implantologije prof. dr. Georga H. Nentwiga z Univerze v Frankfurtu, izumitelja implantoloških sistemov v zobozdravstvu.

Kongres organizira Odbor za zobozdravstvo pri ZZS v sodelovanju z regionalnimi zobozdravniškimi zbornicami. Potekal bo v soboto, 24. 10. 2015, v Domus Medica v Ljubljani.

O vseh podrobnostih in programu vas bomo obvestili v naslednjih številkah revije Isis in na spletnih straneh. Vljudno vas vabimo, da si rezervirate čas in se udeležite našega srečanja.

Več informacij na <http://www.domusmedica.si>

Recenzija knjige »Liechtensteinova hernioplastika« avtorja Jurija Gorjanca

Prim. mag. Miran Rems, dr. med., SB Jesenice

V slovenskem prostoru redko izide knjiga s kirurško tematiko. Še redkeje dobimo knjigo, ki opisuje kirurško tehniko in jo napiše slovenski avtor. Tako knjiga postane odličen pripomoček študentom, specializantom in specialistom pri seznanjanju z eno od tehnik oz. metod operiranja dimeljske kile. To je še posebej pomembno, ker se v našem prostoru uporablja več operativnih metod. V knjigi je opisana tehnika, pri kateri se uporabljajo čim lažje mrežice, saj se je izkazalo, da imajo pacienti z njimi manj pooperativnih težav. Imamo enkratno možnost, da v našem prostoru poenotimo kirurško tehniko korekcij kil z lahko mrežico.

Velika vrednost knjige je v nazornem prikazu posameznih korakov. Napisna in narisana je tako plastično, da lahko že manj izkušen operater prilagodi tehniko originalni. Gre za odlično sodelovanje slikarke Irine Mouravieva Pušnik in kirurga Jurija Gorjanca, ki daje na kirurške police drobno, a zelo vredno knjigo. Zapisni so nastali po opisu profesorja Andrewa Kingsnort-ha, ki je bivši predsednik Evropske herniološke zveze in zagovarja originalno Liechtensteinovo metodo.

Avtor je predsednik Herniološke sekcije in svojo funkcijo opravlja v najzlahtnejši obliki. Pripravljen je izvesti demonstracijske operacije in tako v živo pokazati, kako se tehnika izvaja. To možnost smo že preskusili v naši hiši in po demonstracijskih operacijah se Liechtensteinova tehnika redno uporablja. Tako je prijetno strokovno druženje kolegov dodalo kamenček v mozaik zadovoljstva pacienta.

Knjiga ima še eno posebnost. Napisana je v štirih jezikih. Poleg slovenščine še v nemščini, angleščini in italijanščini. Tako postaja del mednarodne zakladnice kirurških tehnik pri korekciji dimeljskih kil. Verjetno je imel avtor v mislih tudi poučevanje v zdravstveno manj razvitih deželah. Je član mednarodne ekipe, ki je izvajala tečaje hernioplastik v Gani, Mongoliji in



aktivno nadaljuje svoje delo tudi v drugih državah.

Verjamem, da bo knjiga postala pogosto uporabljen učbenik in opomnik v marsikateri operacijski dvorani doma in po svetu. Vsi zainteresirani jo lahko dobe pri avtorju, najbolje preko elektronske pošte jurij.gorjanc@mf.uni-lj.si

Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

NASLOV STROKOVNEGA SREČANJA	DATUM	SPI TOČKE	KOTIZACIJA (DDV je vključen)
Preprečevanje izgorelosti pri zdravnikih (delavnica, 10 ur)	maj: 5. 5., 19. 5., 2. 6., 16. 6. 2015	v postopku	180 EUR
Temelji varnosti pacientov – znanje, potrebno za preprečevanje napak (predavanja, seminarji, interaktivne ure, študije primerov, 24 ur)	maj: 9. 5. 2015, 23. 5. 2015 in 30. 5. 2015 (8.30–17.15)	20	člani zbornice, medicinske sestre, fizioterapevti, radiološki inženirji: 305 EUR; za tim z istega oddelka: 275 EUR na člana tima; specializanti: 232 EUR; upokojeni zdravniki: 65 EUR; farmacevti, medicinski biokemiki, klinični psihologi in drugi: 490 EUR
Komunikacijske odvozanke in osebne odlike (seminar)	maj: 11. 5. 2015	5,5	120 EUR
Da ne bi po nepotrebnem strašili in jezili drugih (seminar)	maj: 13. 5. 2015 junij: 10. 6. 2015	4	60 EUR
Kako zmanjšati stres ter imeti boljši stik s sabo in pacienti	maj: 16. 5.–13. 6. (5 zaporednih sobot); 9.00–13.00	20	340 EUR
Vodenje zdravniških timov (seminar)	maj: 21. 5. 2015	8	120 EUR
Izgorelost in delovna izčrpanost (delavnica)	maj: 30. 5. 2015 junij: 6. 6. 2015	4	90 EUR
Čustveno inteligentni starši (seminar)	junij: 2. 6. 2015	3	40 EUR
Zdravniki in mediji	junij: 4. 6. 2015	v postopku	kotizacije ni
Izvajanje laboratorijskih testov ob pacientu – POCT	junij: 11. 6. 2015	v postopku	100 EUR
Kongres novih tehnologij v stomatologiji	oktober: 24. 10. 2015	v postopku	bo objavljeno

Če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije. Podroben program in prijavnico najdete na spletni strani zbornice: <http://domusmedica.si/dogodki>
Dodatne informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zzs-mcs.si, T: 01 30 72 191

Obvestilo organizatorjem izobraževanj – beleženje prijav

Vse organizatorje bi želeli obvestiti, da se lahko udeleženci na (vaše) dogodke prijavljajo tudi preko spletne strani www.domusmedica.si ali www.zdravniskazbornica.si, kjer je vaš dogodek objavljen, potem ko zbornici podate vlogo za dodelitev kreditnih točk.

Zato prosimo, da spremljate prijave preko aplikacije Licenčnik (dostop preko www.zdravniskazbornica.si), za kar potrebujete uporabniško ime in geslo, ki ga dobite pri g. Milanu Kokalju (milan.kokalj@zzs-mcs.si).

Tako zbrane prijave omogočajo on-line evidentiranje prisotnih na samem dogodku in pošiljanje e-seznama udeležencev zbornici za dodelitev točk.

V kolikor želite prijave zbirati sami, vas prosimo, da o tem obvestite go. Mojco Urana (mojca.urana@zzs-mcs.si), da pri vašem izobraževanju ukine možnost spletne prijave. To seveda pomeni, da boste morali prijave v aplikacijo Licenčnik (za dodelitev kreditnih točk) vnesti sami.

Dodatne informacije: maja.horvat@zzs-mcs.si, tel.: 01 30 72 143.

Preprečevanje izgorelosti pri zdravnikih, 1. sklop

delavnica – maj, junij

Obdobje, v katerem sedaj živimo, je lahko za marsikoga zelo neizprosno. Zato se v čedalje večjem številu soočamo s posledicami izgorevanja. Izgorevanje na delovnem mestu ni odvisno samo od povečanega obsega dela, vezano je tudi na občutek izgube nadzora nad opravljenim delom, nagradnim sistemom, razpadom vrednot ali nasprotujočimi si vrednotami ipd. Znaki izgorevanja se lahko kažejo kot velika izčrpanost, splošno neprijetno počutje, motnje spanja, obup, pomanjkanje sočutja, simptomi so vidni tudi v obliki cinizma, prenašanja odgovornosti na druge, povečanih občutkov krivde, izgube smisla. Ti znaki so velikokrat spregledani, imajo pa lahko povezavo z izgorevanjem, ker zajemajo telesni, duševni, duhovni, socialni in ekološki vodik.

Delo je usmerjeno v večanje zavedanja (iskanje smisla in razumevanja), iskanje podpirajočih prepričanj in rešitev, večanje občutka solidarnosti in v delo z viri.

Izvajalka: Tanja Breznik je diplomirana delovna terapevtka, diplomirana psihoterapevtka (SFU), psihoterapevtka pod supervizijo.

Ukvarja se s predavanji in svetovanjem, ki so pretežno posvečeni stresu in stresu sorodnim stanjem, ter s psihoterapijo smeri Integrativna terapija po dr. Petzoldu.

Temelji varnosti pacientov – znanje, potrebno za preprečevanje napak

predavanja, seminarji, interaktivne ure, študije primerov – maj

Usposabljanje bo povečalo znanje, večšine in zmožnosti zdravnikov in drugih zdravstvenih strokovnjakov za **razumevanje nastanka napak**, razjasnilo pojme, kot so skorajšnja napaka, škodljivi dogodek, zaplet, ter usposobilo udeležence za uporabo metod, tehnik in orodij za preprečevanje napak. **Udeleženci bodo spoznali, kakšno škodo za varnost pacientov povzroča dosedanji sistem obtoževanja posameznika** in kriminalistično preganjanje človeških napak, ki ustvarja kulturo strahu, kar vodi v skrivanje napak, pripisovanje napak zapletom in defenzivno medicino. **Seznani se bodo z novim sistemskim pristopom pri obravnavanju napak in njihovem preprečevanju.** Zdravnike

in druge zdravstvene strokovnjake k temu zavezujejo etični kodeksi in drugi dokumenti Sveta Evrope in Evropske unije. Škoda, ki jo utrpijo pacienti, ni samo človeška, ampak tudi finančna. V sistemih, kot je naš, pa je druga žrtev napake zdravnik ali drug zdravstveni strokovnjak, ki je bil vpleten pri nenamerni napaki. S timskim delom izboljšujemo varnost pacientov, zato spodbujamo, z nižjo kotizacijo, prijavo večpoklicnih timov.

Izvajalec: dr. Andrej Robida, dr. med., izr. profesor pediatrije in javnega zdravja

Videoposnetek si lahko ogledate na:
<http://youtu.be/EOM3Fpc-dMc>

Komunikacijske odvozanke in osebne odlike

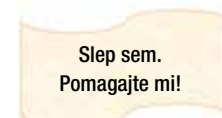
seminar – maj

Delo v službi je z ustreznim »osebnim menedžmentom«, komuniciranjem ter čustveno in socialno inteligenco prijetnejše in s tem učinkovitejše, kar pripomore k zadovoljstvu in motivaciji tako posameznika kot tudi delovne skupine in celotne organizacije.

Na srečanju bomo pokukali v zakladnico komunikacijskih in osebnostnih veščin ter **izpostavili vrednote in prepričanja, ki nas oblikujejo in odlikujejo.** In so seveda hkrati naš »napajalnik« dobre volje in pozitivne energije, kar se odraža v strokovnem in kakovostnem delu. Z notranjim monologom in »osebno inventuro« si bomo odgovorili na nekaj pomembnih vprašanj. In si postavili cilj(e) – odvozlati komunikacijske zanke in izkoristiti svoje osebne odlike za uspešen poslovni (in zasebni) vsakdan.

Vabljeni na »komunikacijsko potovanje«.

Z ustrežno komunikacijo namreč odpiramo vrata drug drugemu. **S tem ohranimo osebno energijo in polepšamo dan tudi drugim.** Z ustreznimi osebnimi odlikami in komunikacijskimi spretnostmi bo naš poslovni in zasebni dan lepši.



V čem je razlika med napisoma »prej in potem«, ob katerih sedi na ulici slep berač, ki steguje predse razprto dlan?

Seminar vodi Irena Potočar Papež, univ. dipl. pedagoginja in profesorica slovenščine, NLP-praktik, mediatorica, predavateljica na višjih šolah, lektorica, avtorica člankov in predavateljica vsebin o jeziku (pravila pisnega in ustnega sporočanja,

netiketa), komuniciranju, postavljanju ciljev, poslovnem bontonu, javnem nastopanju in retoriki ter temah za osebnostno rast, voditeljica različnih javnih prireditev in avtorske televizijske oddaje. Izvajalka v izobraževalna družjenja vnaša številne primere iz dvajsetletne osebne prakse na področju komuniciranja v različnih okoljih in položajih.

Vtisi udeležencek:

»Odlično pripravljeno in bogata znanja predavateljice, ki se je res iskreno z dušo in srcem pripravila na današnje srečanje. Profesionalno, odlično... iskreno priporočam.«

Jarmila Trček Breznikar, dr. med.

Da ne bi po nepotrebnem strašili in jezili drugih

predavanja – maj, junij

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.

Kako zmanjšati stres ter imeti boljši stik s sabo in pacienti

delavnica – začetek v maju,
5 zaporednih sobot

Poklic zdravnika spada med »pomagajoče« poklice. Pri tem je izgorevanje na delovnem mestu med največjimi dejavniki tveganja. Delo nenehno spremljajo visoke obremenitve pri delu ter tudi v komunikaciji s sodelavci in pacienti. Posledice stresa se kažejo v zmanjšanju fizičnega in psihičnega

blagostanja in imajo vpliv tudi na učinkovitost pri delu ter na širše delovanje organizacije. Zato je za zdravnika še kako pomembno, da prepozna znake stresa in tudi učinkovito poskrbi za svoje zdravje. Program obvladovanja stresa je tako celostno usmerjen v **pridobivanje večje jasnosti in pregleda nad tem, kaj se dogaja v posameznikovem življenju, v izboljševanje zmožnosti reševanja problemov in zmožnosti koncentracije ter izboljšanje komunikacije z drugimi**. Celostno se pristopa k zmanjšanju simptomov stresa ter izboljšanju kakovosti življenja nasploh. Osnova programa je **učenje čuječnosti (mindfulness)**, ki je **praksa zavedanja in opazovanja našega trenutnega doživljanja ter ena izmed najučinkovitejših metod obvladovanja stresa, ki je tudi raziskovalno potrjena**.

Izvajalki:

Melita Košak je univerzitetna diplomirana psihologinja in transakcijsko-analitična psihoterapevtka, zaposlena na Inštitutu za integrativno psihoterapijo in svetovanje, Ljubljana (www.institut-ipsa.si). V okviru Bangor University, Velika Britanija, se je izobraževala iz *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT).

Karin Kanc Hanžel je specialistka internistka, diabetologinja, ki vodi zasebno ordinacijo za diabetes in zdravo življenje s koncesijo, jazindiabetes (www.jazindiabetes.si). Je doktorica znanosti, ki ima članke s področja diabetesa objavljene v vseh najpomembnejših mednarodnih diabetoloških strokovnih revijah.

Vodenje zdravniških timov

seminar – maj

Ko sem pred leti delala z uspešnim vodjem, ki je imel izjemne sodelavce, sem ga vprašala, kje uspe dobiti take sodelavce. Odgovoril mi je: »Takah sodelavcev ne dobiš. Take vzgojiš.« In to je vsekakor eden od izzivov vodenja: ob sebi imamo ljudi, ki so osebnostno zelo različni, vsak s svojimi dobrimi in slabimi lastnostmi, vsak s svojimi mejami sposobnosti in zmožnosti. Dober vodja je kot dirigent, ki vzpodbudi svoj »orkester«, da igra harmonično, da se njegovi sodelavci soočijo z vsemi izzivi na delovnem mestu, dosežajo dobre rezultate, in predvsem, da obvladujejo manjše in velike spremembe, ki jih prinaša okolje in vsakodnevno delo.

Vsebinska

Opolnomočenje tima

- Razlika med timom in ekipo. Razlika med rutinskimi in kreativnimi nalogami.
- Kdo je tim in kako ga sestaviti? Kako organizirati delo v timu?

- Kako kot vodja zagotovim (so)delovanje?

Naloge vodje

- Vodja P.O.V.E. (planira, organizira, vodi, evalvira)
- Trije mehanizmi vodenja: delegiranje, odločanje, nadzor

Vodenje tima

- Situacijsko vodenje: vsakega sodelavca vodim drugače. Različni stili vodenja in kdaj je kateri bolj učinkovit.
- Odgovornost je pri večini sodelavcev potrebno privzgojiti.
- Opreделите jasne pristojnosti in odgovornost.

Resnice in zmote o motivaciji

- Kaj naredi vodja, ko sodelavci nočejo sodelovati?
- Ali je v vaši organizaciji veliko ogovarjanja, jamranja, iskanja izgovorov (»nimam časa«)? Zakaj se to dogaja?
- Motivacija je povezana z nadzorom in stilom vodenja.
- Nov pristop nadzora – privzgojajte odgovornost sodelavcev za dosego rezultatov!
- Kako se odzovemo, ko se zgodijo napake/zmote?

Komunikacija v timu

- Komunikacija v timu: Nehajte se prepirati, naučite se kregati! Naj bodo vaši sestanki kreativni.

Izvajalka: Metka Komar

Področje njenega delovanja je osebna in poslovna odličnost. Je diplomirana ekonomistka in licencirana trenerka NLP (nevrolingvističnega programiranja) ter strokovnjakinja za poslovno odličnost, EFQM.

Predava, svetuje, izvaja delavnice ter *coaching* na področju komunikacije, asertivnosti, pogajanj, timskega dela (vodenje in opolnomočenje timov ter *teambuilding*), reševanja konfliktov, projektnega vodenja in uvajanja sprememb (*Change Management*).

Svojo karierno pot je začela v podjetjih, kjer je bila na vodilnih položajih in se v praksi srečevala z izzivi vodenja in komuniciranja, zato se je veliko dodatno izobraževala na teh področjih.

Izgorelost in delovna izčrpanost

delavnica – maj, junij

Opis in namen delavnice:

Delavnica Izgorelost in delovna izčrpanost je zasnovana tako, da se udeleženci poučijo o razločevalnih kriterijih in ukrepih obravnave pri na videz podobnih, a hkrati različnih motnjah, ki se še vedno pre pogosto enačita. Obe motnji je moč

vnaprej uspešno preprečevati in se izogniti njunim številnim negativnim posledicam, ki prizadenejo vse večje število ljudi, zlasti ogrožene skupine odgovornih in sposobnih ljudi.

Poleg diferencialne diagnostike med obema motnjama, se bomo na delavnici naučili, kako se lahko uspešno in trajno zavarujemo in kako lahko sistematično odpravljamo posledice obeh motenj.

Izvajalca:

Mitja Perat, direktor Inštituta za razvoj človeških virov in terapevt medicinske hipnoze. Na povabilo vodje katedre za socialno psihologijo na oddelku za psihologijo FF v Ljubljani predava študentom 3. letnika psihologije na temo: Klinična hipnoza – teorija, aplikacija in raziskovalna epistemologija.

Aljaž Mezeg, poklicni pilot potniškega letala. Leta 2008 je diplomiral na Fakulteti za strojništvo v Ljubljani in pridobil naziv diplomirani inženir strojništva. V okviru Evropske zveze za letalsko psihologijo EAAP je pridobil naziv specialist za človeški faktor (2011). Trenutno končuje študij na Filozofski fakulteti v Ljubljani, smer psihologija, kjer ima status absolventa.

Čustveno inteligentni starši

predavanja – junij

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).

Seminar vodi dr. Polona Selič, univ. dipl. psih.

Zdravniki in mediji

delavnica – junij

Zdravnik/zdavnica se na svoji poklicni poti slej ko prej sreča z mediji; ali neposredno preko dogovorjenega intervjuja z novinarjem ali preko zgodbe, v katero je lahko vpleten/a po pričevanju bolnika. Mediji lahko zdravnika obiščejo tudi nenapovedano, ko pridejo snemat prispevek v ambulanto ali javni zavod. **Kako se odzvati, prenašati sporočila in kako se predstaviti javnosti?** Kdo so novinarji in kaj želijo od vas? Koga predstavljajo in ali se je treba sploh odzivati na njihove klice? Na delavnici s profesorico novinarstva dr. Manco Košir bomo preko pogovora in izkušenj dobili odgovore na vprašanja. Novinarica Dela

Milena Zupanič bo predstavila temo Zdravniki v luči dobrih in slabih novic v medijih, vodja službe za odnose z javnostmi na ZZS, Polona Lečnik Wallas, pa temo Kako lahko zdravniku pri delu z mediji pomaga predstavnik odnosov z javnostmi.

Izvajanje laboratorijskih testov ob pacientu – POCT

seminar – junij

Seminar organizira Odbor za zasebno dejavnost Zdravniške zbornice Slovenije v sodelovanju z Zbornico laboratorijske medicine. Zasebni zdravniki izvajamo tovrstne preiskave z namenom, da prihranimo čas in poti pacientom ter optimiziramo naše delo. Po izkušnjah po prvem tovrstnem seminarju pred enim letom nam gre vedno bolje tudi pri zunanji presoji naših »priročnih laboratorijev«. Naša skupna želja je, da bi s sodelovanjem obeh zbornic **poenostavili postopke tako za izvajalce teh preiskav kot tudi za nadzorne komisije**. Korak k temu je tudi **izdaja knjižice priporočenih postopkov**, ki jo je izdalo strokovno združenje (SZ-KKLM): »Priporočila za organiziranje in izvajanje laboratorijskih testov ob pacientu – POCT«. Seminar je namenjen zdravnikom in medicinskim

sestram ter ostalim izvajalcem laboratorijskih testov ob pacientu.

8. mednarodni kongres novih tehnologij v stomatologiji

seminar – oktober

Kongres je namenjen seznanjanju zobozdravnikov z novostmi v stomatologiji in z razvojem stroke v regiji **ter povezovanju različnih specialističnih področij v stomatologiji z delom splošnega zobozdravnika**. Na srečanju bodo izbrani predavatelji iz regije predstavili teme iz parodontologije, ortodontije, pedontologije, konservativnega zobozdravstva in endodontije, protetike, estetskega zobozdravstva, profesionalnega menedžmenta v zobozdravstvu ter oralne in maksilofacialne kirurgije. V čast nam je, da lahko najavimo predavanje znamenitega profesorja s področja implantologije prof. dr. Georga H. Nentwiga z Univerze v Frankfurtu, izumitelja implantoloških sistemov v zobozdravstvu.

Kongres organizira Odbor za zobozdravstvo pri ZZS v sodelovanju z regionalnimi zobozdravniškimi zbornicami.

