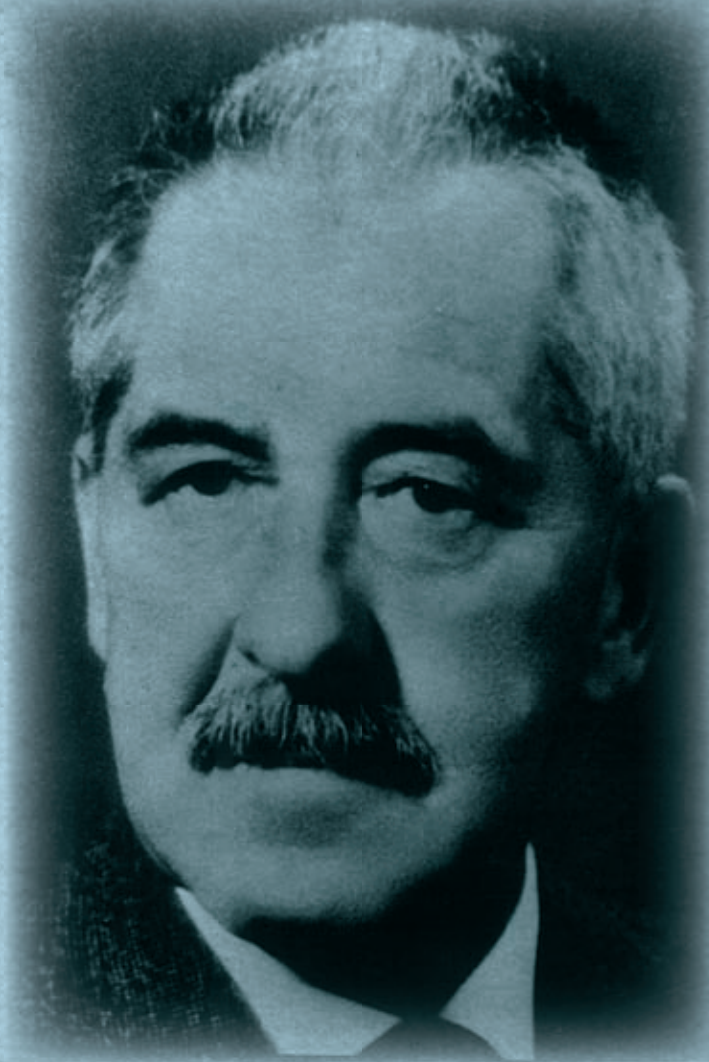


ISIS



Valentina Kobe (1905–1998)

anatomija



Milan Cunder (1908–1970)

anatomija

Zdravniška zbornica je blagovna znamka

Mitja Košnik

Zanimivo je poslušati govornice ali kramljati s kolegi. Na ta način izveš več resnic kot preko standardiziranih uradnih anket. Pred časom sem se pogovarjal s specializanti o tem, kaj pričakujejo od svojega poklica. Na prvo mesto so postavili ugled, na drugo pa dobro plačilo. Pogosto v časopisih beremo izjave ministra za zdravje, da polovica zdravnikov podpira prostovoljno članstvo v zbornici. Osebnostno menim, da je trenutno ta delež še veliko večji. Verjetno prostovoljno članstvo v zbornici podpira približno toliko zdravnikov, kot jih podpira uvedbo prostovoljnega plačevanja davkov. Ampak po resnem razmisleku pride vsak razumen človek do zaključka, da prostovoljno plačevanje davkov ne bi bilo v korist državljanom. Kdo si pa resno želi, da bi država prenehala delovati? Kdo si želi kaosa? Hitro ugotovimo, da je to prenevarno. In po treznem razmisleku je vsakomur tudi hitro jasno, da si ne želi kaosa niti v zdravstvu.

Tisto, kar nas mora bolj skrbeti, je dejstvo, da se zdravniki res bolj malo identificiramo s svojo stanovsko organizacijo. Poznamo jo predvsem po tem, da nam včasih vzame nekaj časa, ker moramo urejati kakšne formalnosti, na primer zaprositi za specializacijo, sporočiti udeležbo na stalnem strokovnem izobraževanju, vsakih nekaj let prestati redni strokovni nadzor. Dokler imamo občutek, da zdravstveni sistem deluje, dokler imamo delo in plače, toliko časa menimo, da se je to zgodilo samo od sebe. Značilno razmišljanje za slovensko kulturo.