5. 5., 19. 5., 2. 6., 16. 6. ob 17.00 • PREPREČEVANJE IZGORELOSTI PRI ZDRAVNIKIH (1. sklop)

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, učilnica Julija **št. udeležencev:** 16 **kotizacija:** 180 EUR **k. točke:** v postopku

vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravnikom. Znaki izgorevanja se lahko kažejo kot velika izčrpanost, splošno neprijetno počutje, motnje spanja, obup, pomanjkanje sočutja, simptomi so vidni tudi v obliki cinizma, prenašanja odgovornosti na druge, povečanih občutkov krivde, izgube smisla. Delo je usmerjeno v večanje zavedanja (iskanje smisla in razumevanja), iskanje podpirajočih prepričanij in rešitev, večanje občutka solidarnosti in v delo z viri.

organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Tanja Breznik, univ. dipl. psih.

prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si, informacije: Mojca Vrečar, MBA, T: 01 30 72 191

7. ob 10.00 • MOŽNOSTI ZDRAVLJENJA IN REHABILITACIJE PRI TEŽAVAH S HRBTENICO

kraj: LJUBLJANA, UKC, predavalnica 2 **št. udeležencev:** ni podatka **kotizacija:** 30 EUR **k. točke:** 3

vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom, fizioterapevtom, delovnim terapevtom

organizator: Inštitut za medicinsko rehabilitacijo, asist. dr. Nataša Kos, dr. med.

prijave, informacije: prijave: E: maja.zorc@kclj.si, informacije: Maja Zorc Miglioranza, T: 01 522 49 77, E: maja.zorc@kclj.si

7.–9. ob 9.00 • PODIPLOMSKI TEČAJ IZ PROTIMIKROBNEGA ZDRAVLJENJA

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska 162 **št. udeležencev:** 30–35 **kotizacija:** 200 EUR (DDV ni vključen) **k. točke:** 20

vsebina: podiplomski tečaj za zdravnike, ki delajo v bolnišnici, posebno vabljene specializanti

organizator: Sekcija za protimikrobno zdravljenje pri Slovenskem zdravniškem društvu, prof. dr. Bojana Beović, dr. med., višja svetnica

prijave, informacije: prijave: Tajništvo Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva ulica 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, dipl. ekon., T: 01 522 13 52, F: 01 522 42 20, E: simona.rojs@kclj.si

8. ob 8.30 • PODPORNO ZDRAVLJENJE BOLNIKOV Z RAKOM

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, predavalnica v pritličju stavbe C	št. udeležencev: 120	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 7
vsebina: izobraževanje je namenjeno vsem zdravnikom (predstavljene bodo redko obravnavane teme, s katerimi se dnevno srečujemo specialisti različnih strok in so nepogrešljive za celostno obravnavo bolnikov z rakom. Dotaknili se bomo psihosocialne podpore strokovnih in laičnih skupin, možnosti in pomena rehabilitacije, zakonskih pravic s strani ZZSZ ter aktualnih tem samozdravljenja z dietami, kanabinoidi in alternativnim zdravljenjem. Predstavljene bodo tudi vsakodnevne težave pri obravnavi bolnikov na primarni ravni. Teme bodo obravnavane interaktivno. Vaša vprašanja o problematiki sprejemamo na E: podporna.terapija@onko-i.si in bodo vključena v predavanja ali v razpravo)	organizator: Združenje za radioterapijo in onkologijo SZD, Sekcija za internistično onkologijo SZD, Onkološki inštitut Ljubljana, Katedra za onkologijo MF UL, doc. dr. Vaneja Velenik, dr. med, asist. Jasna But Hadžić, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Onkološki inštitut, Sektor za radioterapijo, Zaloška 2, Ljubljana, informacije: Anja Smolič, T: 01 587 95 22, F: 01 587 94 16, E: udgTajnistvo_RT@onko-i.si	

8. ob 15.00 • 4. ŠOLA IZ ENDOKRINOLOGIJE

kraj: PORTOROŽ	št. udeležencev: 60	kotizacija: ni podatka	k. točke: v postopku
vsebina: učna delavnica je namenjena zdravnikom družinske medicine	organizator: Slovensko osteološko društvo, doc. dr. Tomaž Kocjan, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: endosola@gmail.com	

8.–9. ob 8.00 • KOGOJEVI DNEVI 2015: DERMATOZE PERIGENITALNEGA PREDELA

kraj: LJUBLJANA, Austria Trend Hotel	št. udeležencev: 80	kotizacija: 100 EUR, za študente medicine 30 EUR, za specializante 50 EUR	k. točke: 12
vsebina: srečanje je namenjeno zdravnikom specialistom ginekologije, dermatovenerologije, urologije, gastroenterologije, infektologije, zdravnikom družinske medicine	organizator: UKCL, Dermatovenerološka klinika in Katedra za dermatovenerologijo MF UL, prim. asist. Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med., svet.	prijave, informacije: prijave: do 5. 5. 2015, E: nevenka.juvancic@kclj.si , informacije: Nevenka Juvančič, T: 01 522 42 80, E: nevenka.juvancic@kclj.si	

8.–9. ob 14.00 • 61. SESTANEK SZGH in 3. SIMPOZIJ ALPE-ADRIA-DONAVA

kraj: ROGAŠKA SLATINA, Kulturni center	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 150 EUR	k. točke: 6
vsebina: strokovno srečanje – sestanek in simpozij je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo, prof. dr. Bojan Tepeš, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: melita.susmelj@gmail.com , informacije: asist. Samo Plut, dr. med., E: samo.plut@gmail.com , Melita Šušmelj, T: 01 522 26 39, E: melita.susmelj@gmail.com	

9., 23. in 30. ob 8.30 • TEMELJI VARNOSTI PACIENTOV – ZNANJE, POTREBNO ZA PREPREČEVANJE NAPAK

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162, učilnica Julija	št. udeležencev: 20–25	kotizacija: člani zbornice, medicinske sestre, fizioterapevti, radiološki inženirji: 305 EUR, za tim z istega oddelka: 275 EUR na člana tima, specializanti: 232 EUR, upokojeni zdravniki: 65 EUR, farmacevti, medicinski biokemiki, klinični psihologi in drugi: 490 EUR	k. točke: 20
vsebina: Tridnevno usposabljanje (predavanja, seminarji, interaktivne ure, študije primerov). Usposabljanje je namenjeno vsem zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem. Usposabljanje bo povečalo znanje, veščine in zmožnosti zdravnikov in drugih zdravstvenih strokovnjakov za razumevanje nastanka napak, razjasnilo pojme, kot so skorajšnja napaka, škodljivi dogodek, zaplet, ter usposobilo udeležence za uporabo metod, tehnik in orodij za preprečevanje napak. Udeleženci bodo spoznali, kakšno škodo za varnost pacientov povzroča dosedanji sistem obtoževanja posameznika in kriminalistično preganjanje človeških napak, ki ustvarja kulturo strahu, kar vodi v skrivanje napak, pripisovanje napak zapletom in defenzivno medicino. Seznanili se bodo z novim sistemskim pristopom pri obravnavanju napak in njihovem preprečevanju.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, izr. prof. dr. Andrej Robida, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191. Če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije.	

11. ob 9.00 • KOMUNIKACIJSKE ODVOZLANKE IN OSEBNOSTNE ODLIKE

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162**št. udeležencev:** 20**kotizacija:** 120 EUR (z DDV)**k. točke:** 5,5

vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravnikom. Način dela na področju zdravstva zahteva od vseh zaposlenih poleg strokovnosti tudi obvladovanje komunikacijskih spretnosti in veščin. Zaposleni v zdravstvu pri svojem delu namreč komunicirate z različnimi sogovorniki. In ta (komunikacijska) potovanja od sporočevalca do naslovnika so lahko mojstrsko izpeljana, če je govorec nenehno »na preži«, brusi svoje znanje in komunikacijske veščine ter se zaveda enkratnosti (unikatnosti) vsakega dejanja in sogovornika posebej. Ustrezno komuniciranje nam omogoča, da v vseh okoljih živimo, ne le preživimo. Delo v službi (in življenje sploh) je z ustreznim osebnim menedžmentom ter čustveno in socialno inteligenco prijetnejše in s tem učinkovitejše, kar pripomore k zadovoljstvu in motivaciji tako posameznika kot tudi zasebnega in delovnega okolja (torej celotne organizacije).

organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Irena Potočar Papež, univ. dipl. pedagog.

prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 307 21 91. Če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije.

13. ob 17.00 • DA NE BI PO NEPOTREBNEM STRAŠILI IN JEZILI DRUGIH – ČUSTVENO SPORAZUMEVANJE ZA VSAKDANJO RABO

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 60 EUR (z DDV)**k. točke:** 4

vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravnikom. Za tiste, ki želijo spoznati izhodišča za čustveno inteligentno sporazumevanje, nebesedna sporočila, ki so izraz čustev, ter posebej strah in jezo, ob tem pa vaditi samoopazovanje ter prepoznavanje različnosti. S pravo mero empatije je mogoče bolje razumeti druge, kar je še posebej pomembno pri blaženju strahu in zaskrbljenosti ali umirjanju jeze.

organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Polona Selič, univ. dipl. psih., in Andrej Juratovec, soc. del.

prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 307 21 91. Če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije.

14., 15. in 19. ob 16.00 • STAROSTNA REGRESIJA IN PROGRESIJA, ČASOVNA DISTORZIJA IN IDEOMOTORIKA

kraj: KRANJ, Hotel Azul, Šuceva ul. 26**št. udeležencev:** ni podatka**kotizacija:** 300 EUR**k. točke:** ***

vsebina: strokovni seminar medicinske hipnoze je namenjen zdravnikom, psihologom, zdravstvenim delavcem, psihoterapevtom

organizator: Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije, prof. dr. Marjan Pajntar

prijave, informacije: prijave: E: društvo.medicinska.hipnoza@gmail.com, info@hipnoza-dmhs.si, informacije: Boni Plut, T: 031 322 207

14.–15. ob 8.00 • OSNOVNI LAPAROSKOPSKI TEČAJ - PODIPLOMSKI TEČAJ IZ KIRURGIJE

kraj: LJUBLJANA, UKC, Simulacijski center, centralni operacijski blok**št. udeležencev:** 12**kotizacija:** 100 EUR**k. točke:** ***

vsebina: podiplomski tečaj je namenjen specializantom

organizator: Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, UKC Ljubljana in Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo, doc. dr. Aleš Tomažič, dr. med.

prijave, informacije: prijave: asist. Jan Grosek, dr. med., Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, UKC Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1525 Ljubljana, informacije: asist. Jan Grosek, dr. med., T: 01 522 37 83, 041 80 80 53, E: jan.grosek@kclj.si

14.–16. ob 8.30 • 13. KONGRES MEDITERANSKEGA ZDRUŽENJA ZA REPRODUKTIVNO MEDICINO (MSRM) podroben program na spletni strani: W: <http://msrm.ivf-adria.com>**kraj:** LJUBLJANA, Grand hotel Union**št. udeležencev:** omejeno samo za delavnice**kotizacija:** ni podatka**k. točke:** 20

vsebina: kongres je namenjen ginekologom in porodničarjem, urologom, onkologom in radiologom, ki se ukvarjajo z diagnostiko in zdravljenjem neplodnosti, ter specializantom ginekologije in urologije. Srečanje je namenjeno tudi embriologom, biologom in laboratorijskim tehnikom, ki delajo v laboratorijih za andrologijo in laboratorijih za reproduktivno biologijo, ter medicinskim sestram ginekoloških ambulant in oddelkov za reproduktivno medicino.

organizator: Mediteransko združenje za reproduktivno medicino (MSRM) in Slovensko društvo za reproduktivno medicino (SDRM), prof. dr. Veljko Vlaisavljevič, dr. med.

prijave, informacije: prijave: Zadrga, d.o.o., Communications Agency, 13th MSRM, Ljubljanska ulica 9, 2000 Maribor, informacije: W: <http://msrm.ivf-adria.com>, Helena Hvalec, T: +386 2 250 23 80, E: msrm@zadrga.si

15. ob 8.30 • ULTRAZVOČNO VODENO ENDOVENSKO LASERSKO/RF ZDRAVLJENJE KRČNIH ŽIL

kraj: OTOČEC, Vila Otočec in Avelana, d.o.o.	št. udeležencev: 8	kotizacija: 1500 EUR	k. točke: 19
vsebina: učna delavnica je namenjena flebologom, kirurgom, varikologom, radiologom, dermatologom	organizator: Avelana, d.o.o., prim. mag. Andrej Šikovec, dr. med.	prijave, informacije: Avelana, d.o.o., Dobrača 72, 8222 Otočec, Damjana Bradač Zupančič, T: 07 337 32 02, F: 07 337 32 01, E: avelana.k2@gmail.com	

15. ob 13.00 • NOVEJŠE MODULATORNE METODE PRI OBRAVNAVI OKVAR GIBALNEGA SISTEMA

kraj: LJUBLJANA, URI Soča	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: za člane Združenja FRM s plačano članarino kotizacije ni	k. točke: 3
vsebina: strokovno srečanje	organizator: Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, asist. dr. Nataša Kos, dr.med.	prijave, informacije: prijave: E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , informacije: Vesna Grabljevec, T: 01 475 82 43, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , E: natasa.kos@kclj.si	

15. ob 8.45 • VLOGA BIOLOŠKIH ZDRAVIL PRI ZDRAVLJENJU KRONIČNIH IMUNSKO POGOJENIH VNETNIH BOLEZNI: NOVOSTI NA PODROČJU ZDRAVLJENJA REVMATOLOŠKIH, DERMATOLOŠKIH IN GASTROENTEROLOŠKIH BOLEZNI

kraj: LJUBLJANA, Hotel Four Points by Sheraton Ljubljana (Hotel Mons)	št. udeležencev: 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 6
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., izr. prof. dr. Marija Petek Šter, dr. med.	prijave, informacije: Nina Štojs, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, T: 01 438 69 14, E: nina.stojs@gmail.com	

15.–16. • XXXVIII. PODIPLomsKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE, SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, Zaloška c. 7	št. udeležencev: 30	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 15
vsebina: podiplomska šola je namenjena družinskim zdravnikom	organizator: UKC Ljubljana, Interna klinika, KO za endokrinologijo, diabetes in boleznih presnove, prof. dr. Andrej Janež, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: diabetessola@gmail.com , informacije: Evelina Oltra, T: 01 522 35 64, M: 041 772 702, F: 01 522 93 59	

15.–16. ob 15.30 • 26. SPOMLADANSKO SREČANJE ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV SLOVENIJE

kraj: NOVA GORICA, Hotel Perla, Casino & Hotel, Kidričeva ulica 7	št. udeležencev: 200	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 5
vsebina: srečanje je namenjeno zasebnim zdravnikom in zobozdravnikom	organizator: Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije (SZZZZS) in Zdravniška zbornica Slovenije (ZZS), predsednica SZZZZS in predsednica Odbora za zasebno dejavnost pri ZZS Helena Mole, dr. med.	prijave, informacije: prijave niso potrebne, rezervacijo za nočitev in/ali večerjo pošljite neposredno na kraj dogodka, informacije: pisarna SZZZZS: 01 433 85 35, ZZS: T: 01 30 72 123	

15.–16. ob 14.00 • BOLEZNI ŠČITNICE, PODIPLomsKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE

kraj: LOGARSKA DOLINA, Hotel Plesnik	št. udeležencev: 30	kotizacija: 100 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: podiplomska šola je namenjena vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za nuklearno medicino, prof. dr. Sergej Hojker	prijave, informacije: prijave: E: simona.gaberscek@gmail.com , informacije: Simona Gaberšček, E: simona.gaberscek@gmail.com	

15.–16. • EVROPSKI TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA OTROK – EPLS

kraj: SEŽANA, Izobraževalni center za zaščito in reševanje, enota Sežana, Bazoviška cesta 13	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: spletna stran SZUM (http://www.szum.si), informacije: doc. dr. Mojca Grošelj Grenc, dr. med., T: 041 335 006	

15.–17. ob 13.00 • SINAPSINA NEVROZNAVSTVENA KONFERENCA '15 program na spletni strani W: <http://www.sinapsa.org/SNC15/programme>

kraj: LJUBLJANA, Cankarjev dom
št. udeležencev: ni omejeno
kotizacija: brezplačna za študente dodiplomskih in magistrskih programov, 90 EUR (70 EUR pred 27. 4.) za specializante in študente doktorskih programov
k. točke: ***

vsebina: konferenca je namenjena nevrologom, psihiatrom, drugim kliničnim delavcem in raziskovalcem s področij nevroznosti
organizator: SiNAPSA, slovensko društvo za nevroznost, doc. dr. Blaž Koritnik, dr. med.
prijave, informacije: prijave: spletna prijava W: <http://www.sinapsa.org/SNC15/registration>, informacije: Blaž Koritnik, E: snc15@sinapsa.org, E: rok.berlot@sinapsa.org

16. 5., 23. 5., 30. 5., 6. 6., 13. 6. od 9.00 do 13.00 • KAKO ZMANJŠATI STRES TER IMETI BOLJŠI STIK S SABO IN PACIENTI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162, učilnica Julija
št. udeležencev: 16
kotizacija: 340 EUR (z DDV)
k. točke: 20

vsebina: Delavnica – pet zaporednih sobot (skupaj 20 ur). Poklic zdravnika spada med pomagajoče poklice. Pri tem je izogrevanje na delavnem mestu med največjimi dejavniki tveganja. Delo nenehno spremljajo visoke obremenitve pri delu ter tudi v komunikaciji s sodelavci in pacienti. Posledice stresa se kažejo v zmanjšanju fizičnega in psihičnega blagostanja in imajo vpliv tudi na učinkovitost pri delu ter na širše delovanje organizacije. Zato je za zdravnika še kako pomembno, da prepozna znake stresa in tudi učinkovito poskrbi za svoje zdravje. Program obvladovanja stresa je tako celostno usmerjen v pridobivanje večje jasnosti in pregleda nad tem, kaj se dogaja v posameznikovem življenju, v izboljševanje zmožnosti reševanja problemov in zmožnosti koncentracije ter izboljšanje komunikacije z drugimi. Celostno se pristopa k zmanjšanju simptomov stresa ter izboljšanju kakovosti življenja nasploh. Osnova programa je učenje čuječnosti (ang. »mindfulness«), ki je praksa zavedanja in opazovanja našega trenutnega doživljanja ter ena izmed najučinkovitejših metod obvladovanja stresa, ki je tudi raziskovalno potrjena.

organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Melita Košak, univ. dipl. psih.
prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191. Če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije.

21. ob 9.00 • VODENJE ZDRAVNIŠKIH TIMOV

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162
št. udeležencev: 30
kotizacija: 120 EUR (z DDV)
k. točke: 8

vsebina: Seminar je namenjen vsem zdravnikom. Cilji seminarja: Kako v praksi sočasno voditi time (projekte) in vsakodnevne rutinske naloge (proces). Prepoznavanje in uporaba različnih stilov vodenja: »Vsakega človeka v vsaki situaciji vodim drugače«. Kako uvajamo spremembe, da jih sodelavci sprejmejo za svoje in jih izvedejo. Kako iz delovne skupine ustvarimo zmagovit tim.

organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Metka Komar, univ. dipl. ekon.

prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191. Če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije.

21.–22. ob 9.00 • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Lek
št. udeležencev: 20
kotizacija: 250 EUR
k. točke: ***

vsebina: delavnica je namenjena družinskim zdravnikom

organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, prof. Mitja Košnik, dr.med.

prijave, informacije: prijave: spletna prijavnica W: www.klinika-golnik.si, informacije: Irena Dolhar, T: 04 25 69 493, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si

22. ob 9.00 • 17. RAKIŠKO SREČANJE: »KORAK BLIŽJE REŠITVAM TEŽAV OTROK IN MLADOSTNIKOV

kraj: RAKITNA
št. udeležencev: 100
kotizacija: 60 EUR (z DDV), kotizacije ni za upokojene zdravnike in študente
k. točke: 3

vsebina: srečanje je namenjeno pediatrom, šolskim, družinskim in splošnim zdravnikom, pedopsihiatrom, psihiatrom in drugim zdravnikom, ki se srečujejo s to problematiko

organizator: Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna v sodelovanju s Pediatrično kliniko v Ljubljani in Mariboru ter Psihiatrično kliniko v Ljubljani, Đorđina Nakićenovič, dr. med., spec. psih., strokovna vodja zavoda

prijave, informacije: prijave: E: info@mkz-rakitna.si, informacije: Suzana Klopčič, T: 01 365 98 00

22.–23. • SREČANJE RESPIRATORNIH ZDRUŽENJ HRVAŠKE, MADŽARSKÉ IN SLOVENIJE

kraj: BLEDE, Hotel Golf
št. udeležencev: 200
kotizacija: kotizacije ni
k. točke: ***

vsebina: kongres je namenjen specialistom in specialistom pnevmologije, torakalne kirurgije

organizator: Združenje pnevmologov Slovenije, prim. Nadja Triller

prijave, informacije: prijave: W: www.klinika-golnik.si, informacije: Irena Dolhar, E: Irena.dolhar@klinika-golnik.si, T: 04 256 94 93

22.–23. ob 8.00 • XVI. NOVAKOVI DNEVI: PREHRANA NOSEČNICE IN NOVOROJENČKA – LAJŠANJE BOLEČINE PRI PORODNICI IN NOVOROJENČKU podroben program na spletni strani W: <http://www.obgyn-si.org/nd-2015/>

kraj: NOVA GORICA, lokacija bo objavljena naknadno	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: specialisti 260 EUR (z DDV), specializanti, babice, medicinske sestre 130 EUR (z DDV), kotizacije ni za študente	k. točke: 10
vsebina: strokovno izpopolnjevanje, letno srečanje ZPMS je namenjeno specialistom in specializantom ginekologije in porodništva, pediatrom, neonatologom, anesteziologom, babicam, medic. sestram	organizator: Združenje za perinatalno medicino Slovenije, UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, KO za perinatologijo, UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za perinatologijo, Splošna bolnišnica dr. Franca Drganca Nova Gorica, Ginekološko-porodniška služba, Sekcija za porodno analgezijo in anestezijo, mag. Barbara Šajina Stritar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Enota za raziskovanje, izobraževanje in informatiko s knjižnico, Štajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, E: martina.peclin@mf.uni-lj.si , F: 01 439 75 90, W: www.obgyn-si.org/nd-2015 , informacije: Martina Pečlin, T: 01 522 60 20, F: 01 439 75 90	

22.–23. ob 11.00 • »IZ PRAKSE ZA PRAKSO«

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta Maribor, Taborska ul. 8, Velika predavalnica	št. udeležencev: 250–300	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom splošne medicine, zdravnikom medicine dela prometa in športa, internistom, specializantom interne medicine, pripravnikom in drugim zainteresiranim zdravnikom konservativnih strok ter študentom MF. Posodabljanje znanja iz družinske medicine, interne medicine ter posameznih vej interne medicine, ki se dotikajo diagnostične obravnave in zdravljenja starostnikov. Predstavljene bodo tudi novosti s področja intenzivnega zdravljenja starostnikov.	organizator: UKC Maribor, Klinika za interno medicino, MF UM, Zdravniško društvo Maribor, Združenje internistov SZD, prof. dr. Radovan Hojs, dr. med, v. svet.	prijave, informacije: prijave: UKC Maribor, Klinika za interno medicino, tajništvo, Ljubljanska ul. 5, 2000 Maribor, informacije: prof. dr. Radovan Hojs, dr. med., v. svet., T: 02 321 28 71, F: 02 321 28 45, E: koimed@ukc-mb.si	

25.–28. ob 12.00 • 19. PODIPLOMSKI TEČAJ IZ HOSPITALNE DIABETOLOGIJE podroben program na spletni strani W: <http://www.endodiab.si/izobrazevanja/>

kraj: LJUBLJANA, Seminar »stare travmatologije«, Zaloška 2, Ljubljana	št. udeležencev: 25	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 15
vsebina: podiplomski tečaj je namenjen predvsem specializantom in specialistom interne medicine	organizator: KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, UKC Ljubljana, dr. Jelka Zaletel, dr. med.	prijave, informacije: prijave: od 1. 5. 2015 dalje do zapolnitve mest na E: jelka.zaletel@klj.si , informacije: T: 01 522 39 90, E: jelka.zaletel@klj.si	

29.–30. ob 8.00 • 10. BEDJANIČEV SIMPOZIJ podroben program na spletni strani W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja)

kraj: MARIBOR, Kongresni center Habakuk	št. udeležencev: 100	kotizacija: 150 EUR + DDV, kotizacije ni za študente medicine, upokojece, specializante, pripravnike	k. točke: 13,5
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno infektologom, vsem zdravnikom in medicinskim sestram	organizator: UKC Maribor, Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja, Zdravniško društvo Maribor, mag. Božena Kotnik Kevorkijan, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Slavica Keršič, posl. sek., T: 02 321 29 40, 051 420 741	

29.–30. ob 8.30 • 24. MEDNARODNI SIMPOZIJ INTENZIVNE MEDICINE IN 21. SEMINAR INTENZIVNE MEDICINE ZA MEDICINSKE SESTRE IN ZDRAVSTVENE TEHNIKE

kraj: BLEED, Hotel Golf	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: polna – do 30. 4. 2015: člani SZIM: 160 EUR, zdravniki: 190 EUR, med. sestre: 95 EUR, od 1. 5. 2015: člani SZIM: 200 EUR, zdravniki: 230 EUR, med. sestre: 115 EUR, dnevna – do 30. 4. 2015: člani SZIM: 85 EUR, zdravniki: 95 EUR, med. sestre: 50 EUR, od 1. 5. 2015: člani SZIM: 105 EUR, zdravniki: 120 EUR, med. sestre: 75 EUR, kotizacije ni za študente, sekundarije in specializante	k. točke: 18
vsebina: simpozij je namenjen zdravnikom intenzivne medicine, študentom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom	organizator: Slovensko združenje za intenzivno medicino, Suada Fileković Ribarič	prijave, informacije: prijave: Simona Rojs, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, UKC Ljubljana, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, T: 01 522 42 20, F: 01 522 2456, E: simona.rojs@klj.si	

30. • IZGORELOST IN DELOVNA IZČRPANOST

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162, učilnica Ana	št. udeležencev: 20	kotizacija: 90 EUR z DDV	k. točke: 4
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravnikom. Zasnovana je tako, da se udeleženci poučijo o razločevalnih kriterijih in ukrepih obravnave pri na videz podobnih, a hkrati različnih motnjah, ki se še vedno prepogosto enačita. Obe motnji je moč vnaprej uspešno preprečevati in se izogniti njunim številnim negativnim posledicam, ki prizadenejo vse večje število ljudi, zlasti ogrožene skupine odgovornih in sposobnih ljudi. Poleg diferencialne diagnostike med obema motnjama se bomo na delavnici naučili, kako se lahko uspešno in trajno zavarujemo in kako lahko sistematično odpravljamo posledice obeh motenj.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mitja Perat	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191. Če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije.	

30. ob 9.30 • XIV. RTIŠKO STROKOVNO SREČANJE PEDIATROV IN ŠOLSkih ZDRAVNIKOV: KAJ LAHKO NAREDIMO ZA ZDRAVJE OTROKA IN MLADOSTNIKA

kraj: DEBELI RTIČ, Mladinsko zdravilišče, konferenčna dvorana	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje za pediatre, šolske zdravnike in ostale zdravnike v osnovnem zdravstvu	organizator: Mladinsko zdravilišče in letovišče Debeli rtič v sodelovanju s Sekcijo za šolsko, študentsko in adolescentno medicino pri SZD	prijave, informacije: prijave: recepcija Mladinskega zdravilišča Debeli rtič, Jadranska 73, 6280 Ankaran, F: 05 669 22 23, T: 05 909 70 00, E: recepcija.mzl@mzl-rks.si , informacije: Breda Prunk, dr. med., T: 05 909 70 17, E: breda.franetic-prunk@mzl-rks.si	

2. ob 17.00 • ČUSTVENO INTELIGENTNI STARŠI: REKLAMNI TRIK ALI URESNIČLJIVA MOŽNOST (SEMINAR)

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 40 EUR (DDV je vključen), kotizacijo nakazati na TRR pri Unicredit banki Slovenije, d. d., št.: SI56 2900 0005 0400 669, sklic: 27032014.	k. točke: 3
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravnikom in njihovim timom. Družin je več vrst, vse pa so prvo medčloveško (socialno) okolje, v katerega se človek rodi (pride v rejo ali 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 govorice.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Inštitut PARES – dr. Polona Selič, univ. dipl. psih., Andrej Juratovec, soc. del.	prijave, informacije: prijave: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mic@zss-mcs.si . Če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije.	

3. • SODOBNA KARDIOLOGIJA 2015

kraj: BLEED, Hotel Golf, Cankarjeva 4	št. udeležencev: 200	kotizacija: da	k. točke: ***
vsebina: redno letno strokovno srečanje Združenja kardiologov Slovenije z mednarodno udeležbo je namenjeno specialistom in specializantom kardiologije in vaskularne medicine, interne medicine, splošne/družinske medicine ter vsem ostalim zdravnikom in študentom medicine, pa tudi medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom	organizator: Združenje kardiologov Slovenije	prijave, informacije: Združenje kardiologov Slovenije, T: 01 434 21 00, E: sasa.radelj@sicardio.org	

3.–6. • 23. KONGRES ALPE-ADRIA ASSOCIATION OF CARDIOLOGY

kraj: BLEED, Hotel Golf, Cankarjeva 4	št. udeležencev: 350	kotizacija: da	k. točke: ***
vsebina: redno letno strokovno srečanje kardiologov področja Alpe-Jadran je namenjeno specialistom in specializantom kardiologije in vaskularne medicine, interne medicine, splošne/družinske medicine ter vsem ostalim zdravnikom in študentom medicine, pa tudi medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom	organizator: Združenje kardiologov Slovenije	prijave, informacije: prijave: Cankarjev dom, Kulturni in kongresni center, Prešernova 10, 1000 Ljubljana, Alenka Kregar, T: 01 241 71 33, F: 01 241 72 96, E: aacardio2015@sicardio.org , informacije: Saša Radelj, T: 01 43 42 100, E: sasa.radelj@sicardio.org , W: www.sicardio.org , kongresna spletna stran: http://aacardio2015.sicardio.org	

4. ob 15.00 • CVAHTETIVI DNEVI 2015: SKRB ZA USTNO ZDRAVJE

kraj: PORTOROŽ, Avditorij	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 90 EUR (brez DDV), kotizacije ni za študente	k. točke: ***
vsebina: seminar je namenjen strokovnjakom s področja javnega zdravja, dentalne medicine, zdravstvene vzgoje in preventive	organizator: Medicinska fakulteta UL, Katedra za javno zdravje in Stomatološka sekcija SZD, doc. dr. Barbara Artnik, dr. dent. med.	prijave, informacije: prijave: E: nina.kosir@mf.uni-lj.si , informacije: Nina Košir, T: 01 543 75 40, E: nina.kosir@mf.uni-lj.si	

4., 5. in 9. ob 16.00 • OSNOVE MEDICINSKE HIPNOZE

kraj: KRANJ, Hotel Azul, Šuceva ul. 26	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: 300 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovni seminar medicinske hipnoze je namenjen zdravnikom, psihologom, zdravstvenim delavcem, psihoterapevtom	organizator: Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije, prof. dr. Marjan Pajntar	prijave, informacije: prijave: E: drustvo.medicinska.hipnoza@gmail.com , info@hipnoza-dmhs.si , informacije: Boni Plut, T: 031 322 207	

4.–6. ob 9.30 • KONGRES OB 40-LETNICI STROKOVNIH SREČANJ STOMATOLOGOV SLOVENIJE »IZ PRAKSE ZA PRAKSO«

kraj: PORTOROŽ, Avditorij	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 180 EUR + DDV, kotizacije ni za upokojene zobozdravnike in študente	k. točke: 13
vsebina: seminar je namenjen doktorjem dentalne medicine	organizator: Stomatološka sekcija SZD, prim. Gorazd Sajko, dr. dent. med.	prijave, informacije: prijave: Stomatološka sekcija, Slovensko zdravniško društvo, Dunajska 162, 1000 Ljubljana, informacije: Stomatološka sekcija SZD, Katarina Jovanovič, T: 041 703 347, F: 01 434 25 84, E: stomatoloska-sekcija.szd@ordinacija.net	

5. ob 9.00 • MARIBORSKA UČNA DELAVNICA OSNOVNIH VEŠČIN LAPAROSKOPSKIRURGIJE V GINEKOLOGIJI podroben program na spletni strani <http://www.mf.uni-mb.si/index.php/sl/ucne-delavnice>

kraj: MARIBOR, OSCE, vhod 2 in 3, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8	št. udeležencev: predavanja: 50, predavanja in delo na simulatorjih: 20	kotizacija: predavanja: 60 EUR, predavanja in delo na simulatorjih: 120 EUR (DDV vključen)	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica za zdravnike specializante ginekologije in porodništva, specializante kirurgije, specializante anesteziologije, specialiste in specializante družinske medicine, specialiste in specializante urgentne medicine ter zdravnike pripravnike	organizator: Katedra za ginekologijo in porodništvo, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svet.	prijave, informacije: prijave: Romana Grajner, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8, 2000 Maribor, E: romana.grajner@um.si , informacije: Romana Grajner, T: 02 234 58 26, F: 234 58 20	

5.–6. ob 8.00 • 41. SREČANJE TIMOV: KAKOVOSTNA OBRAVNAVA BOLNIKA V DRUŽINSKI MEDICINI podroben program W: www.e-medicina.si www.drmed.org

kraj: LJUBLJANA, Cankarjev dom	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 160 EUR, za medicinske sestre in zdravstvene tehnike 110 EUR. Pri zgodnji prijavi do 9. 5. 2015 za tim zdravnik in medicinska sestra je kotizacija 200 EUR, za tim referenčne ambulante (zdravnik, SMS, DMS) pa je kotizacija 280 EUR (DDV ni vključen), kotizacije ni za študente, sekundarije in upokojene zdravnike (na voljo je omejeno število mest)	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom in fizioterapevtom, ki sestavljajo strokovno skupino/tim v osnovnem zdravstvu	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine, Sekcija med. sester in zdr. tehnikov v spl. medicini, Katedra za družinsko medicino MF v Ljubljani, Zavod za razvoj družinske medicine, mag. Nena Kopčavar Guček, dr. med., in prim. doc. dr. Davorina Petek, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.e-medicina.si , informacije: Zavod za razvoj DM, Nina Štojs, T: 01 438 69 14, F: 01 438 69 10, E: nina.stojs@gmail.com	

6. • IZGORELOST IN DELOVNA IZČRPNOST

kraj: Domus Medica, Dunajska cesta 162, učilnica Ana	št. udeležencev: 20	kotizacija: 90 EUR z DDV	k. točke: 4
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravnikom. Zasnovana je tako, da se udeleženci poučijo o razločevalnih kriterijih in ukrepih obravnave pri na videz podobnih, a hkrati različnih motnjah, ki se še vedno prepogosto enačita. Obe motnji je moč vnaprej uspešno preprečevati in se izogniti njunim številnim negativnim posledicam, ki prizadenejo vse večje število ljudi, zlasti ogrožene skupine odgovornih in sposobnih ljudi. Poleg diferencialne diagnostike med obema motnjama se bomo na delavnici naučili, kako se lahko uspešno in trajno zavarujemo in kako lahko sistematično odpravljamo posledice obeh motenj.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mitja Perat	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191. Če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije.	

10. ob 17.00 • DA NE BI PO NEPOTREBNEM STRAŠILI IN JEZILI DRUGIH – ČUSTVENO SPORAZUMEVANJE ZA VSAKDANJO RABO

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162 **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** 60 EUR (z DDV) **k. točke:** 4

vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravnikom. Za tiste, ki želijo spoznati izhodišča za čustveno inteligentno sporazumevanje, nebesedna sporočila, ki so izraz čustev, ter posebej strah in jezo, ob tem pa vaditi samoopazovanje ter prepoznavanje različnosti. S pravo mero empatije je mogoče bolje razumeti druge, kar je še posebej pomembno pri blaženju strahu in zaskrbljenosti ali umirjanju jeze.

organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Polona Selič, univ. dipl. psih., in Andrej Juratovec, soc. del.

prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191. Če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije.

12. ob 9.00 • REANIMACIJA NOVOROJENCA podroben program na spletni strani <http://www.mf.uni-mb.si/index.php/sl/ucne-delavnice>

kraj: MARIBOR, OSCE, vhod 2 in 3, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8 **št. udeležencev:** najmanj 8, največ 16 **kotizacija:** 120 EUR (DDV vključen) **k. točke:** ***

vsebina: učna delavnica za zdravnike specialiste in specializante ginekologije in porodništva, zdravnike specialiste in specializante pediatrije, zdravnike specialiste in specializante družinske medicine, zdravnike specialiste in specializante urgentne medicine ter zdravnike pripravnike

organizator: Katedra za ginekologijo in porodništvo, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svet.

prijave, informacije: prijave: Romana Grajner, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8, 2000 Maribor, E: romana.grajner@um.si, informacije: Romana Grajner, T: 02 234 58 26, F: 234 58 20

12. ob 17.00 • 15. TEK – HOJA ZA PREŽIVELE RAKA IN ZDRAVE

kraj: ŽALEC, stadion **št. udeležencev:** okoli 600 **kotizacija:** kotizacije ni **k. točke:** ***

vsebina: tek za bolnike in zdrave (projekt, nastal iz licence ACS)

organizator: Društvo za promocijo in vzgojo za zdravje Slovenije, Viktorija Rehar

prijave, informacije: prijave: DPVZS, Hmeljarska 3, 3310 Žalec, informacije: 040 760 849

12.–13. ob 9.00 • XXXIII. DERČEVI DNEVI Z MEDNARODNO UDELEŽBO

kraj: LJUBLJANA, Grand hotel Union, Miklošičeva 1, Bela dvorana **št. udeležencev:** 400 **kotizacija:** dvodnevna kotizacija 240 EUR, enodnevna kotizacija 200 EUR (DDV vključen), kotizacije ni za upokojene zdravnike **k. točke:** ***

vsebina: stalno podiplomsko izobraževanje iz pediatrije je namenjeno pediatrom, šolskim zdravnikom, medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom in drugim strokovnjakom, ki obravnavajo bolne otroke in mladostnike

organizator: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, prof. dr. Tadej Battelino, dr. med.

prijave, informacije: prijave: E: branka.kenda@mf.uni-lj.si, informacije: MF UL, Katedra za pediatrijo, Branka Kenda, T: 01 522 92 26

12.–13. ob 14.00 • III. SUŠNIKOV DNEVI, BIOLOŠKI MONITORING, KEMIČNE SNOVI NA DELOVNEM MESTU 1

kraj: RADENCI, Hotel Radin **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** 75 EUR specializanti, 130 EUR člani, 150 EUR nečlani **k. točke:** 6,5

vsebina: seminar je namenjen specialistom medicine dela, ekologom, inženirjem varnosti in zdravja (Kemične snovi na delovnem mestu, Ekološki monitoring izpostavljenosti, Merjenje koncentracij kemičnih snovi na delovnem mestu, Biološki monitoring izpostavljenosti (v laboratorijski praksi), Prva in nujna medicinska pomoč pri politjih z jedkimi in dražilnimi kemikalijami, Izvajanje biološkega monitoringa na ZZD, Biološki monitoring z vidika inšpektorja za delo, Biološki monitoring svinca iz prakse, Biološki monitoring svinca v terciarni ustanovi)

organizator: SZD Združenje medicine dela, prometa in športa, Alenka Franko, Andrea Margan, Tihomir Ratkajec

prijave, informacije: prijave: E: andrea.margan@gmail.com, tihomirratkajec@gmail.com, informacije: andrea.margan@gmail.com, tihomirratkajec@gmail.com, T: 03 819 13 60

18. ob 9.00 • NOVOSTI V MIKROBIOLOGIJI

kraj: LJUBLJANA, velika predavalnica Medicinske fakultete **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** 50 EUR, kotizacije ni za upokojene zdravnike, študente, specializante **k. točke:** ***

vsebina: strokovni sestanek je namenjen vsem zdravnikom

organizator: Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD, prof. dr. Miroslav Petrovec, predsednik sekcije

prijave, informacije: prijave: Tajništvo Inštituta za mikrobiologijo in imunologijo, Zaloška 4, 1000 Ljubljana; E: darja.dolenc@mf.uni-lj.si, informacije: Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo MF UL, prof. dr. M. Petrovec, T: 01 543 74 08, F: 01 543 74 18, E: imi.katedra@mf.uni-lj.si

JUNIJ 2015

19. ob 9.00 • SIMULACIJA PORODA podroben program na spletni strani <http://www.mf.uni-mb.si/index.php/sl/ucne-delavnice>

kraj: MARIBOR, OSCE, vhod 2 in 3, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8	št. udeležencev: najmanj 8, največ 16	kotizacija: 120 EUR (DDV vključen)	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica za zdravnike specialiste in specializante ginekologije in porodništva, zdravnike specialiste in specializante družinske medicine, zdravnike specialiste in specializante urgentne medicine ter zdravnike pripravnike	organizator: Katedra za ginekologijo in porodništvo, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svet.	prijave, informacije: prijave: Romana Grajner, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8, 2000 Maribor, E: romana.grajner@um.si , informacije: Romana Grajner, T: 02 234 58 26, F: 234 58 20	

22. ob 12.00 • KAKO KOMUNICIRATI, PREPOZNAVATI IN OBRAVNAVATI STISKO PRI BOLNIKU Z RAKOM

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut Ljubljana, predavalnica v stavbi C	št. udeležencev: 70	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: podiplomski seminar je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, psihologom, socialnim delavcem in drugim zdravstvenim delavcem	organizator: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za internistično onkologijo, Združenje za radioterapijo in onkologijo, Zbornica kliničnih psihologov Slovenije, Sekcija za psihosocialno onkologijo in paliativno oskrbo, Onkološki inštitut Ljubljana, asist. mag. Erika Matos, dr. med.	prijave, informacije: prijave do 18. 6. 2015 izključno na E: Ikristan@onko-i.si (registracija 1 uro pred pričetkom strokovnega srečanja), informacije: Tajništvo sektorja internistične onkologije (ga. Kristan), asist. mag. Erika Matos, dr. med., T: 01 587 92 82, F: 01 587 93 05, E: Ikristan@onko-i.si	

24.–27. ob 8.00 • SVETOVNI KONGRES PEDIATRIČNE RADIOTERAPIJE podroben program na spletni strani: W: <http://www.intpros.org/pros-congress/programme.php>

kraj: LJUBLJANA, Grand hotel Union	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 525 EUR	k. točke: ***
vsebina: Kongres je namenjen predvsem onkologom radioterapevtom, peziatom onkologom, fizikom, radiološkim inženirjem, dozimetristom in medicinskim sestram. Namen srečanja je izmenjava strokovnega znanja in podatkov med državami vsega sveta ter spodbujanje raziskovanja in izobraževanja na področju otroške radioterapije.	organizator: PROS in Združenje za onkologijo z radioterapijo pri SZD, doc. dr. Lorna Zadavec Zaletel, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://www.intpros.org/pros-congress/congress.php , informacije: Ana Lina Vodusek, E: avodusek@onko-i.si	

SEPTEMBER 2015

2.–4. ob 18.00 • 25. LETNA KONFERENCA ALZHEIMER EUROPE – EVROPSKEGA ZDRUŽENJA ZA POMOČ PRI DEMENCI: PRENOS STRATEGIJ IN RAZISKAV V PRAKSO

kraj: LJUBLJANA, Cankarjev dom	št. udeležencev: 800	kotizacija: 225 EUR (študenti 150 EUR) do 31. 5. 2015, 350 EUR (študenti 225 EUR) do 21. 8. 2015	k. točke: v postopku
vsebina: konferenca je namenjena vsem zdravnikom družinske medicine in specialistom ter strokovnim sodelavcem, ki se ukvarjajo z zdravljenjem in oskrbo bolnikov z demenco in njihovih družin	organizator: Alzheimer Europe in Spominčica Alzheimer Slovenija, Tatjana Cvetko	prijave, informacije: prijave: W: http://www.alzheimer-europe.org/Conferences/2015-Ljubljana , informacije: Tatjana Cvetko, E: tatjana.cvetko09@gmail.com	

8. 9., 22. 9., 6. 10., 20. 10. ob 17.00 • PREPREČEVANJE IZGORELOSTI PRI ZDRAVNIKIH (2. sklop)

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, učilnica Julija	št. udeležencev: 16	kotizacija: 180 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravnikom. Znaki izgorevanja se lahko kažejo kot velika izčrpanost, splošno neprijetno počutje, motnje spanja, obup, pomanjkanje sočutja, simptomi so vidni tudi v obliki cinizma, prenašanja odgovornosti na druge, povečanih občutkov krivde, izgube smisla. Delo je usmerjeno v večanje zavedanja (iskanje smisla in razumevanja), iskanje podpirajočih prepričanj in rešitev, večanje občutka solidarnosti in v delo z viri.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Tanja Breznik, univ. dipl. psih.	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, MBA, T: 01 30 72 191	

11.–12. ob 9.00 • SEMINAR O OKVARI ULNARNEGA ŽIVCA V KOMOLCU
Z 31. PREDAVANJEM V SPOMIN DR. JANEZA FAGANELA podroben program na spletni strani W: http://www2.kclj.si/ikn/DEJA/FAGA/F15_OS/F15.htm

kraj: LJUBLJANA, UKC, predavalnica 1

št. udeležencev: ni omejeno

kotizacija: 200 EUR

k. točke: v postopku

vsebina: Mednarodni simpozij je namenjen zdravnikom družinske medicine. Glavni cilj seminarja je izboljšati poznavanje nevropatije ulnarnega živca v komolcu in sorodnih okvar perifernega živčevja (okvara ulnarnega živca v zapestju, vratne radikulopatije, brahialne plexopatije). Udeleženci – nevrologi, fizioterapevti... – bodo ob tem izpopolnili tudi svoje znanje elektromiografije, nevrologije, konservativne terapije, kirurgije in ultrasonografije perifernega živčevja.

organizator: Klinični inštitut za nevrofiziologijo in Sekcija za klinično nevrofiziologijo SZD, prof. dr. Simon Podnar, dr. med.

prijave, informacije: prijave: E: registration@cd-cc.si, informacije: Tone Žakelj, E: tone.zakelj@kclj.si, T: 01 522 15 14, F: 01 522 15 33

15.–19. • 24. MEDNARODNI EURACT TEČAJ NA BLEDU: POUČEVANJE IN UČENJE O MULTIMORBIDNOSTI STARAJOČE SE POPULACIJE

kraj: Bled, Hotel Jelovica

št. udeležencev: 60

kotizacija: kotizacije ni

k. točke: v postopku

vsebina: Strokovno izobraževanje za učitelje in mentorje družinske medicine

organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine, Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, Zavod za razvoj družinske medicine, OZG – Zdravstveni dom Bled, Evropska akademija učiteljev v družinski medicini, prim. doc. dr. Mateja Bulc, dr. med., doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med., dr. Nena Kopčavar Guček, dr. med., Leopold Zonik, dr. med.

prijave, informacije: Lea Vilman, Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si, W: <http://www.bled-course.org/lang/>, E: marija.petek-ster@mf.uni-lj.si, E: bulc.mateja@gmail.com

*** Zbornica nima podatka o številu kreditnih točk, ker organizator še ni podal ali sploh ne bo podal vloge za njihovo dodelitev.

Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije

objavlja v sektorju za izvedenstvo **naslednja prosta delovna mesta:**

zdravnik predsednik I – (m/ž) za delo v službi za izvedenstvo I. stopnje v Murski Soboti

zdravnik izvedenec II – (m/ž) za delo v službi za izvedenstvo II. stopnje v Ljubljani za 2 delavca

zdravnik predsednik I – (m/ž) za delo v službi za izvedenstvo I. stopnje v Kranju in na Jesenicah

zdravnik izvedenec II – (m/ž) za delo v službi za izvedenstvo I. stopnje v Kranju in na Jesenicah

Kandidati/kandidatke morajo izpolnjevati naslednje posebne pogoje:

- zdravnik specialist medicine dela, prometa in športa ali zdravnik specialist druge ustrezne specialnosti,
- 4 leta delovnih izkušenj,

- veljavna licenca zdravniške zbornice,
- znanje Microsoft Office,
- aktivno znanje slovenskega jezika in sposobnost sporazumevanja v tujem jeziku,
- 6-mesečno poskusno delo.

Prijava mora vsebovati:

- kratek življenjepis z opisom delovnih izkušenj, formalne izobrazbe ter drugih znanj in veščin in
- dokazila o izpolnjevanju pogojev.

Pogodbe o zaposlitvi bomo z izbranimi kandidati sklenili za nedoločen čas, s polnim delovnim časom; nastop dela po dogovoru. Novim sodelavcem nudimo dinamično delo v urejenem okolju ter možnost strokovnega izpopolnjevanja in razvoja.

Kandidate/kandidatke vabimo, da pošljejo pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev in opisom delovnih izkušenj v roku 15 dni od objave na E: kadri@zpz.si ali po pošti na naslov: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1518 Ljubljana.

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:

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.

Zdravnike/zdravnice v območnih enotah Ljubljana, Maribor, Novo mesto za:

- odločanje v postopkih za začasno nezmožnost za delo, zdraviško 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 specializacije v zdravstvu druge ustrezne smeri,
- 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.

Svoje pisne prijave, s predstavitvijo dosedanjega dela in navedbo enote, kamor se prijavljate, pošljite **do 31. maja 2015** na naslov: ZZZS, Direkcija, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana oz. na E: zaposlitev@zzzs.si.

Od novih sodelavcev pričakujemo sposobnosti komuniciranja in reševanja problemov, sposobnosti organiziranja in analitičnega razmišljanja, sposobnost timskega dela, sposobnost hitre presoje in sodelovanja, predvsem pa profesionalnost in samoiniciativnost ter pripravljenost za pridobivanje specifičnih znanj s področja zdravstvenega zavarovanja.

Novim sodelavcem nudimo dinamično delo v urejenem okolju ter možnost strokovnega izpopolnjevanja in razvoja.

Kandidati bodo izbrani na podlagi izbirnega postopka, ki lahko vključuje tudi testiranje.

Kandidati bodo o izboru obveščeni v zakonsko določenem roku.

ODDAMO

Oddam opremljeno zobno ambulanto, možnost najema tudi dveh ordinacij, z vsemi pripadajočimi prostori (čakalnica, 2 WC, kuhinja, pisarna z garderobo, sterilizacija). Nahaja se v pritličju zdravstvene enote na Obrtniški 30 v Koprju. Možnost najema s 1. 6. 2015. Izdelava energijske izkaznice je v teku. Informacije: Majda, T: 041 651 621

ZAPOSILIMO

Zaposlimo specialista otorinolaringologa za poln delovni čas v koncesijski ambulanti. Informacije T: 041 665 871.

PRODAMO

Prodajam opremljeno zobno ordinacijo, 2 zobozdravstvena stola, na naslovu Dunajska cesta 129 v Ljubljani. Za ogled in informacijo o ceni pokličite na T: 040 464 638.

Zdravstveni dom Dravograd

razpisuje na podlagi določil 25. člena Zakona o delovnih razmerjih in Pravilnika o sistematizaciji delovnih mest v Zdravstvenem domu Dravograd

delovno mesto zdravnika specialista družinske ali splošne medicine za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji za prijavo:

- zdravnik specialist splošne ali družinske medicine,
- veljavna licenca,
- znanje slovenskega jezika.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev sprejemamo 30 dni po objavi na naslov: Zdravstveni dom Dravograd, Trg 4. julija 4, 2370 Dravograd, s pripisom: za kadrovsko službo. Kandidate bomo o izbiri obvestili v 8 dneh po odločitvi.

Žolčni kamni – 1. del

Od prvih opisov do klasične holecistektomije

Asist. dr. Arpad Ivanecz, dr. med., UKC Maribor

arpad.ivanecz@ukc-mb.si

Povzetek

Že od starodavne zgodovine naprej so žolčni kamni med učenjaki in zdravniki po svetu vzbujali veliko zanimanja. Od prvih opisov v dobi starih Egipčanov do današnjega časa moderne znanosti je zdravljenje bolezní, ki jih povzročajo žolčni kamni, izredno napredovalo. Največji napredek na tem področju se je začel v 19. stoletju, ko je uvedba antiseptice in splošne anestezije omogočila izvedbo varnih operacij. Tako je Langenbuch leta 1882 prvič naredil odprto holecistektomijo, ki je bila večji del 20. stoletja zdravljenje prvega izbora pri boleznih žolčnih kamnov. V drugi polovici 20. stoletja se je začelo širiti splošno mnenje, da gre za poseg, po katerem se pojavljajo bolečine, oslabele in neestetska brazgotina. Poskušali so s konservativnim zdravljenjem, vendar ni bilo uspešno. Sledil je bliskovit razvoj minimalno invazivne tehnike in Mühe je leta 1985 opravil prvo laparoskopsko asistirano holecistektomijo. Kljub začetnemu dvomljenju je bila laparoskopška holecistektomija kmalu sprejeta kot nov »zlati standard« v zdravljenju bolezní žolčnih kamnov. Holecistektomija je postala en najpogostejših kirurških posegov sodobnega časa.

Starodavna zgodovina – prvi opisi žolčnih kamnov

Zgodovina žolčnih kamnov je najbrž stara kot razvoj človeka. Najstarejši dokumentirani zapisi o žolčnih kamnih izvirajo iz časa približno 2000 let pred Kristusom, ko so jih prepoznali in opisali pri balzamiranju mumij v starem Egiptu. Leta 1909 je bila v Muzeju Kraljeve akademije kirurgov v Londonu predstavljena mumija. To je bilo balzamirano telo pomembnega duhovnika dinastije iz Teb približno iz leta 1500 pr. n. št. V balzamiranem telesu mumije so se ohranila jetra z žolčnimi vodi, v velikem žolčniku pa so našli in našteali 30 žolčnih kamnov. To so bili najstarejši ohranjeni primerki žolčnih kamnov iz časov antike. Na žalost je bila mumija uničena v



Najstarejši dokumentirani zapisi o žolčnih kamnih izvirajo iz časa približno 2000 let pred Kristusom. Žolčne kamne so tedaj prepoznali in opisali pri balzamiranju mumij v starem Egiptu. Vir: <http://www.biblearchaeology.org/image.axd?picture=2010%2F4%2FEmbalmed-Mummies.jpg>

nemškem bombardiranju Londona med drugo svetovno vojno (1).

Grški akademski dosežki so v času Hipokrata prekašali vse druge civilizacije. Hipokrat (460–370 pr. n. št.), ki so ga v medicini že takrat in tudi od tedaj naprej visoko cenili, je prepoznal resnost bolezní biliarnega trakta, kar se zrcali v



Aleksander Veliki naj bi umrl zaradi žolčnih kamnov, ki so povzročili zaplete. Vir: http://p21chong.files.wordpress.com/2010/08/alexander_the_great.jpg

tem odlomku: »V žolčni vročici rumenilo, ki prihaja skupaj z mrzlico pred sedmim dnevom, odnaša vročico, toda če se zgodi brez vročice in ob nepravem času, je ta simptom usoden.« Prav tako je spoznal, da »ko se pri rumenilu jetra strdijo, je to slab znak« (2).

Aleksander Veliki je umrl, ko je bil star 34 let (leta 323 pr. n. št.). Opis zadnjih dni njegovega življenja daje slutiti, da je umrl zaradi boleznih vnetja in zapore žolčnika, ki je nastala zaradi obilne prehrane in popivanja. Smrt naj bi nastopila zaradi perforacije žolčnika in peritonitisa ob pridruženem vnetju trebušne slinavke (3).

Čeprav je bil Celz tisti, ki je v 1. stoletju n. št. pozornost usmeril na žolčnik in jetra, je bil Galen (129–201) v 2. stoletju n. št. najznamenitejši avtor rimskega obdobja. Galen je bolezen biliarnega trakta prepoznal kot klinično danost, ki jo lahko delno uspešno zdravimo z dieto. Imenoval je tri glavne organe, ki upravljajo telo: srce, izvor toplote in prvi organ; možgani, izvor čustvovanja vseh delov telesa; in jetra, prvi organ prehranske dejavnosti. Galen je menil, da se rumenilo pojavi zaradi iztekanja rumenega žolča v kožo. Spoznal je, da je rumenilo sicer lahko posledica boleznih jeter, vendar je že takrat pravilno ugotovil, da se lahko pojavi tudi, če jetra sploh niso vpletena. Galenov nauk se je obdržal stoletja in vse do sredine 17. stoletja so številne bolezni in motnje opisovali kot spremembe v ravnotežju glavnih tekočin telesa, ki jih povzročata disfunkcija jeter.

V Perziji je Razi (tudi Rhazes; 850–923) boleznih trebuha povezoval s spremembami v žolču, Avicenna (980–1037) pa je pisal o splošni kirurški tematiki in naravi bolezni. Ocenil je prisotnost žolčnika, vendar mu je primanjkovalo znanja o skupnem žolčnem vodu. Znano je bilo, da po drenaži abscesov trebušne stene lahko nastanejo biliarne fistule in da imajo takšni bolniki boljšo prognozo kot tisti, ki imajo zunanjo povezavo s črevesjem (4).

Renesansa – spoznavanje biliarnega sistema

Napredek, ki je sledil, se je v glavnem rojeval v Italiji v obdobju renesanse. Takrat sta ustvarjala tudi Leonardo da Vinci in Michelangelo. Zdravniki so začeli opravljati obdukcije svojih pacientov, opisovali so anatomijo in iskali vzroke bolezni.

Leta 1506 je Benivieni iz Firenc opisal vrsto obdukcij svojih pacientov in tako predstavil prvi zapis, ki se je posebej skliceval na bolezen biliarnega trakta in njihov klinični pojav.

Središče naslednje razvojne stopnje znanja je bila severovzhodna Italija, posebno Padova.

Objava Vesaliusovega dela *De humani corporis fabrica* leta 1543 in Harveyjevega *De mortu cordis* 100 let kasneje je vplivala na pojav novega znanstvenega duha na področju anatomije in fiziologije. Vesalius je, kot je bilo značilno za takratni čas, pogosto beležil ugotovitve ob seciranju oseb, ki so umrle pred nedavnim, in zapisal tudi mnenje o vzroku njihove smrti. Zapisal je: »Ugotovljen je bil hemoperitonej; bil je posledica abscesa, ki je prodril v portalno veno. Žolčnik je bil rumene barve in je vseboval 18 kamnov. Bil je zelo lahek, trikotne oblike z enakomernimi robovi in površino, zelene in ponekod črnikaste barve. Vranica je bila zelo velika.«

Faloppio je leta 1562 opisal kamne v žolčniku in skupnem žolčnem vodu.

Fernell je leta 1588 v knjigi *De morbis universilibus et particularibus* predpostavljal, da je zastoj žolča vzročni dejavnik za nastanek žolčnih kamnov, in opazil, da pri rumenilu blato postane belo, urin pa temen ter da se žolčni kamni lahko izločajo celo skozi anus.

Tako Vesalius kakor tudi Faloppio in Fernell so raziskovali v 16. stoletju in med seboj veliko razpravljali o svojih teorijah o vzrokih za nastanek žolčnih kamnov in o spremembah v jetrih, s katerimi so bili ti kamni povezani.

Harvey (1578–1657), ki je prav tako deloval v Padovi, je po mnenju mnogih največ prispeval k študiju anatomije in fiziologije ter uvedel jasno razumevanje krvnega obtoka. Harveyjev študent in mlajši sodobnik Glisson je poglobljeno raziskoval strukturo in funkcijo jeter. Njegova knjiga *Anatomia hepatis* je bila objavljena leta 1654 in velja za prvo veliko sodobno delo o hepatologiji. Glisson je jasno opisal anatomijo jeter, zlasti jetrne kapsule, in opredelil položaj jetrne arterije, portalne vene in žolčevoda. Bil je prvi, ki je omenil



V obdobju renesanse je Vesalius leta 1543 objavil delo *De humani corporis fabrica*. Knjiga je vplivala na pojav novega znanstvenega duha na področju anatomije in fiziologije. Na podlagi obdukcij je Vesalius opisal zaplete, ki so jih povzročili žolčni kamni. Vir: <http://imageweb-cdn.magnoliasoft.net/heritageimages/fullsize/2494840.jpg>

zapiralni mehanizem okrog odprtine skupnega žolčnega voda (1, 4).

18. stoletje – začetek moderne medicinske znanosti in razumevanje boleznih zaradi žolčnih kamnov

Konec 17. in začetek 18. stoletja bi lahko označili za začetek moderne medicinske znanosti. V tem obdobju



Morgagni, višji profesor za anatomijo in rektor Univerze v Padovi, je leta 1769 objavil analizo boleznih z naslovom *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* (Sedeži in vzroki boleznih, raziskovani z anatomijo, op. a.). V besedilu o žolčnih kamnih je analiziral porazdelitev kamnov pri moških in ženskah, vključno s starostjo, incidenco in zdravljenjem. Prepoznal je prisotnost kamnov v skupnem žolčnem vodu in relativno neškodljivo naravo velikega kamna. Vir: http://news.yale.edu/sites/default/files/imagecache/video_photo_main/10.%20morgagni%20title%20page.jpg

se je naglo razvilo razumevanje boleznih biliarnega trakta. Študije v zvezi s strukturo, izvorom in funkcijo žolča so začele nastajati predvsem v drugi polovici 18. stoletja, še pred tem pa so začeli opravljati kirurške posege zaradi žolčnih kamnov.

Nadaljevale so se anatomske študije in Vater (1684–1751) je opisal papilo dvanajstnika. Njenega pomena sicer niso popolnoma razumeli. Šele kasneje, leta 1864, je Oddi, ki je deloval v Bologni, ponovno odkril »Glissonov sfinkter«, kakor so ga takrat imenovali, in z raziskavami na psih dokazal sposobnost sfinktra za zadrževanje izтока iz žolčevoda.

Prva znana povezava med kirurškim posegom in žolčnimi kamni se je zgodila po naključju. Leta 1687 je Nizozemec van der Wiel pri bolniku z dolgotrajno anamnezo bolečin v trebuhu na zgornjem delu trebušne stene odprl gnojni absces in našel žolčne kamne (5).

Kot začetniku in ustanovitelju kirurgije žolčnika gre priznanje pariškemu kirurgu Petitu. Leta 1733 je zabeležil absces z žolčnimi kamni in predlagal, da ko se na koži pojavi rdečina, povezana z žolčnimi kolikami, naredi kirurg v tem področju rez, odstrani žolčne kamne in pusti žolčno fistulo. Leta 1743 je na ta način uspešno operiral enega bolnika in še isto leto pariški Akademiji za kirurgijo predstavil članek z naslovom »Ugotovitve o tumorjih, ki jih povzročajo zadržan žolč v žolčniku, včasih opredeljenih kot jetrni absces.« Uvedel je pojem žolčne kolike in opredelil njihovo zdravljenje in zdravljenje obstruktivnega holecistitisa. V primerih, ko se žolčnik čvrsto oprijema trebušne stene, je Petit priporočal kirurški rez in odprto odstranitev kamnov. S tem se takrat vsi niso strinjali (1, 4–5).

18. stoletje je bil čas, ko se je začelo objavljati gradivo s področja medicine. Kot velja tudi danes, so imeli starejši profesorji pogosto nasprotujoča si mnenja, ki so jih v enako vneto izražali bodisi na podlagi dejstev ali enostavno le iz

lastnega prepričanja. Da bi prikazal dejstva, je Morgagni, višji profesor anatomije in rektor Univerze v Padovi, leta 1769 objavil analizo boleznih z naslovom *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* (Sedeži in vzroki boleznih raziskovani z anatomijo, op. a.), med njimi tudi boleznih jeter in biliarnega trakta. V besedilu o žolčnih kamnih je analiziral porazdelitev kamnov pri moških in ženskah, vključno s starostjo, incidenco in zdravljenjem. Prepoznal je prisotnost kamnov v skupnem žolčnem vodu in relativno neškodljivo naravo velikega kamna. Morgagni je predstavil bistvo boleznih žolčnega trakta v logičnem zaporedju. Upošteval je incidenco in prizadetost populacije v odvisnosti od življenjske dobe. Njegovi opisi možnih mehanizmov, s katerimi se oblikujejo kamni, spominjajo na današnje zapise. Sicer je nepreklicno menil, da je žolčne kamne treba zdraviti konservativno, z zdravljenjem, in svaril pred poskusi reševanja takšnega stanja z operacijo (6).

Morgagnijevo delo je postalo osnova za razumevanje boleznih jeter in žolčnih izvodil. Predvsem je pomenilo začetek premika k vrednotenju pomena anatomije in patologije. Morgagnijeve ideje so se hitro razširile in postale trdna podlaga za prihajajoče spremembe. Verovanje v humoralne vzroke boleznih ni več vzdržalo in začelo se je uveljavljanje znanstvene medicine (4–6).

19. stoletje – obdobje velikih odkritij v medicini, ki so omogočila razvoj moderne kirurgije ter operacije žolčnika in žolčevodov

Razvoj tehnologije, ki se je začel v 19. stoletju in se skokovito nadaljeval v 20. stoletju, je omogočil izreden napredek medicinskih strok. Napredek kirurške stroke v 19. stoletju je povezan z vrsto odkritij na drugih

področjih medicine, kot so splošna anestezija, asepsa in odkritje rentgena. Šele ta odkritja so omogočila posege v telesne votline. S posegi v trebušno votlino se je začel razvoj modernega zdravljenja boleznih žolčnika in žolčevodov (7–9).

Splošna anestezija

Lajšanje oziroma odprava bolečine med operacijo je bila za kirurge v prvi polovici 19. stoletja zgolj želja in velik problem. Bolnikom so skušali pomagati z opiatnimi analgetiki, včasih tudi z alkoholom, kar pa ni veliko zaleгло, še kar naprej so kričali od bolečin. Delo je bilo na ta način opravljeno površno in tudi rezultati so bili temu primerni – slabi. Šele klinična uporaba anestetičnih učinkovin, ki so bile sicer znane že prej, je napovedala boljše čase. Šlo je za nekatere pline oziroma lahko hlapljive tekočine, ki so imele uspavalni in protibolečinski učinek. Dušikov oksid so sicer odkrili že v 18. stoletju, vendar so ga uporabljali predvsem za zabavo, saj je izzval nekontrolirano smejanje, zato so ga popularno imenovali »smejalni plin«. Čeprav je dušikov oksid relativno nenevaren, saj ima široko terapevtsko območje, so ga v tistem času uporabljali samo v stomatologiji. Slab analgetični učinek namreč ni dopuščal uporabe za velike operacije. Šele uporaba etra (1846), kloroforma (1847) in klorhidrata (1869), ki imajo boljši analgetični učinek, je odprla možnosti tudi na tem področju. Leta 1869 je Trendelenburg uvedel endotrahealno anestezijo in tako so postali izvedljivi tudi večji kirurški posegi (7–8).

Asepsa

Kirurgija 19. stoletja je bila obremenjena z veliko smrtnostjo zaradi infekcije.

Prvi kirurg, ki si je roke umival v razkužilo, je bil madžarski porodničar Semmelweis (od leta 1847 je uporabljal klorovo apno). Lemaire je leta 1863 začel s razkužilom čistiti operacijsko polje. Leta 1867 je angleški profesor kirurgije Lister objavil svojo

metodo antiseptice v kirurgiji, ki je temeljila na Pasteurjevih odkritjih mikroorganizmov. Uporabljal je karbolno kislino, sprva za premaz operacijskega polja in za umivanje rok, kasneje pa je izdelal poseben stroj za pršenje karbolne kisline v operacijsko polje. Napravil je prvi antiseptični sistem, s katerim je skušal preprečiti vnos mikroorganizmov z roka operaterja, bolnikove kože in iz zraka v rano (9).

Toda antiseptični postopki listerjanske dobe niso bili zadostni. Načela asepsa z uvajanjem sterilnega pokrivanja operacijskega polja, nove operacijske dvorane s filtri (predvsem pa tudi uporaba kakovostno steriliziranega operacijskega perila), uporaba sterilnih instrumentov in drugih



Theodore Kocher je leta 1878 naredil prvo holecistostomo, po kateri je bolnik preživel. Z antiseptično tehniko je poseg naredil v dveh stopnjah. V prvi fazi je odstranil gnojno tekočinsko kolekcijo iz žolčnika (empiem) in rano zatamponiral z gazo do dna žolčnika, osem dni kasneje pa je iz žolčnika izločil preostale kamne. Že takrat je priporočal pristop pod desnimi rebrnim lokom. Vir: http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/5/51/Emil_Theodor_Kocher.jpg/220px-Emil_Theodor_Kocher.jpg

kirurških pripomočkov so omogočili dodatno izboljšanje. Dosledne ukrepe asepsa je leta 1886 uvedel nemški kirurg Ernst Bergmann, ki je začel avtoklavirati instrumente in kirurški material. Pred tem so namreč kirurgi operirali v običajnih oblačilih, v kravatah, brez rokavic, brez kirurških mask, v operacijskih dvoranah pa so bili prisotni tudi študentje oziroma številni gledalci. Operacijske sobe so bile kot gledališča, kjer so kirurgi radi kazali svojo umetnost!

Antiseptične metode so spremenile filozofijo kirurgije: kirurgija je stroka, v kateri so poleg kirurgovega znanja in spretnosti nujno potrebne tudi ustrezne razmere za kirurško delo.

Rentgen

Wilhelm Conrad Röntgen (1845–1923), profesor fizike na univerzi v Würzburgu, je leta 1895 odkril rentgenske žarke. Prvi klinični rentgenski posnetki so bili opravljeni že leta 1896. Sprva so proučevali kosti in žolčne kamne (7–9).

19. stoletje – začetek moderne biliarne kirurgije

Odstraniti kamne, drenirati žolč, vendar pustiti žolčnik

Moderna biliarna kirurgija se je začela leta 1867 v Indiani v ZDA, ko je Bobbs operiral tridesetletno žensko z več let trajajočimi bolečinami in velikim tumorjem, za katerega je mislil, da je ovarijska cista. Ko je odprl trebuh, je na svoje začudenje našel ogromen žolčnik, poln kamnov. Žolčnik je odprl, odstranil kamne, ga nato previdno zažil in vrnil nazaj v trebuh. Ženska je okrevala in živela še dolgo po Bobbsovi smrti (4, 10).

Skoraj desetletje je minilo, preden so podobno litotomijo skoraj istočasno izvedli Kocher iz Švice, Simms iz Severne Amerike in Tait iz Anglije. Vsi trije kirurgi so v nasprotju z Bobbsom



Prvo klasično holecistektomijo je naredil Carl Langenbuch leta 1882 v Berlinu. Medtem ko so si drugi na vso moč prizadevali narediti čim boljše fistulo žolčnika in iz njega odstraniti čim več kamnov, je Langenbuch vse to le opazoval. Drenaža in odstranjevanje kamnov sta bila začasna rešitev, znano je bilo, da se kamni čez čas ponovno pojavijo. Tehniko holecistektomije je razvil postopoma v več letih, potem ko je neutrudno vadil na kadavrih. Žolčnik je odstranil v veliki meri na način, kot se izvaja še danes. Vir: http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/a/a9/Carl_Langenbuch.jpg/220px-Carl_Langenbuch.jpg

načrtovali operacijo žolčnika, vendar ga po njej niso vrnil nazaj v trebušno votlino, ampak so ga pritrdili na trebušno steno. Naredili so *holecistostomo*. Tako so omogočili ekstrakcijo kamnov in gnoja ter ga pustili odprtega navzven in se tako izognili peritonitisu, ki bi se lahko pojavil zaradi poseganja v trebuhu.

Dejstvo je, da je prvo *holecistostomo* naredil Simms leta 1878 v Parizu. Simms, sicer Američan, ki je delal na obeh straneh Atlantika, je v Parizu operiral bolnika z dolgotrajno zlateni-

co in tumorjem v desnem hipohondriju. Z antiseptično tehniko je odprl žolčnik in izločil 60 kamnov ter žolčnik zašil v rob incizije na trebušno steno. To je bil prvi elektivni kirurški poseg zaradi obstruktivne zlatenice. Bolnik je sicer osmi dan po operaciji umrl zaradi masivne krvavitve v trebuh. Obdukcija je pokazala, da so v žolčniku ostali še številni kamni v velikosti od graha do golobjega jajca (1, 4).

Še isto leto, samo dva meseca kasneje, je v Bernu Švicar Kocher izvedel prvo uspešno drenažo empie-ma žolčnika. Naredil je dvostopenjsko *holecistostomo*. V prvi fazi je rano zatamponiral z gazo do dna žolčnika, osem dni kasneje pa je iz žolčnika izločil preostale kamne. Priporočal je pristop pod desnim rebrnim lokom. Kasneje je opisal tudi *sfinakterotomijo ali notranjo holedohoduodenostomijo* (11). Poleg tega se na ime tega velikega mojstra spomni vsak kirurg, ko izvaja mobilizacijo dvanajstnika, čeprav je bil ta manever v osnovi namenjen kirurgiji želodca. Kocher je leta 1909 prejel Nobelovo nagrado za medicino za svoje delo na področju fiziologije in kirurgije ščitnice.

Zasluga za izvedeno prvo enostopenjsko *holecistostomo* zaradi žolčnih kamnov pa pripada Taitu, britanske-mu kirurgu. Operiral je 40-letno bolnico, ki je po posegu preživela. Do leta 1884 je opravil 14 takšnih posegov, umrl je samo en bolnik (1, 4).

Prva holecistektomija: Langenbuch leta 1882

Medtem ko so si drugi na vso moč prizadevali narediti čim boljše fistulo žolčnika in iz njega odstraniti čim več kamnov, je Carl Langenbuch v Berlinu vse to le opazoval. Drenaža in odstranjevanje kamnov sta predstavljala začasno rešitev, znano je bilo, da se kamni čez čas ponovno pojavijo. Langenbuch se je vneto pripravljal na kompletno odstranitev žolčnika in kasneje je izjavil: »Drugi so se posvečali produktu bolezni in ne bolezni sami.«

Ves čas sta se mu porajali dve misli. Prva je bila, da sta Zambecari leta 1630 in Teckoff leta 1667 napravila holecistostomo in holecistektomijo pri psih ter ugotovila, da žolčnik za življenje ni nujno potreben, druga pa, da so njegovi medicinski kolegi verjeli, da je žolčnik vzrok za nastanek kamnov (12).

Tehniko holecistektomije je razvil postopoma v več letih, potem ko je neutrudno vadil na kadavrih. Prvo *elektivno holecistektomijo* je opravil 15. julija 1882, v veliki meri na način, kot se izvaja še danes. Operiral je bolnika, ki je dolgih šestnajst let trpel zaradi neznosnih žolčnih kolik, ki so bile tako hude, da je postal odvisen od morfija. Dan po operaciji je bil bolnik brez vročine, čutil je le blago bolečino in veselo kadil cigaro. Dvanajsti dan po uspešni operaciji je začel hoditi, bolnišnico pa je zapustil šest tednov kasneje. Pridobival je telesno težo, bolečine so popolnoma izzvenele.

Poročilo o tem primeru je privedlo do polemik o smiselnosti izvajanja holecistostome, za katero se je najbolj zavzemal Tait. Nova in moderna tehnika operacije je bila vsekakor Langenbuchova: holecistektomija.

Sledili so članki, v katerih so opisovali izkušnje. Leta 1886 je Gatson v tabeli prikazal 33 holecistostomij s 27-odstotno umrljivostjo in 8 holecistektomij (5 jih je opravil Langenbuch) z zabeleženo le eno smrtjo (12-odstotna umrljivost). Do leta 1890 je 27 različnih kirurgov opravilo 47 holecistektomij. Leta 1897 je število naraslo do skoraj 100 operacij z umrljivostjo, manjšo od 20 odstotkov (13).

Odstranjevanje kamnov iz skupnega žolčnega voda, T-dren, biliodigestivne anastomoze

Kmalu po prvi holecistektomiji so kirurgi poskušali odstraniti kamne tudi iz žolčnih vodov. Leta 1898 je Thornton prvič odstranil kamen iz skupnega žolčnega voda. Leto kasneje



V današnjem času je metoda izbire laparoskopjska holecistektomija, klasično operacijo naredimo le izjemoma. Zaradi velikega prereza trebušne stene je okrevanje bolnika po operaciji počasno. Vir: Oddelek za abdominalno in splošno kirurgijo, UKC Maribor.

je Švicar Ludwig Courvoisier v Baslu uspešno operiral naslednjega bolnika s holecistolitiazijo. Courvoisier se je poglobljeno ukvarjal z boleznimi žolčevodov in napisal številna dela. Zakon, ki se imenuje po njem, govori o tem, da je zlatenica ob nerazširjenem žolčniku najverjetneje posledica kamna.

Eksplozija skupnega žolčnega voda zaradi holecistolitiazije sicer ni bila najbolj popularna. Kirurge je bilo strah, kajti tveganje zaradi izlitja žolča v trebušno votlino, ki je smrtno nevaren zaplet, je bilo veliko.

Leta 1897 je Kehr izvedel ta postopek in prek cističnega voda v skupni žolčni vod vstavil gumijasto cevko; to je bila prva sistematična uporaba biliarne intubacije. Kehrovo ime je ustrezno povezano z razvojem biliarne intubacije. Pri bolnikih z žolčnimi kamni je razvil številne kombinacije drenaže. Mnogi drugi kirurgi so hitro razvili *holedohotomijo* brez šivanja ob uporabi drenaže s cevko. Tako se je kirurgija žolčnih vodov hitro razširila po vsej Evropi, Angliji in ZDA. Leta 1912 je Kehr razvil pripomoček, ki ga poznamo pod imenom *T-dren*. Z njegovo pomočjo se ni poenostavila le holedohotomija, prek tovrstnih drenov se je ponudila

možnost tudi za posege in popravila na žolčnih poteh (14).

Preden je Kehr uvedel biliarne drene, so holedohostomije pogosto postale biliarne fistule, bodisi zaradi zaostalih supraampularnih kamnov ali zato, ker je kirurg nehote odprl žolčevod nad spodaj ležečim tumorjem.

Avstrijski kirurg Sprengel je bil prvi, ki je leta 1891 naredil supraduodenalno *holedohoduodenostomijo*. Sprenglova operacija je bila opisana kot holedohoduodenostomija z anastomozo po tipu stran s stranjo in je kmalu postala popularna po vsej Evropi in v ZDA. *Holecistoenterostomijo* je prvi uvedel Winiwarter leta 1882.

Vzporedno se je razvijala *transduodenalna kirurgija*. Leta 1895 je Kocher napisal članek o notranji holedohoduodenostomiji za odstranjevanje supraampularnih kamnov v skupnem žolčnem vodu. Do leta 1899 je operacijo izvedel 20-krat. MacBurney je objavil svoje izkušnje z duodenostomijo in *papilotomijo* pri bolnikih z zaostalimi periaampularnimi kamni. Ti zgodnji postopki holedohotomije in holedohoenterične anastomoze za zdravljenje zlatenice in kamnov žolčnih vodov se pogosto uporabljajo še danes, vendar s pomočjo in v kombinaciji z endoskopijo.

V Švici je Roux, sicer Kocherjev učenec, opisal pripravo »jejunalne zanke«, ki je bila v osnovi namenjena za rekonstrukcijo prebavnega trakta po operacijah želodca. Ker je tako anastomoza popolnoma brez napetosti, so njen pomen kmalu spoznali tudi pri kirurgiji žolčnih vodov. *Rouxova jejunalna zanka* – jejunalna zanka Y je bila uvedena kot metoda rekonstrukcije pri holecistojejunostomiji in holedohojejunostomiji (4–5).

Radiologija

Izreden razvoj je potekal tudi na področju radiologije. Danes zdravniki vzrok bolezni marsikdaj določijo že na podlagi radioloških preiskav in težko si predstavljajo, da je v preteklosti to slonelo izključno na anamnezi in

fizikalnem pregledu. Razvojni mejnik je pomenila uvedba *oralne holecistografije*, ki jo je po eksperimentiranju z različnimi raztopinami joda leta 1924 uvedel Graham v ZDA. Diagnoza žolčnih kamnov je bila tako omogočena. Sicer je bil prikaz nekaterih žolčnih kamnov možen že od izuma rentgena leta 1898, vendar izključno tistih, ki so bili radiotransparentni. Kmalu zatem, leta 1932, je argentinski kirurg Mirizzi razvil *pooperacijsko holangiografijo*, leta 1937 pa je kontrast začel uporabljati tudi med operacijo (*intraoperacijska holangiografija*).

Hkrati je to obdobje zaznamovala uporaba prve *holedohoskopije* (Bakes, 1923).

Druga svetovna vojna in obdobje po njej sta razvoj ustavila, nadaljeval pa se je konec šestdesetih let prejšnjega stoletja. Revolucijo v prikazu žolčevodov in izvodila trebušne slinavke je pomenila uvedba *endoskopske retrogradne holangiopancreatografije* (McCune, 1968). Diagnostičnemu pristopu je kmalu sledil še terapevtski. *Endoskopsko papilotomijo* sta prva napravila Classen in Demling leta 1973 v Erlangenu v Nemčiji. Pristop do žolčnih kamnov v skupnem žolčevodu je bil tako mogoč brez kirurgije. Tako so bili ustvarjeni temelji, da klasično kirurško področje postopoma preda mesto minimalnim invazivnim metodam.



Zaplet zaradi žolčnih kamnov: akutno vnetje žolčnika. Žolčnik je povečan, njegova stena pa zadebeljena. Vir: Oddelek za abdominalno in splošno kirurgijo, UKC Maribor.

Razvoju endoskopskih tehnik sta v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja sledili še uvedba *perkutane transhepatične holangiografije* in *računalniške tomografije* jeter ter uporaba *ultrazvoka* pri diagnostiki bolezni jeter in žolčnega trakta. Zasnovana je bila tudi *magnetna resonanca*, ki je vodila k razvoju magnetnoresonančne holangiopan-kreatografije.

Poleg endoskopskega ali transhepatičnega pristopa do žolčnih kamnov je bila tako omogočena tudi drenaža zlatenice in dilatacija različnih zožitev na žolčevodih (4–5, 15).

Literatura:

1. Glenn F. Biliary tract disease since antiquity. *Bull N Y Acad Med* 1971; 47:

- 329–50.
2. Hippocrates. *The Genuine Works of Hippocrates*. Adams F, transl. Baltimore, Williams & Wilkins 1939; 91.
3. Weigall A. *Alexander the Great*. London, Putnam's Sons 1933; 337–39.
4. Blumgart LH. *Historical Perspective*. In: Blumgart LH ed. *Surgery of the Liver, Biliary Tract, and Pancreas*. 4th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier 2007; xxxv–xli.
5. Spirou Y, Petrou A, Christoforides C, Felekouras E. *History of biliary surgery*. *World J Surg* 2013; 37: 1006–12.
6. Morgagni JB. *Seats and Causes of Disease*, vol. 2. Alexander B, transl. New York, Hafner, 1960. Facsimile of London 1769 ed., 225–26, 278–79.
7. Gawande A. Two hundred years of surgery. *N Engl J Med* 2012; 366: 1716–23.
8. Pivec G. Zgodovina medicine 20. stoletja: prispevki k prikazu razvoja medicinske stroke in zdravstvenega sistema. Maribor: Založba Pivec 2011; 100–3.
9. Smrkolj V. Pomembnejši mejniki v

- zgodovini kirurgije. V: Smrkolj V. *Kirurgija*. 1st ed. Ljubljana: Sledi 1995; 4.
10. Bobbs J. Case of lithotomy of the gallbladder. *Trans Med Soc Indiana* 1868; 68.
11. Kocher T. Ein Fall von Choledochoduodenostomia interna wegen Gallenstein. *Koorrespondenbl Schweizer Arzte* 1895; 1: 192.
12. Langenbuch C. Ein Fall von Exstirpation der Gallenblase wegen chronischer Cholelithiasis. *Heilung Berl Klin Wochenschr* 1882; 19: 725.
13. Traverso LW. Carl Langenbuch and the first cholecystectomy. *Am J Surg* 1976; 132: 81–2.
14. Kehr H. Die Behandlung der kalkulösen Cholangitis durch die direkte Drainage des Ductus Hepaticus. *Munch Med Wochenschr* 1897; 44: 1128.
15. Nagle A. Soper NJ. Laparoscopic cholecystectomy and choledocholithotomy. V: Blumgart LH ed. *Surgery of the Liver, Biliary Tract, and Pancreas*. 4th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier 2007; 506–7.

Mag. Štefan Predin, mag. farm. (1935–2003)

Povzetek predavanja na sestanku Medikohistorične sekcije SZD v Mariboru 24. 2. 2015 ob ogledu Muzeja farmacije, ki je poimenovan po Štefanu Predinu

Lovro Dermota, mag. farm.

Štefan Predin se je rodil 2. januarja 1935 v Staršah pri Mariboru. Po končani osnovni šoli leta 1948 se je zaposlil v lekarni Center v Mariboru kot pomožni laborant. V tem času je končal nižjo gimnazijo. Jeseni leta 1950 je pričel obiskovati Srednjo farmacevtsko šolo in jo končal leta 1954. Zaposlil se je kot farmacevtski tehnik v lekarni Center. Leta 1956 se je vpisal na Farmaceutvsko fakulteto v Ljubljani, nato pa 1958 nadaljeval s študijem farmacije v Zagrebu ter decembra 1960 diplomiral. Leta 1966 je postal upravnik lekarne Center. V tej delovni sredini se je gojilo izdelovanje galenskih izdelkov ter analitsko kontroliranje izdelkov in surovin. Lekarno Center se je štel za vzorčno in učno lekarno in je bila vzor vsem lekarnam v Jugoslaviji. Štefan Predin

je leta 1973 postal pomočnik direktorja zavoda magistra Varla in po njegovi zgodnji smrti, leta 1977, direktor zavoda. Upokojil se je 28. junija 1989.

Leta 1987 je prejel Minařikovo odličje, najvišje priznanje v farmaciji v Sloveniji.

Leta 2001 je prejel diplomu častnega člana Mednarodne akademije za zgodovino farmacije v Luzernu v Švici.

Mag. Štefan Predin, mag. farm., je umrl 19. februarja 2003.

Danes nam je Štefan Predin poznan kot največji kronist slovenske farmacije. Po knjižnih objavah je bil znan tudi v tujini. Že pred magistriranjem, leta 2002, se je pripravljaj na doktorat iz zgodovine slovenske farmacije, česar pa zaradi smrti ni mogel opraviti.

Štefan Predin je bil prodoren v strokovnem in poslovnem smislu. V času pomanjkljive oskrbe z zdravili je razmejil naloge države in lekarn pri oskrbi bolnikov z zdravili. Zato je leta 1982 v Mariboru organiziral pomembno republiško strokovno srečanje o vlogi lekarniške in grosistične dejavnosti, s poudarkom na strokovni povezanosti z lekarnami. Veliko zdravil so takrat še pripravili v lekarnah samo po standardnih receptih, saj je bilo tovarniško izdelanih zdravil zelo malo. Tovarniška izdelava je bila nezadostna, ker še ni bilo primerne opreme, zato je bilo tovarniško izdelana zdravila tudi zelo težko dobiti. Delili so jih na državni ravni, zato so lekarne naročale večje količine zdravil, kot so jih potrebovale.

Kot predsednik IO Združenja lekarn Slovenije se je Štefan Predin boril za uveljavitev lekarniške dejavnosti znotraj zdravstva, torej, da je sestavni del zdravstva, in za organiziranost lekarn, ki bo omogočala razvoj.

V njegovem času (1979) smo v Sloveniji, kot prvi na svetu, uvedli storitveni sistem za izdajo zdravil in obračunavanje storitev za izdana zdravila, kar je še danes pomembno, saj farmacevtu ni treba razmišljati o cenah in popustih, temveč se lahko posveti bolniku in njemu potrebnim zdravilom. Za nami so to storili Švicarji, v devetdesetih letih, na zapleten način, Nemci pa leta 2005 na zelo podoben način kot mi.

Štefan Predin je s svojimi raziskavami dopolnil začetno in pomembno delo magistra Minařika, zato so ga upoštevali in ga ocenjevali kot Minařikovega naslednika. Arhivar Anton Leskovec je v spremni besedi v knjigi *Mariborski lekarnarji skozi stoletja, 1994*, takole utemeljeval prispevke, da je Predin »Minařikov naslednik«: »Kot arhivar sem od začetka čutil, da bo avtor – takrat novinec v uporabi

arhivalij – kaj kmalu postal pravi uporabnik, ki se bo zavezal zgodovini svoje stroke za večno. /.../ Uspeh ni manjkal: skozi desetletja si naglo slede objave magistra Predina, danes že najbolj plodnega raziskovalca zgodovine farmacije pri nas.«

Ob 40-letnici Javnega zavoda Mariborske lekarne Maribor, leta 2002, je Štefan Predin organiziral in vodil zgodovinski simpozij ob 100-letnici rojstva Henrika Freyerja. Ob tej priložnosti je uredil *Zgodovinski zbornik o slovenskih farmacevtilih v naravoslovju*.

Henrik Freyer se je rodil 1802 v Idriji. Vse svoje življenje se je posvečal rastlinam in živalim. 1825 je vložil prošnjo za namestitev za pomočnika v rudniški lekarni pri očetu. Freyer je rad raziskoval tudi podzemni svet in se zanimal za močerila. Leta 1847 ga je Cesarska akademija imenovala za dopisnega člana v matematično-naravoslovnem razredu, kar si je štel za bleščeč dosežek svojega življenja. Leta 1848 so koroški deželni stanovi sklenili osnovati deželni muzej. Postavitev in ureditev so zaupali Freyerju. Leta 1853 je postal konzervator v zoološko-anatomskem muzeju v Trstu. To ga je povežalo z mnogimi raziskovalci, poklicnimi zoologi, ki so se za vse pošiljke favne z Jadrana obračali nanj.

Vse učene družbe so znale ceniti Freyerjeve zasluge. V Freyerjevi zapuščini je tudi njegov herbarij, ki ga je zbiral več let z namenom, da bi ga obdelal v floro kranjske in sosednjih območij. Želel si je, da bi to ostalo v lasti domovine.

Kot uveljavljeni zgodovinar stroke je opisal tudi zgodovino lekarne v Ribnici na Dolenjskem, nato še delo lekarnarskega gremija Kranjske. Podobno kot Minařik je obdelal samostan v Olimju in zapisal ugotovitve, »da samostanske lekarne praviloma niso poslovale kot javne lekarne in niso smele izdajati zdravil ljudem, ki niso pripadali samostanu. Vsebina samostanske poslikave je lekarnarja vsak dan spominjala na njegove

naloge, na etiko, ki naj ji pri delu sledi, razen tega pa mu je lepšala okolje in mu pričarala tudi nekaj zunanjega sveta.«

Leta 1974 je celotni olimski kompleks zelo poškodoval močan potres, zato so bila od leta 1988 do leta 1990 opravljena obsežna dela za njegovo rešitev. Med drugim naj bi se v Olimju ustanovil muzej slovenske farmacije. Od leta 1990, na predlog mariborskih farmacevtov, skrbijo za samostan v Olimju slovenski (ptujski) minoriti.

V svojih razpravah, z več novimi podatki izpred 300 let, je opisal delo Janeza Benedikta Gründla, prvega znanstvenega pisca v Mariboru. Ob praznovanjih jubilejev velikih osebnosti iz zdravstvene stroke, ki sta jih pripravili Medikohistorična sekcija Slovenskega zdravniškega društva in Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije, pa je pripravil in objavil študijo ob petstoletnici rojstva zdravnika, matematika in astronoma Andreja Perlacha iz Svečine, dekana medicinske fakultete in tudi rektorja univerze na Dunaju.

Leta 1993 pa je ob petstoletnici rojstva predstavil zdravnika in filozofa Teofrasta von Hohenheima Paracelsusa. Knjigo *Paracelsus* so založile Mariborske lekarne Maribor leta 1993.

Štefan Predin je bil prvi, ki je zbral Grafova dela (*Žiga Graf – slovenski florist, kemik in lekarnar, Mariborske lekarne Maribor, 1997*). *Graf je bil rojen 1801. leta v Ljubljani. Lekarniško prakso je opravljal pri ujcu Jožefu Wagnerju. Grafova doktorska disertacija je bila objavljena leta 1824 na Dunaju, pod naslovom Skorje kininovca v botaničnem, kemičnem in farmacevtskem pogledu. Graf je pisal, da je rastlinska kemija neizčrpna. Zanj sta bili alkalni snovi cinhonin in kinin v zdravilstvu izredno pomembni. Posvečal se je kemijskim analizam, lastnostim zdravilnih snovi, načinu pridobivanja in uporabi v farmaciji.*

Magister Predin je ob 100. obletnici uveljavitve žensk v farmaciji ter v



medicini in naravoslovju organiziral mednarodni simpozij *Ženska v farmaciji, medicini in naravoslovju* ter uredil zbornik z istim naslovom, ki je izšel v založbi Mariborskih lekarn leta 2000.

Farmacevti slovenskega rodu so se namreč v večjem številu pojavili šele v začetku 20. stoletja, ko so odhajali na študij v Zagreb, pa tudi potem, ko so po letu 1890 na avstrijskih fakultetah dovolili študirati farmacijo tudi ženskam. Toda ženske so le redko vodile lastne lekarne, do druge svetovne vojne niti deset. Toda po letu 1950 so vodile že večino slovenskih lekarn.

Nekaj o lekarniških predpisih

Štefan Predin je vestno zbiral navodila in predpise, ki so urejali delovanje lekarn ter vlogo lekarnarja in njegovih pomočnikov pri pripravljanju, zaračunavanju in izdajanju zdravil.

Med temi zapisi je pomembno pismo dr. Bartolomeja Schoberja, kranjskega deželnega zdravnika, ki so mu deželne oblasti naročile, da se izjavi in oceni prošnjo lekarnarja Janeza Leykauffta, ki je zaprosil za službo in plačo za deželnega lekarnarja v Novem mestu.

Dr. Schober je natančno poročal o obnašanju lekarnarja in iz lastnega nagiba sestavil navodila za službo lekarnarja. Ta navodila naj bi bila najstarejša kranjska listina, ki nam govori o dolžnostih lekarnarja, o dobrih načinih dela, ki naj jih ima, in o slabih, katerih naj se varuje, o njegovem razmerju do zdravnika, o njegovem delu pozimi in poleti v lekarni in izven nje, o njegovem obnašanju v zdravih in bolnih časih.

Dr. Schober je navedel kar 18 »očetovskih opominov«, po katerih bodo ljudje prepoznali lekarnarja za vestnega, marljivega in poštenega človeka brez prevare:

– *naj ima vedno pred očmi Boga, da ne bi drugim škodoval*

- *naj ne bo pijanec, bogokletnik, skopuh, niti požeruh*
- *naj predpostavljem ne da vzroka za stroge opomine in kazni*
- *naj brez vednosti doktorja nič ne stori; naj pomaga bolnikom in z dobro pravico izpolni željo bolnikom z nasvetom in dobrim zdravilom*
- *da je vedno v lekarni, če je dosti dela in tudi, če ga ni*
- *kako naj destilira, kuha, naj ne vzame loja namesto masla, naj pokvarjena zdravila zavrže, enkrat letno naj lekarno pregleda doktor in sploh vse naj pokaže doktorju...*
- *navodila za pravilne uteži, za njihovo snažnost, da ne bi varal z njimi, ipd.*
- *da naj bo lekarna snažna, ne vlažna in slabega zraka, ... o pajkih, mrčesu, ...*
- *naj se ne zadere na ljudi, če nima iskanega zdravila, temveč navori: dragi prijatelj, ravnokar sem ga oddal in porabil, toda, če prihodnjič prideš, ga boš našel.*

V deželnem lekarniškem redu iz leta 1710 pa avtorji zapišejo samo še sedem od teh osemnajstih navodil, tudi v deloma spremenjeni obliki. Izvzeli so predvsem tista, ki zadevajo osebne in družinske slabosti ter izgovore, ki odvrtačajo ali zavajajo ljudi. Ohranili pa so navodila o dolžnostih lekarnarja do oblasti in o spoštovanju predpostavljenih, da obvešča zdravnika, da je ustrezno založen z zelišči glede oskrbovanja, da ne izdeluje strupov, kakšno opremo naj ima, da natančno meri ter še o znosnih cenah zdravil.

Dr. Schober kaže v teh predpisih odkritosrčno vnemo in skrb za dobrobit bolnikov in za vestno delovanje zdravnika in lekarnarja ter nepristransko ogorčenost proti obema, če zanemarjata svojo službo. Odgovornost lekarnarja je med vsemi umetniki največja. Vedeti moramo, da je bil tedaj zdravnik za notranje bolezni doctor medicinae, lekarnar pa umetnik – obrtnik.

Če primerjamo ravnanja zdravnikov in farmacevtov izpred 300 let, ko so navodila in predpisi temeljili na »očetovskih opominih«, to je na marljivosti in poštenosti, na vestnem odnosu do ljudi, moramo reči, da danes pogrešamo poudarek na odgovornih človeških in družbenih odnosih. Zgodovina, zapisana kronološko, nas pouči, da zakonodajalci tekom stoletij niso dopuščali dvoma o postavljanju splošnih koristi pred zasebnimi. Vsi so poudarjali pomen koristi tako zdravnikovega kot lekarnarjevega poklica za vso družbo in za posameznika ob tem, ko skrbita za zdravje prebivalstva. Zavedali so se, da je ohranjanje človekovega zdravja največja dragocenost med zemeljskimi dobrinami.

Knjige mag. Štefana Predina:

- Almanah razvoja lekarništva v Pomurju; 1985
- Theophrastus von Hohenheim Paracelsus; Mariborske lekarne Maribor; 1993
- Mariborski lekarnarji skozi stoletja; Mariborske lekarne; 1994
- Olimska lekarna biser Slovenije; Mariborske lekarne Maribor; 1995
- Žiga Graf – Slovenski florist, kemik in lekarnar; Mariborske lekarne Maribor; 1997
- Almanah Koroške lekarne; 1997
- Iz zgodovine organiziranega dela slovenskih farmacevtov v stanovskih društvih v Sloveniji in Mariboru; Mariborske lekarne Maribor; 2000
- Zbornik – Ženska v farmaciji, medicini in naravoslovju; Mariborske lekarne Maribor; 2000
- Slovenski farmacevti v naravoslovju; Mariborske lekarne Maribor; 2002
- O lekarnah na Celjskem od Mozirja do Podčetrčka; J Zavod Celjske lekarne; 2002
- Minařikova zbrana dela I; Mariborske lekarne Maribor; 2000
- Minařikova zbrana dela II; Mariborske lekarne Maribor; 2001



60 let delovanja celjskega dermatovenerološkega oddelka

Janja Šmid, dr. med., SB Celje

janja.smid@guest.arnes.si

Dermatovenerološki oddelek Splošne bolnišnice Celje je v letu 2014 obeležil 60 let delovanja. Diamantno obletnico Dermatovenerološkega oddelka SB Celje smo počastili z organizacijo strokovnega srečanja »Šola o psoriazis«, ki je potekalo 3. oktobra 2014 v prečudoviti dvorani Narodnega doma v Celju. S srečanjem, ki sta ga organizirala Združenje slovenskih dermatovenerologov in Dermatovenerološki oddelek Splošne bolnišnice Celje pod častnim pokroviteljstvom Mestne občine Celje, smo hkrati obeležili tudi svetovni dan psoriazis.

Dogodek je potekal v dveh sklopih. Prvi je bil strokovno obarvan in je ponudil predstavitev luskavice z več pogledov. gostili smo predavatelje specialiste dermatovenerologe iz UKC Ljubljana, UKC Maribor in SB Celje. Svoje doživljanje kronične kožne bolezni je predstavil tudi bolnik s svojo osebno izpovedjo, obenem je predstavil tudi delovanje Društva psoriatikov Slovenije.



Ob 60-letnici Dermatovenerološkega oddelka SB Celje sta izšla dva zbornika.

V večernih urah je sledila slavnostna prireditev ob diamantnem jubileju Dermatovenerološkega oddelka SB Celje. Slavnostni govorniki so bili župan Mestne občine Celje gospod Bojan Šrot, generalni direktor SB Celje mag. Marjan Ferjanc ter strokovni direktor SB Celje asist. Franc Vindišar ter nekdanji dolgoletni predstojnik dermatovenerološkega oddelka prim. asist. mag. Jože Arzenšek. Sedanja predstojnica prim. mag. Ana Benedičič je predstavila kronološki potek razvoja in dejavnosti oddelka. Sledilo je druženje ob prijetnih zvokih in okusni hrani.

Ob tej priložnosti sta izšla dva zbornika. V prvem, Šola o psoriazis, ki bo služil kot učni pripomoček zdravnikom na primarni ravni ter specializantom dermatovenerologije, so zbrane strokovne informacije o psoriazis.

Drugi zbornik je izšel pod naslovom Kronika, razvoj in izzivi Dermatovenerološkega oddelka Splošne bolnišnice Celje. V njem je v obliki osebnih izpovedi nekdanjih zaposlenih opisana trnova pot razvoja oddelka od začetkov v starih, utesnjenih prostorih s skromno opremo in kadri, preko številnih selitev, do sedanje lokacije v četrtem nadstropju novega dela celjske bolnišnice, ki nam omogoča izvajati s tujino primerljivo strokovno delo.

Prireditve, ki je bila tudi medijsko zanimiva, je obiskalo okoli 200 udeležencev, med njimi so nas počastili s svojo prisotnostjo številni ugledni gostje. Dogodek je pustil lep vtis in željo po več podobnih srečanjih.



Organizacijski in strokovni odbor Šole o psoriazis. Z leve sedijo Nataša Koser Kolar, dr. med., prim. asist. mag. Jože Arzenšek, prim. mag. Ana Benedičič, prim. asist. Jana Govc Eržen, z leve stojijo Janja Šmid, dr. med., prim. asist. Tanja Ručigaj, doc. dr. Nada Kecej Leskovec, Stanko Pregelj, manjka asist. mag. Pij Bogomir Marko.

Prof. Zora Konjajev in Ivan Cibic častna člana MHS SZD

Prof. dr. Elko Borko, dr. med., predsednik MHS SZD

Dr. Aleksander Kruščić, dr. med., UKC Maribor

elko.borko@guest.arnes.si

29. januarja je bila v veliki dvorani prim. Zmaga Slokana v 16. nadstropju kirurške stolpnice v UKC Maribor letna skupščina Medikohistorične sekcije Slovenskega zdravniškega društva (MHS SZD). Po poročilih in pregledu dela v letu 2014 je sledila podelitev častnih priznanj. Častna člana sta postala prof. Zora Konjajev, pediatrijka, znanstvenica, partizanka, zgodovinarica, in Ivan Cibic, zdravnik specialist družinske medicine in predsednik Sekcije za partizansko zdravstvo.

Predsednik MHS SZD prof. Elko Borko je prebral sklep o podelitvi častnih priznanj in na kratko opisal življenjsko delo in zasluge odlikovancev, ki so bile pomembne pri odločitvi, da se jima podeli to priznanje. Oba slavljenca sta bila med udeleženci NOB in po osvoboditvi aktivno delovala pri ohranjanju zgodovinskega spomina na sodelovanje zdravstvenih delavcev v narodno-osvobodilnem boju ter to tudi objavljala v strokovnem in laičnem časopisju.

Prof. Zora Konjajev se je rodila na Ptujju 21. decembra 1921 v družini zavednih in javnosti poznanih slovenskih intelektualcev. Po osnovni šoli je obiskovala Klasično gimnazijo v Ljubljani



in se po zrelostnem izpitu odločila za študij medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Še pred vojno se je poročila z znanim športnikom in pravnikom Cvetkom Močnikom, ki je že septembra 1941 odšel v partizane in aprila 1943 padel kot komisar Gradnikove brigade; kasneje so ga proglasili za narodnega heroja. Tudi sama se je že leta 1941 priključila in delovala v OF ter bila zaradi tega v italijanskih zaporih. Leta 1943 je s hčerko odšla v partizane. Med NOB je največ časa delovala v partizanski bolnišnici Kanižarica, ki jo je vodil dr. Anton Cizelj, in bila sodelavka mariborskega zdravnika prim. Mirka Černiča. V tem času je sodelovala pri operaciji smrtno ranjenega komandanta Rozmana Staneta. Po končani vojni je nadaljevala s študijem, se drugič poročila in leta 1948 končala študij. Zaradi poveljnih razmer so jo usmerili v specializacijo iz pediatrije in že leta 1954 je opravila specialistični izpit. Takoj zatem je ustanovila in vodila center za nedonošenčke, ki je kmalu prerasel v Oddelek za intenzivno nego nedonošenčkov in bolnih novorojencev na Pediatrični kliniki ter bil demonstracijski center za vso Jugoslavijo. Po dolgoletnem raziskovalnem delu je na Medicinski fakulteti v Ljubljani leta 1974 zagovarjala doktorsko disertacijo in bila leta 1980 izvoljena za redno profesorico. Njeno bogato strokovno, raziskovalno in pedagoško delo ter prav tako številne zadolžitve in priznanja so poznani, saj so o tem poročali njeni sodelavci. Temu lahko dodamo samo še to, da je že leta 1968 postala odbor-nica MHS Slovenskega zdravniškega društva, bila podpredsednica Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije ter vse do danes aktivna sodelavka Sekcije za partizansko zdravstvo SZD. Ta del njenega življenjskega delovanja je prav tako bogat in pomemben za zgodovino slovenske medicine, saj ohranja spomin na izjemne zgodovinske dogodke partizanske sanitete in na pomembno vlogo slovenskega zdravstva med narodnoosvobodilnim bojem, ki je po njenih besedah pravi vojnomedicinski čudež.

Zdravnik Ivan Cibic, dr. med., se je rodil 6. julija 1924 na Proseku pri Trstu. Otroštvo je preživel v slovensko zavedni družini s sedmimi otroki. Obiskoval je italijansko osnovno šolo in se tako naučil poleg materinščine še italijanskega jezika. Po koncu osnovne šole finančne razmere v družini niso dopuščale srednješolskega izobraževanja, zato je postal vajenec elektrotehnične stroke, v večernem času pa je dodatno obiskoval tehnično šolo »Alessandro Volta« v Trstu. V začetku leta 1943 so ga italijanske oblasti vpoklicale na obvezno služenje vojaškega roka in ga razporedile v italijansko mornarico v Benetkah. Julija 1943 je po treh mesecih mornariškega življenja dobil ukaz za premestitev na italijansko vojno ladjo v Tarantu. Med vožnjo je pred Trstom zapustil vlak in se s pomočjo sorodnikov in znancev preko Tržiča prebil do partizanov v Trnovskem gozdu. V bojih z Nemci za osvoboditev Gorice je bil 13. avgusta 1943 težko ranjen. Postal je invalid.

Po okrevanju je deloval v okviru partizanske sanitete kot bolničar in delal v partizanski bolnišnici »Pavla« vse do osvoboditve. Sledilo je šolanje na Vojnomedicinski akademiji v Beogradu in zrelostni izpit v Ljubljani.

Leta 1950 se je po maturi vpisal na Medicinsko fakulteto v Ljubljani. Tu je končal študij leta 1957. Nato je opravljal delo splošnega zdravnika v Bolnišnici dr. Petra Držaja. Po petih letih delovanja v bolnišnici dr. Petra Držaja so ga imenovali za direktorja Zdravstvenega doma Ljubljana Center. Leta 1968 je opravil podiplomski študij na Medicinski fakulteti v Zagrebu v Šoli narodnega zdravlja »Andrija Štampar« in leta 1971 po opravljenih obveznostih in izpitih dobil naziv zdravnik specialist splošne medicine.

Kot direktor Zdravstvenega doma Ljubljana Center je po reorganizaciji in združitvi sedmih zdravstvenih domov ter Centralnega ginekološkega in otroškega dispanzerja v enotni ZD Ljubljana postal njegov direktor in to nalogo opravljal vse do svoje upokojitve 15. februarja 1987.

Že leta 1942 se je pridružil gibanju OF in od ustanovitve Sekcije za partizansko zdravstvo leta 1968 deloval v sekciji kot tajnik, po smrti prve predsednice dr. Jerine Lah pa kot predsednik.

Je častni član SZD, dolgoletni predsednik Sekcije za partizansko zdravstvo in imetnik številnih vojnih in povojnih odlikovanj. Tudi po upokojitvi je ostal aktiven in sodeluje

pri organizaciji partizanskih srečanj in v Medikohistorični sekciji SZD. Za predano delovanje in za svoje zasluge pri ohranjanju pomena partizanske sanitete med NOV smo soglasno odločili, da se mu podeli tudi naziv častnega člana MHS SZD.

Po podelitvi listin z imenovanjem in spominskih daril sta se nagrajenca zahvalila za priznanje. Sledil je koncert novoustanovljenega Komornega medicinskega orkestra Maribor, ki ga vodi zdravnik Matija Žerdin. Orkester se je predstavil s štirimi skladbami, ki so navdušile poslušalce, da so izvajalce nagradili z dolgotrajnim ploskanjem. Nato sta predsednik Zdravniškega društva Maribor asist. Davorin Dajčman in prim. Jernej Završnik, direktor ZD Maribor, upokojenim zdravnikom za njihovo naporno in dolgoletno delo v zdravstvu podelila spominska darila v obliki bogate publikacije s karikaturami »Zdravniški obrazi« in steklenice okusnega Županovega vina iz Lenarta.

Strokovno srečanje se je končalo z živahno vsesplošno razpravo ob prigrizku in izjemno okusni kapljici, tako da se je polna dvorana le počasi izpraznila. Po mnenju udeležencev so tovrstni dogodki pomembni v delovanju zdravniških organizacij.

Slovensko zdravniško društvo
Sekcija upokojenih zdravnikov
Združenje pediaterov Slovenije
Zdravniška zbornica Slovenije
Kulturno-umetniško društvo KC in MF dr. Lojz Kraigher

vabijo na predavanje:

Modest Musorgski, njegovo življenje, glasba ter njegove bolezni in smrt

v sredo, 6. maja 2015, ob 18. uri v Domus Medica

Predaval bo profesor **Pavle Kornhauser**, ki bo na klavirju predstavil tudi več prizorov skladbe Slike z razstave; večina bo predvajana s CD-ja pianista Iva Pogoreliča iz leta 1999. Na videoposnetku iz leta 2001 bo prizor iz opere Boris Godunov v izvedbi Mariinega gledališča iz Sankt Peterburga

Parkiranje bo mogoče v kleti Domus Medica



Modest Musorgski
(1839-1881)

Slovenska umetnost ob Prešernovem dnevu v razstavišču UKC Ljubljana

Ksenija Slavec, dr. med., UKC Ljubljana
Ksenija.slavec@gmail.com

Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher (dalje KUD) je svečano obeležilo dan slovenske kulture s Prešernovo prireditvijo za bolnike. V osrednjem razstavišču Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (dalje UKCL) je praznik počastil imeniten mojster fotografije Jendo Štoviček, v manjšem pa slikar Zdene Flerin. Zgovorni igri barv likovnih umetnikov so dali svežino mladi glasbeniki, tri »medicinske primadone«, študentke 2., 4. in 6. letnika ljubljanske medicinske fakultete Ana Berus, Nadia Ternifi in Sanja Zupanič ob spremljavi Tineta Beca, instrumentalno pa sta slovesnost počastila mlad saksofonist Andrej Omejc in sijajen kitarist ter komponist Timotej Kosovinc. Zbrane je ponosno nagovoril predstavnik ustanovitelja UKCL, član Sveta zavoda, Marko Alauf. V svojem govoru je izpostavil, da se uprava klinike zelo trudi bolnikom nuditi najvišjo možno psihofizično podporo med zdravljenjem in da je kultura tista, ki prinaša sproščenost, domačnost, toplino, zato odevajo tudi stene bolniških sob z deli svojih slikarjev, vodijo galerije itd. Prireditve je organizirala in vodila predsednica KUD-a prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec.

Veliki fotograf Jendo Štoviček, katerega fotografije skozi dolga desetletja navdušujejo na številnih mestih, se je tokrat predstavil z razstavo, ki jo je poimenoval »Vizualni red v podobah iz življenja«. Umetnostna zgodovinarka in likovna kritičarka Tatjana Pregl Kobe ga je ob tej priložnosti takole predstavila: »Umetniški fotograf Jendo Štoviček se posveča fotografskim

interpretacijam različnih motivov in pri fotografiranju vselej razmišlja o novih možnostih. Že zelo mlad je postal mojster fotografije, pri čemer so bila že tedaj bistvena inovativna spoznanja o sporočilnosti fotografske umetnosti. Formalna preiščljivost in pretehtanost njegovih fotografij nikoli nista bili rezultat srečnega naključja. Od nekdaj sledi perfekciji fotografskega posnetka, njegovi vsebinski sporočilnosti, preiščljenemu kompozicijskemu rezu in kotu snemanja ter usklajevanju barvnih ali tonskih razmerij.

V ciklih fotografij, ki jih ustvarja v zadnjem času, so predvsem barvne fotografije. Prikazujejo življenje ljudi, ki nimajo imen, in njihove navade v gibih, drži in pogledih, ki neredko



Zbrane je ob Prešernovem dnevu srčno nagovoril član Sveta zavoda UKCL Marko Alauf.



Damski tercet ljubljanskih študentk medicine je glasovno, izvedbeno in s prisrčnostjo prevzel zbrane. Z leve: Sanja Zupanič, Nadia Ternifi, Ana Berus.

odpirajo vrata njihove notranjosti. Človeške like postavlja v zanimive, s svetlobo ožarjene pozicije, a največkrat so kompozicije nenavadnih fotografij zreducirane v danost narave. V različne podobe in v bližnje posnetke živali in rastlin. Linija horizonta, ki deli krajino v dva nekompatibilna dela, je praviloma izrinjena iz kompozicije. Za Štovička je črta horizonta na sliki pravzaprav moteči element, ki podoba deli na dva nekompatibilna dela, s čimer dosega dramatičnost. Njegove fotografije prikazujejo pokrajino kot ploskev, na kateri so včasih sledovi človekovega oblikovanja narave, drugič je poudarek na neokrnjeni naravi, kar se kaže v prepletu diagonalnih, vertikalnih in horizontalnih črt. Včasih uporabi skoraj abstraktno kompozicijsko zasnovano, še posebej pri bližnjih posnetkih rastlin iz narave in živali v njej – naj bo to majhna žaba v svojem okolju ali bližnji posnetek kamele, žirafe... A neposrednost in sporočilnost, ki se kaže pri upodabljanju rastlin in živali, ki so v posnetkih od blizu fascinane, so poleg povsem fotografskih kvalitet dokaz odličnosti pristopa do danega motiva in Štovičkovega mojstrstva. Ritmična razvrščenost

fotografij kaže na sorodnost s sodanm slikarstvom.

Pretehtano umeščene fotografske povečave prinašajo s seboj različne oblike posnetkov življenja. Kljub povečavam Štoviček ne uporablja danes običajnih računalniških pripomočkov, s katerimi bi posegal v dokumentarno pričevalnost motivov. V prepričanju, da je moč fotografije v reduciranju slikovnih elementov in v enostavnosti kompozicije, si Štoviček od nekdanj prizadeva za vzpostavitev vizualnega reda. Njegove fotografije prinašajo svojevrstne oblike življenja in s premišljenim sosledjem motivike osmišljajo njegovo izpovednost. «

Štovičkovi predstavitvi, kjer je avtor poudaril, da so njegovi fotografski motivi slovenski z bližnjega prelepega ljubljanskega barja, so prav tako slovensko pripelje medicinke lepote in izjemne sopranistke Ana, Nadia in Sanja ter skupaj zapele prekmursko narodno »Ne ouri, ne sejaj« v priredbi pianista Tineta Beca. Ana Berus, Nadia Ternifi in Sanja Zupanič so študentke 2., 4. in 6. letnika Medicinske fakultete. Spoznale so se na Konservatoriju za glasbo in balet Ljubljana, kjer pri prof. Tatjani Vasle in prof. Editi Garčević Koželj

obiskujejo pouk solopetja. Sodelujejo že skoraj eno leto. Junija so imele dva samostojna dobrodelna koncerta, namenjena odpravi študentov v Afriko. Na klavirju jih je spremljal Tine Bec, študent tretjega letnika študija kompozicije na Akademiji za glasbo. Študira pri prof. Janiju Golobu. Na Konservatoriju za glasbo in balet je maturiral iz glasbenega stavka in klavirja pri prof. Damjani Cvetko. Tudi on obiskuje pouk solopetja pri prof. Garčević Koželj. Za izjemne uspehe je prejel Škerjančevo nagrado Konservatorija za glasbo in balet Ljubljana.

Slikarsko razstavo v vedrih rumenih, rdečih in zelenih tonih z abstraktnimi geometrijskimi liki je pripravil avtor Zdene Flerin. Njegova predstavljavka umetnostna zgodovinarka Sonja Janša je o njem povedala:

»Slike so ustvarjene s prvimi vidnega zaznavanja. Realnost zaznamuje čiste in jasne barve, ki na simbolnem nivoju predstavljajo avtorjevo čutno zaznavanje. Vsebinsko težki motivi so predstavljeni z geometrijskimi liki in močnimi barvnimi kontrasti. Avtorjev svet deluje kot skupek konfliktov, notranjih bojov in vendar se ohranja določen ritem, prisoten na vseh slikah, ki kaže na težnjo po urejenosti in popolnosti. Dela zaznamujejo ponavljanje barv, beleženje sorodnih oblik in prepletanje linij. Uporabljene so temeljne slikarske prvine, na barvnih površinah so razporejeni geometrični in ploskoviti elementi enakomerno nanešenih barv ter običajno zaključeni s črno linijo, ki posameznemu liku daje avtonomnost, obenem pa s ponavljajočim ritmom likov ohranja vkomponiranost v celoto. Linije in liki se med seboj prepletajo ter ustvarjajo zapletene strukture sil in spopadov na čustveni ravni. Slike delujejo kot dinamične celote, sestavljene iz uravnovešenih sil, ki jih tu in tam prekinjajo valovite in cik-cak linije. Avtor postavlja dve sili v konflikt in s tem ustvarja dramatičen učinek, dinamiko. Komplementarne barve, razporeditev elementov in uporaba



Instrumentalni del programa sta mladostno sveže in z glasbenim erosom odigrala kitarist, študent dunajske akademije za glasbo Timotej Kosovinc in dijak ljubljanskega konservatorija za glasbo Andrej Omejc.

linij različnih usmeritev delujejo na subjektivno doživljanje gledalca. Avtor s pomočjo geometrične abstraktno govorice sporoča pomene, ki s konkretnimi predmeti pravzaprav poudarjajo notranjo vsebino. Govorica simbolov nas vodi v razmišljanje, prepuščena je subjektivnemu očesu gledalca.«

Mladeniča Andrej Omejc s saksofonom in Timotej Kosovinc s kitaro sta se predstavila kot uigram duo in navduševala z energijo nabito glasbo južnoameriških ritmov (avtor Celso Machado), pa tudi s Timotejevo kompozicijo. Andrej je slušatelj Konservatorija za glasbo in balet v Ljubljani, ki za svoje nastope na tekmovanjih prejema visoka odličja in se dodatno izobražuje tudi v tujini. Saksofon se je začel učiti z osmimi leti v Glasbeni šoli Domžale pri profesorju Lovru Ravbarju. Leta 2010 je na tekmovanju Temsig (Tekmovanje mladih glasbenikov republike Slovenije) osvojil zlato plaketo, tri leta kasneje pa srebrno plaketo. Na tekmovanju EMONA (European musicians ON air) 2013 je dosegel zlato priznanje. Redno nastopa kot solist Godbe Domžale, s katero je decembra 2013 krstno izvedel skladbo Quasi Habane-

ra za solo saksofon in pihalni orkester. Nastopil je na festivalu IMAGO Sloveniae. Od septembra 2013 se izobražuje pri prof. Dejanu Prešičku na Konservatoriju za glasbo in balet Ljubljana. Svoje znanje dopolnjuje pri številnih domačih in mednarodno priznanih profesorjih, kot so: J.M. Londeix, J.D. Michat, J.Y. Formeau (Francija), D. Gauthier (Kanada), A. Bornkamp (Nizozemska), K. Asatryan (Nemčija), M. Rogina, M. Drevenšek, B. Bizjak Kotnik (Slovenija)...

Kitarist Timotej študira kitaro in kompozicijo na Dunaju. Glasbeno pot je pričel s sedmimi leti pri prof. Aminu Klopčar in kasneje nadaljeval pri prof. Antonu Črnuglju. Pri 10 letih se je občinstvu predstavil s svojo prvo lastno kompozicijo, svoj prvi samostojni recital pa je izvedel pri 12 letih in zaradi svojega vrhunskega, zrelega nastopa in izjemne tehnične pripravljenosti zablestel tako v očeh profesorjev kot tudi širšega občinstva. Je presežen instrumentalist in nagradenec številnih tekmovanj: ponaša se z naslovom zmagovalca evropskega kitariskega tekmovanja »Citta di Gorizia« Premio Enrico Mercatali (Italija), mednarodnega tekmovanja »Guitar Art Summer Fest« (Črna

gora) in republiškega tekmovanja Slovenije »Temsig«. Leta 2010 je za svoje dosežke prejel Škerjančovo nagrado ter kot solist z orkestrom KGBL izvedel Tedescov Koncert v D-duru (op. 99). Kot eden najboljših kitaristov svoje generacije veliko koncertira v Sloveniji, pa tudi v Avstriji, Nemčiji, Italiji, Srbiji, Črni gori in Franciji. Poleg solističnega koncertiranja in komponiranja se veliko udeležuje tudi kot član različnih komornih zasedb.

Trenutno študira kitaro in kompozicijo na Univerzi za glasbo in upodabljačo umetnost na Dunaju (Universität für Musik und darstellende Kunst Wien) v razredu svetovno priznanega profesorja Alvara Pierrija, dodatno pa se je izobraževal tudi pri velikih kitarskih mojstrih, kot so: Pepe Romero, Costas Cotsiolis, Carlo



Z izjemno fotografsko izpovedjo razstave je ponovno očaral vele mojster fotografije Jendo Štoviček, ki je v nagovoru pokazal vedrino duha in vero v delo ter lastno znanje. V pogovoru s predsednico KUD-a prof. Zvonko Z. Slavec.

Domeniconi, Philippe Villa, Graham Devine, Konrad Ragossnig in še mnogi drugi. V svoji glasbeni karieri se je ukvarjal tudi z drugimi glasbenimi žanri, kot so: flamenko, jazz in pop.

Medicinke sopranistke so se predstavile še vsaka s po eno operno arijo: Ana z »In uomini, in soldati« iz Mozartove opere Cosi fan tutte, Sanja s »Pesmijo o gozdni vili Vilji« iz

Lecharjeve Vesele vdove, Nadia pa z arijo Manon iz Massnetove opere Manon. Bilo je kaj slišati! Po Prešernu bi rekli: »Pričujočim pokonc so stali lasje...«, oj, tako lepo je bilo! In da bi praznik slovenske kulture v polnosti še ob koncu nagovoril vse zbrane, so kljub zunanjemu snežnemu metežu v kratkih rokavcih in lahkih oblekicah zapele še Prelovčev »Dekliško pesem« (Ana), Simonitjevo »Slovo

brigadirke« in Michlovo »Nezakonsko mati« na Prešernovo besedilo (Sanja).

Bil je praznik slovenske kulture, besede, umetnosti, da se je vsa klinika veselila. Praznično vzdušje je nagovorilo bolnike k hitrejšemu okrevanju, osebje pa je napolnilo z novo energijo nacionalnega ponosa in klene slovenske države.

Foto Katarina Zemljak

Pesmi

Prof. dr. Tomaž Rott,
dr. med., Ljubljana
tomaz1945@yahoo.com

Vsaksebi

Življenja reka
naju bregova loči
in klice s teh brežin
duši šumeča voda,
pozdrav z roko
za naju je slovo.

Pogledi

Pogledi so vprašaji,
pa tudi tolovaji,
ki kradejo ti mir,
a včasih sreče vir.

Hrepenenje

So tvoj nasmeh priprta vrata,
ki željam kaže skrito pot
do srca tvojega, povsod,
kjer je minuta vsaka zlata.

Sramu tančica te prekriva
in negotovost obvladuje
vse čute tvoje. Misel snuje,
želi si nežnega odziva.

Razpri dlani in sprejmi srečo,
ki se morda bo porodila,
kot v sanjah ta skrivnostna vila.

Naj spremeni se v strast gorečo,
ki jo hladijo solze sreče,
ko čas ustavi se, ne teče.

Čas

Andrej Rant,
dr. dent. med., Ljubljana
andrej.rant@yahoo.com

Na zavesah zgubljenih poljan
čas temni;
na vekah, na prsih, v laseh
bledi.
Zdaj bežen je poljub,
zamah z roko,
zdaj kamen s piramid
in sfingino oko.
In vedno novi se rodijo,
medtem ko drugi mro.

Živeti? Morda.
Morda tedaj, ko si pijan,
morda, ko hlastaš ves zagnan
za vse mogočim –
loviš le cigaretni dim,
ki zmuzne se skoz prste,
potem pa, ko zaniha dan,
v obupu spet ozreš se –
v prazno dlan.

Neke noči

Andrej Rant,
dr. dent. med., Ljubljana
andrej.rant@yahoo.com

Neke noči bom prišel,
neke čarobne noči,
prišel bom in te objel v temi...
Neke noči bom prišel
in sneg tvojih prsi stopil z dlanmi.

Črni konj, samotni jahač;
čeprav mi vsa pota lažejo
in zvezde kažejo izgubljene smeri,
jezdím naprej v neznano noč.
In nekoč bom prišel...

Rože tvojega srca se bodo razprle
in ustnice tvoje vzcvetele v poljub
in brez besed, brez obljub,
se bova tiho ljubila.

In moja pesem bo v tebi zvenela,
kot čisti bron, ki v cerkvi doni;
in jutranja zarja ne bo me budila,
budil le šepet me bo tvojih dlani.

Jezdím, jezdím naprej v samotno noč,
čeprav vsa pota mi lažejo
in zvezde kažejo izgubljene smeri –
vedi, prišel bom nekoč!

Dum spiro, spero

List iz himalajskega dnevnika

Damijan Meško, dr. med., Ljubljana

Bil sem v baznem taboru pod Dhaulagirijem in s hriba me je po voki-tokiju poklical vodja Andrej. Povedal mi je, da z Jožetom in Marijo napredujejo od tabora dve proti taboru tri. Napredujejo počasi, zdaj so približno na tretjini poti.

Pozno popoldne me je Andrej spet poklical. Jože je izčrpan, je povedal. Danes bosta sestopila do dvojke. Potem je do enojke bolj položna strmina; mogoče jima bo uspelo, da sestopita do enojke. Jutri pridi na enojko, da pospremiš Jožeta v bazo. Malo me je bilo strah ledeniških razpok, ki so na poti do enojke, toda napravil bom nekaj koristnega za odpravo. Zdaj bom lahko pomagal, ne bom samo bazni ščurek – ni moja naloga, da bi bil *cockroach* v bazi. Pripravil sem v nahrbtnik vse, kar bom potreboval. Da bi kmalu minila noč!

Vstal sem zgodaj, v trdi temi, ura je bila tri. Oblekel sem se, se poslovil od šerpe Gjaldzena in se po velikih, majavih kamnih napotil po ledeniku proti gori. Kmalu sem bil pod steno. Nadel sem dereze in ob napeti vrvi sem se vzpenjal proti kamniti steni. Rekli smo ji Eiger, ker je tu neprestano padalo kamenje s stene. Prišel sem na plató. Tu so se začela neizmerna snežišča, prekinjena s strmejšimi skoki. Posijalo je sonce, s sosednjega vrha Tukuche se je usipal plaz. Hodil sem enakomerno, pridobival sem višino, spet sem se srečal s tistimi znanimi težavami v Himalaji: deset korakov, postanek, dihanje, zbiranje volje, naprej, spet deset korakov, dihanje, počitek. Potem sem skrajšal presledek na pet korakov, na tri korake, počitek, dihanje. Prečkal sem ledeniške razpoke; nisem občutil strahu, lotevala se me je utrujenost.

Prišel sem do šotorov na enojki. Večni sneg, 6200 m. Saj to ni kakšna posebna višina. Andrej in Jože sta me

čakala. Jože je topo sedel ob šotoru. Komaj mi je odgovoril, če sem ga kaj vprašal. Andrej je rekel, da bo šel nekaj časa z nama, vsaj do široke ledeniške razpoke, ki se je vlekla preko obsežnega snežišča. Ponekod je bila široka nekaj metrov, zijala je v globino, dna ni bilo videti. Tisti, ki so šli prvi do tabora ena, so poiskali najožje mesto, preko katerega je držal ozek in nezanesljiv snežni mostiček. Z Andrejem sva navezala Jožeta, vrgli smo nahrbtnike preko razpoke, Jože je prišel čisto do roba, malo sem ga privzdignil, odrinil se je, Andrej je na drugi strani močno potegnil – in uspelo nam je. Razpoka je bila za nami.

»Zdaj bo šlo,« je rekel Andrej. »Pred vama ni več večjih ovir. Srečno pot.« Začel se je vzpenjati proti taboru ena.

Z Jožetom sva začela sestopati, hoditi, se spuščati po neskončnih snežiščih. Najprej sem poiskal zavetje, nekakšna snežna streha je bila tam. Iz nahrbtnika sem vzel ampulo solu medrola, 1000 mg, ampulo diuretika. Jože je sedel v snegu, molčal je. Potrpežljivo in z zaupanjem je sprejel zdravila. Je to še preventiva ali je že terapija, sem pomislil.

Napredovala sva počasi. Vedno počasneje. Vedno bolj pogosto se je ustavljal. Navezala sva se na vrv. Zato, da se ne bi tako pogosto ustavljal. Hodil sem pred njim in ga vlekel, včasih sem ga vlekel tudi s silo in surovo. »Zakaj me tako vlečeš,« je rekel. »Saj imava čas. Ura je dve.« Jaz sem pa vedel, da je treba samo navzdol, navzdol, in to čim prej. Samo tam je v zraku več kisika in to je zdaj edina rešitev.

Do platoja pod snežišči se mi je zdelo tako daleč. Strmel sem v meglo. Nekaj redkih snežink se je vrtinčilo okoli naju. Naenkrat bo mrak. Do baze pa sva imela še štiri ure, mogoče tri, če bi normalno hodila, če se ne bi

ustavljala. Poklical sem v bazni tabor. Povedal sem, da se z Jožetom vračava, da je z njim slabo, da potrebujeva pomoč, da sama ne bova prišla do baze. Aparat je slabo deloval, slišal sem nekaj pretrganih stavkov; potem je aparat utihnil, baterije so bile prazne. Potisnil sem ga pod srajco, potem med noge, tam je najbolj toplo, mogoče se bo ogrel. Jože je ždel ob meni, molčal je, ni me vprašal, kaj počnem, kaj bova napravila, kakšne načrte imam. Zanj je bilo vse to čisto nepomembno. Želel si je samo počivati. Kakor Hamlet, sem pomislil: počivati, sedeti, ležati, spat, umreti.

Spet sva napravila nekaj korakov, hodila sva, bolj sva se premikala kot hodila, vlekel sem ga. Spet se je ustavil. »Na stran moram,« je rekel. Nisem mu verjel. To govori samo zato, da bi lahko počival. Dolgo je odpenjal zadrgo. Ni šlo. Prste je imel okorne, odrevenele, lesene, neuporabne, niso ga ubogali. Pomagal sem mu. Odpela sva zadrgo, odpel sem mu hlače, potegnil sem jih do kolen, rahlo je snežilo, nemočno je stal in se opiral name. Umaknil sem se nekaj korakov, videl sem, da je Jože počepnil, strmел sem proti dolini, strmел sem v meglo, začinjalo se je mračiti. Vrnil sem se k Jožetu, čepel je, pod njim je bil velik kup. Prosil sem ga, naj vstane, da se oblečeva, naprej morava.

»Nisem še gotov,« je rekel in še kar čepel nad svojim kupom, kakor da se ne more ločiti od njega. Pomagal sem mu, da je vstal. Mrzlo je bilo, megleno. Oblekla sva se. Čas je tekел, rotil sem ga, da morava naprej, kričal sem nanj, bil sem ukazovalen, grob, neusmiljen. Potem sem spet poskušal zlepa. Govoril sem mu, da se bova rešila, da bova prišla v bazo, tam je čaj, tam je spalna vreča, lahko bo počival, tam so prijatelji, tam je šotor, tam je razkošje. Jože je pa stal ob tistem svojem kupu, gledal me je s topim in odsotnim obrazom, v njem ni bilo več življenja, spreletel me je strah. Ta človek je pri kraju, saj ne more več hoditi. Prijel sem ga za roko in ga potegnil, napravila sva nekaj korakov. Njegov nahrbtnik je bil že

dolgo na mojih ramenih, zavezal sem ga preko svojega. Premikala sva se zelo počasi. Ustavil se je. Polotil se me je obup. Kaj naj napravim? Do baznega tabora je daleč, megla je, temni se. Če ga pustim tu in poskušam priti do baznega tabora po pomoč, bo ostal tu sam. Tudi ne vem, če bi ga v temi našli na teh prostranih snežiščih pod Dhaulagirijem. Če ostanem pri njem, bova počasi oba zmrznila, opreme za bivakiranje nimava. Vzela naju bo noč, vzela naju bo mraz, vzela naju bo neskončna snežna prostranost. Pa vendar nisem niti za trenutek pomislil na to, da bi odšel, da bi ga pustil samega, niti za trenutek ne. Ne bom ga zapustil, ostal bom z njim.

Pomislil sem na stavek: Kadar sem namreč slaboten, takrat sem močan. Od kod je ta stavek?

Iz mraka, iz teme pod nama se mi je zazdelo, da se nekaj premika. V temi nekaj še bolj temnega, žametnega, mehkega. Je mogoče, da je to človek? Za to temno, mehko senco je bila še ena, podobna senca, nekoliko nižje. Bližala sta se Miha in Matija. Zdaj sem vedel, da sva rešena. Andrej je poklical v bazo, naj prideta pomagat. Bila sta že čisto blizu, prišla sta do naju, močna, polna življenja, odločna, izkušena, polna gotovosti in vedrine. Kakšno srečanje!

Jožeta smo navezali na vrvi in nadaljevali naše potovanje. Miha in Matija sta ga podpirala, skoraj nosila, jaz sem vlekel spredaj. Vlekel sem na vso moč, vsakega koraka sem bil vesel. Jože se je vedno pogosteje ustavljal, toda napredovali smo. Končno se je vrv zategnila, ustavila. Jože je rekel s

prosečim glasom: »Počakaj še malo.« Smilil se mi je. Pogosto smo se ustavljali, stali v snegu, počivali, molčali. Prosili smo Jožeta, da se je premaknil. Zmerjali smo ga, prošnje so bile brezupne. Pa vendar smo počasi napredovali. Bilo je temno, snopi čelnih svetilk so poplesavali po snežišču. Bila je megla, mraz, noč.

Prišli smo do pritrjenih vrvi v strmem snežnem skoku nad ravnino, ki je peljala v bazni tabor. Jože se ni več odzival. Matija in Miha sta ga vpela v vponko, Matija ga je spuščal po strmini, Miha je ob njem pazil, da se ni kje zataknil. Spuščala sta ga kot mrtvo vrečo. Zadnji raztežaj sem se spustil ob vrvi do dna. Tu je bila ravnina, sneg je bil gnil. Ob steni je stal šerpa Gjaldzen, iz baze je prinesel čaj in jeklenko s kisikom. Zgoraj je zakričal iz teme Matija: »Jože je zelo slab. Imate kisik?« Potem je bila zgoraj tišina. Bilo me je strah. Panika. Obup. Ali ga bomo res izgubili zdaj, ko je že skoraj rešen? Zgoraj se je spet nekaj premaknilo, Matija in Miha sta spuščala Jožeta kot vrečo ob vrvi. Stekel sem tja. Jože je bil zaripel v obraz, pomodrele ustnice, hropel je, s težavo je dihal, na ustih pena, odsotno me je gledal, ni me prepoznal. Pomislil sem, da ga zdaj ne smemo izgubiti. Dvignili smo ga, ni mogel stati na nogah, bil je kot vreča, tako obupno siv in vijoličast v obraz, poraščen, odsoten, izgubljen. Zvlekli smo ga preko tistega gnilega snega in ga posadili na osamljen kamen. Gjaldzen je prinesel jeklenko, namestila sva mu masko na obraz, odprla kisik, rekel sem mu: »Dihaj, Jože, dihaj, rešen si,

živel boš.« Sedel je na tistem velikem kamnu in dihal, življenje se je vračalo vanj, počasi se je zavedel, pogledoval nas je, začuden, zdelo se mi je, da se je vrnil z onega sveta.

Nadihal se je, čepeli smo ob njem, z vseh je padlo težko breme. Do baze ni bilo več daleč, pol ure normalne hoje, teren je bil raven in sneg je bil trd, ni se udiralo. Počasi smo se premikali, hodili, malo počivali. Jože je dihal kisik in ob njem sem nosil kisikovo jeklenko. Jože je celo spregovoril kakšno besedo, poskušal se je nasmehnuti.

Pozno smo prišli v bazni tabor. Šotori so bili posejani po nagrmadenem ledeniku. Še nikoli nisem doživel tako slabega prostora za bazni tabor; nič ravnine, povsod razdrapano gore šodra, snega in ledu; le tam, kjer je bila kuhinja in jedilnica, je bilo nekaj ravnine.

Jožeta smo spravili v šotor, preoblekli smo ga, pil je čaj in dihal je kisik. Spal je z masko na obrazu.

Zavlekel sem se v svoj šotor, obleka je bila mokra, v čevljih mi je žvrkljalo. Oblekel sem suho obleko, zlezal sem v dobro, staro, smrdljivo spalno vrečo. Kakšno razkošje!

Bil sem utrujen.

Ponoči sem se prebujal in hodil gledat, ali Jože spi in kako spi. Vedno se mi je oglašil, ko sem ga poklical.

Če ne bi prišla Miha in Matija do naju, bi z Jožetom ostala pod Dhaulagirijem. Če ne bi bilo pod steno jeklenke s kisikom, bi Jože ugasnil.

Zdaj sem vedel, da je rešen. Vedel sem, da smo imeli srečo. Ultima ratio montis. Gora se je tako odločila.

Spoštovani avtorji prispevkov,

zaradi nezanesljivosti medmrežja bomo vsako elektronsko pošto potrdili s povratno pošto. V kolikor od nas ne prejmete potrdila o prejeti elektronski pošti, vljudno prosimo, da nas pokličete (01 30 72 152) ali ponovno pošljete prispevek.

Uredništvo



Moj zadnji zavodnik

(v stilu za Sisi)

Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., v. svet., Preddvor

eldar.gadzijev@gmail.com

Resnične besede niso prijetne,
prijetne niso resnične.

Lev Nikolajevič Tolstoj

Odločil sem se, da bo to moj zadnji zavodnik. Prihaja čas, da se umaknem in tudi utihnem. Toda preden zaprem usta, se želim izkašljati, kot po najboljšem ekspektotransu (če je le naravnega izvora in ne le kemija). Marsikaj v tej naši družbi in državi sem hotel enostavno popljuvati, ker si to zaslužita, pa se je oglasil drugi ego v meni in nastal je le tale monolog v dialogu.

Superego: »Lotila se bova samo nas samih in našega stanu, ne pa tudi družbe in države, ker bi zmanjkalo papirja, tinte in časa, pa še avto bi naju lahko povozil!«

Ego: »V redu! Pa misliš, da bo koga zanimalo, če boš povedal svoje mnenje o naših problemih?«

Superego: »Psihoanalitik Theodore Isaac Rubin je nekoč rekel: »Problem ni v tem, da obstajajo problemi. Problem je v tem, ker pričakujemo, da jih ne bo, in ker mislimo, da je obstoj problemov problem.« Ker nameravam biti kritičen do zdravnikov, me bodo verjetno mnogi kolegi obsojali, ali se morda posmehovali staremu odpisanemu kirurgu, ali pa me celo označili za izdajalca stanu!«

Ego: »Ne sekiraj se, saj se tisti, ki bi se morali videti v tem pisanju, sploh ne bodo prepoznali. Samokritičen tako ni več nihče! Tako je pač stanje duha pri nas!«

Superego: »Ne bom se sekiral in samo »po budistično« se mi bodo smilili tisti, ki se bodo razburili ali me morda obsojali. Sam pa hočem vendar najprej prevzeti krivdo za to, da v mojih letih nismo dovolj pametno izbirali kandidatov za medicinski študij, oziroma jih sploh nismo. Pomembne so bile točke in so žal še. Pogovor s kandidatom, ki bi pomagal odkriti prave kandidate, je odpadel! In kaj imamo sedaj od tega? Le 20 odstotkov takih zdravnikov, ki jim je več do bolnikov kot do denarja!«

Ego: »In kje imaš dokaze za to – le na dokazih temelječe trditve držijo vodo! Ti si pa že ves moker!!«

Superego: »Moker sem od napora zaradi tega pisanja! Da nadaljujem: Nismo dovolj široko »vzgajali« (ja, vzgajali, ker jih starši itak niso) mladih za naš poklic. Nismo jih učili komuniciranja, nismo jim privzgjajali empatije in jih tudi nismo naučili spoštovanja do kolegov!«

Ego: »Pa saj si poskušal dajati vzgled in tudi številni drugi kolegi to delajo še danes! In mnogih se je le prijelo!«

Superego: »Ja, le redkih, ki pa jih drugi danes zato, ker so drugačni, gledajo postrani. Tudi do napak ali neopravljenih dolžnosti smo bili preveč tolerantni in zaščitniški ter včasih nismo znali komu povedati, da medicina ali pa kirurgija zanj pač enostavno ni primeren poklic!«

Ego: »Pa saj to je razumljivo. Nikoli ne veš, kdaj se tebi zgodi napaka, in mislil si, če boš sam toleranten, bodo potem tudi drugi do tebe! Pa pomisli, kako bi bili doma razočarani, če



Janezek ne bi postal kirurg, pa čeprav bo slab. In ni nujno, da bo zato, če bo slab, postal zapornik, tako kot je bil »oni Janezek«. Morda bo pa opravljal le manj zahtevne operacije.«

Superego: »Ni prav! Za onega drugega Janezka bi bilo dobro, če bi izpeljeval manj zahtevne »operacije«, za našega pa pelje tak pristop v defenzivno kirurgijo! Zaščitništvo in tolerantnost do napak omogočata, da operativni posegi niso tako skrbno izbrani in tudi ne izvedeni, kot bi lahko bili, kar odpira možnosti, da lažje pride do napak.«

Ego: »Kaj si se pa započil v kirurgijo, saj so tudi v drugih vejah medicine problemi?!«

Superego: »Ja, še bi lahko našteval: od kongresnega turizma, no, ta se malo umirja, pa do zgubljanja časa s predstavniki farmacije in proizvajalci opreme med delovnim časom... Ja, tudi tisti, ki nismo od prej omenjenih nikoli ničesar vzeli ali pridobili, smo vendar krivi, da so oni postali del našega vsakdana. In ni čudno, da so potem nekateri šefi sprejemali razne »usluge.«

Ego: »Joj, kako si tečen! Pa saj morajo tudi oni živeti: tisti od farma-

cije za svoj trud z nami (mimogrede: a veš, koliko je pri njih povprečna plača?), pa tudi naši šefi morajo že zaradi svojega statusa še kaj pridobiti zraven, če ne, jih bodo doma slišali, da nimajo od svojega šefovstva drugega kot skrbi!«

Superego: »Nismo dovolj vztrajali pri zahtevah po redu, disciplini in natančnosti!«

Ego: »Pa lepo te prosim, saj nismo vojska in včasih streljamo le kozle, pa zato ni treba biti natančen.«

Superego: »Ne zajebavaj me! Resno mislim! Torej, v bistvu gre za to, da zdravniki ne sprejemamo svoje aktivne vloge (da ne rečem krivde) v nastalem kaosu, neučinkovitosti in tudi slabi podobi zdravstva! Vedno je krivo ali nesposobno ministrstvo s svojimi ubogimi birokratki in sistemom, ali pa državna oblast, ki se v svoji hlapčevski vlogi do Evrope praktično ne posveča resno zdravju svojih ljudi. Neredko so krivi celo bolniki, ki nimajo talenta za to, da bi bili pacienti po naši meri, itd. Sami izgovori!«

Ego: »Naša vloga je, da zdravimo, in to delamo v okviru možnosti, ki nam jih daje sistem. Delamo vestno, zavzeto, pri čemer nas sistem

obremenjuje s papirologijo itd. Kako naj kaj spremenimo, ko imamo preveč dela, premalo časa in sploh. To ni izgovor! Pa še popoldne imam ambulanto pri zasebniku, itak.«

Superego: »Hej, kaj se pa greš in lažeš? Ti si upokojenec, ki raje bluzi po daljnih krajih, kot da bi pomagal v kakšni ambulanti! Dalje: Zakaj ne priznamo, da smo za to, kar imamo, v veliki meri krivi sami, začeniši s predstojniki, šefi, direktorji, raznimi vodilnimi zdravniki..., do vseh, ki lahko tako ali drugače delujejo v tem našem zdravstvu, tako tudi zdravnikov janičarjev, kot jih je imenoval moj nekdanji šef – to so taki kot gospod Fakin (nomen est omen, he, he).«

Ego: »Ponavljaj se, dragi moj! Ohladi se! Pa saj veš, da smo skozi svoje številne organizacije pokazali, kaj naj bi se spremenilo v sistemu, da bo začel bolje delovati. Pa nam vlada in ostali ne prisluhnejo!«

Superego: »Sami pri sebi pa nismo pripravljeni sprejeti ukrepov, ki bi z malimi koraki lahko uspešno delovali v smeri izboljšanja razmer in boljših rezultatov! Samo za primer: Koliko imamo pri nas v uporabi t.i. »čeklist«? Te so se v razvitem svetu, predvsem v Ameriki, pokazale kot učinkovito sredstvo za bistveno manjše število zapletov pri zdravljenju, pa tudi za manj smrtnih izidov zdravljenja, predvsem v intenzivnih enotah. Posledica je bilo bistveno zmanjšanje stroškov zdravljenja. Ali sploh veš, na primer, kaj vse mora biti pravilno narejeno pri vstavljanju centralnega venskega katetra? Me zanima, kdo ve! Imamo pa smernice in klinične poti in smo zopet bolj pametni od ameriških kolegov, ki dajo pač največ na čekliste!«

Ego: »Pa nehaj s tem »čekin-gom« – tudi sam ga nisi uspel do konca uveljaviti, sedaj pa težiš. Tudi to še pride na vrsto, ko bo sistem to »zakapiral« (hudiča, kako naj pa sistem kaj kapira?), no ja, ko bodo prednosti »čekliste« spoznali tisti, ki sistem postavljajo! In do tega bo prišlo pač takrat, ko bodo spoznali, da je posledica dosledne uporabe



»čekinga« predvsem prihranjen denar, in to veliko denarja! Moraš pa zato znati take reči vrednotiti, pri nas pa je sistem še tak, da vidi le konkreten denar, prihranjenega pa ne!»

Superego: »Razpravljamo o pridobivanju koncesij in poskušamo razvijati neko svobodno prehajanje zdravnikov med javno ustanovo in zasebno. Zdi se, kot da zato, ker je v javnem zdravstvu preveč zdravnikov. Radi bi uničili zdravstvene domove, ker so ostanek prejšnjega sistema. Če je že družba izpridila, kar je bilo včasih dobrega, nam tega v zdravstvu ne bi bilo treba. Iz javnih ustanov smo podivjano puščali kolege v zasebne ustanove, namesto da bi dovolili le šefom specialistom, da imajo t.i. privatne paciente znotraj ustanove – tako je vendar urejeno marsikje v normalnem kapitalizmu tam čez mejo, ki je ni več. Ostalim, ki bi hoteli delati pri zasebnikih, pa bi dovolil delati samo tam ...«

Ego: »Aha! Ker si bil sam šef, pa predstojnik, ti je sedaj žal za izgubljen priložnostjo »dodatnega, a korektnega načina« imeti privatne bolnike in potegniti »solde« za to! Pa končno, kakršna je družba, takšno je zdravstvo!»

Superego: »Ne čudim se več ideji, da bi bilo res najbolje, kot je nekje napisal prof. Ihan, da bi naše zdravstvene institucije prodali. Mene samega je ta ideja zgrozila, sem pa pomislil, da bi verjetno številni to pač hoteli iz takega ali drugačnega razloga.«

Ego: »Ti živiš v preteklosti, stari moj! Danes je na sceni globalizacija.

Preteklost, ideologije, domoljubje, to je »passé«. Taka prodaja bi se obnesla! Sedaj gre za ekonomiko, pri kateri ni nič več važno, na kateri strani rovov si bil »kanon futer« ali borec za osvoboditev tega ali onega. In končno, saj smo tako ali tako skoraj vse prodali, pa smo še na svetu in dobri v športu – no, tudi naša medicina še ni za odpad! Ja, pa tudi hlapčevstva smo od nekdanjih navajeni in bomo brez zadrege hlapčevali tujim lastnikom naših zdravstvenih ustanov! In kako pridni bomo in delavni za tiste njihove nove evrčke!»

Superego: »Hej, sedaj pa ti nehaj, saj si tudi ti v pokoju in te take spremembe, čeprav te še srbijo roke za operiranje, pač ne bodo zajele! Ampak raje priznaj, da je ena od naših slabosti tudi naša stara in toga organiziranost, obstoj naših številnih organizacij, društev, sekcij itd. v medicini. Svetoval bi, da se o tem kaj ne le spregovori, ampak tudi postori, da se stvari spremenijo znotraj stanu, stroke in ostalih področij, da se organizacije združijo in da se stari umaknejo ter pustijo urejanje in vodenje mlajšim.«

Ego: »Ponavlaš se, stari moj! Eh, pa kaj, ko gre karavana naprej, stari psi pa lajamo bolj sami sebi kot karavani.«

Superego: »Oho, sedaj pa že ti trobiš v moj rog! Še to: zdravniki smo zgubili ugled ne le zaradi odmevnih odkritih napak, ampak tudi zaradi skritih in prikritih, pa tudi zaradi vse slabšega odnosa do bolnikov, odnosov med seboj in zaradi izrazitega pohle-

pa. Ljudje izgubljajo zaupanje v zdravnike, poleg tega pa kar upravičeno ugotavljajo, da je nekaterim zdravnikom več do zaslužka kot do bolnikov.«

Ego: »Vsega so krivi mediji, tisti novinarji, ki z užitek pišejo o napakah, in njihovi uredniki, ki jih k temu silijo, saj na ta načini, po navdilih tistih v ozadju, odvrnejo bralce in poslušalce od resničnih problemov in svinjarij v državi!»

Superego: »Ali se sploh še zavedamo, da bi moral biti zdravnikov poklic predvsem poslanstvo, kjer sta glavna skrb in interes usmerjena k bolniku, kjer se ve, kaj je prav, in kjer veljajo profesionalna morala in jasna etična načela? Ali tudi zdravniki mislimo, da nudi kapitalizem predvsem, do sedaj nam prikrajšano, priložnost za bogatenje? Tako delajo mnogi zdravniki v Moskvi, kjer marsikje stroka ne le, da gre objektivno navzdol, kljub najboljši opremi in novim objektom, ampak kjer marsikje ni več sledu o etiki in morali, vse je samo še denar.«

Ego: »Pa pusti Ruse, ki se jim je v kapitalizmu »zarolalo«, in se malo vrni na zemljo, ne idealiziraj in ne moraliziraj več! Nehaj, dost te imam!»

Superego: »OK, pa se pojdiva raje okopat v Kokro in sprat s sebe smeti naše stvarnosti!»

*Kdor želi nekaj narediti,
bo našel način.
Kdor ne želi, bo našel izgovor.*

Pablo Picasso

Prošnja organizatorjem strokovnih srečanj

Ker veliko upokojenih zdravnikov z zanimanjem sledi razvoju stroke, ki so se ji posvečali vse svoje aktivno obdobje, se radi udeležujejo strokovnih srečanj – tudi tistih, ki jih uvrstimo v koledar strokovnih srečanj v reviji Isis.

Organizatorje zato prosimo, da upokojenim zdravnikom čim večkrat ponudijo možnost, da se brez plačila kotizacije udeležijo strokovnih dogodkov, nam pa dosledno sporočajo, ali so upokojeni zdravniki oproščeni plačila kotizacije ali ne, da bomo podatek lahko uvrstili v ustrezno rubriko.

Uredništvo