Če se z zdravstvenim sistemom ukvarjaš bolj aktivno, pa hitro ugotoviš, da bi stvari same od sebe šle kvečjemu od slabega na slabše. Že vzdrževanje stabilnega stanja zahteva veliko aktivnosti, časa in energije. To smo v zadnjem letu dni preskušali ob prenavljanju zakona o zdravstveni dejavnosti. Zdravniška zbornica in Koordinacija zdravniških organizacij sta preko medijev dobili etiketo »upornikov brez razloga«, ki nasprotujeta vsebini predlaganih sprememb samo zaradi svojega populizma. Menda celo navzlic drugačnemu mnenju velikega dela njunega članstva. Vsaj iz ust ministra se je tako slišalo. No, vztrajnost in odločenost se je obrestovala. Po letu dni pričakovanih, da se zdravništvo aktivno vključi v pripravo zakonodaje, nas je predsednik vlade končno konstruktivno povabil zraven in pozval k izdelavi takšne zakonodaje, na katero bi zdravništvo dalo zeleno luč. In zakaj je bilo to pomembno? Ker potrebujemo zakon, ki ga bo mogoče izvajati, ki bo omogočil večjo produktivnost v zdravstvenem sistemu in ki bo spodbudil varno in kakovostno zdravstveno obravnavo. V konstruktivnih razgovorih z vodilno ministrsko ekipo smo si izmenjali argumente in razumeli, kako je sploh mogoče racionalno organizirati delovanje zdravstvenega sistema. Mreža izvajalcev zdravstvene dejavnosti mora temeljiti na potrebah državljanov ter na standardih in normativih dela zdravstvenih delavcev. Te pa je že pripravila delovna skupina, ki jo je imenovalo ministrstvo v prejšnjem mandatu. Normativi in standardi so

bili potem v razpravi znotraj strokovnih združenj, ki so večinsko ugotovila, da so standardi življenjski. Seveda nam je jasno, da število zdravstvenih delavcev ta trenutek ni zadostno, da bi bilo mogoče te standarde kar takoj povsem upoštevati, so pa potrebni za načrtovanje, prilagoditev standardov kakovosti dela in tudi kot argument za ugotavljanje povečane delovne obremenitve. V želji izboljšati standarde kakovosti smo v lanskem letu člani odborov za osnovno in specialistično dejavnost že naredili standarde Odpustno pismo, Napotnica, Obravnava bolnika z astmo, Obravnava bolnika s KOPB. Te dokumente vključujemo v projekt e-Zdravje na Ministrstvu za zdravje. Kot standard smo podprli tudi publikaciji Stopnje nujnosti, ki je bila izdana v okviru Tavčarjevih dnevov, in Kaj je potrebno opraviti pred napotitvijo na specialistični pregled na sekundarni ravni, ki je bila objavljena v Izidi.

Zdravniki smo podprli tudi ustanovitev Nacionalnega inštituta za kakovost, ki bi podpiral orodja za kakovostno delo, torej izdelavo kliničnih smernic, primerjavo med izvajalci, oceno stroškovne učinkovitosti posameznih zdravstvenih metod ter izvajal akreditacijo zdravstvenih ustanov. In glej ga šmenta: tudi besedilo zakona o takem inštitutu je že nekaj let pripravljeno. Skupaj so ga pripravili Ministrstvo za zdravje in zdravniki. Povedati moram, da vladna služba za zakonodajo takemu telesu ni bila naklonjena, ker je v njem videla predvsem dodaten strošek. Ob tem naj spomnim na žalostno odločitev s pogajanj za Splošni dogovor 2010, kjer partnerji niso podprli prizadevanja zdravniške zbornice, da se vsaj majčken delež zdravstvenega proračuna prerazporedi k tistim izvajalcem, ki izpolnijo zelo ohlapne standarde kakovosti. In ne nazadnje, utemeljili smo, da je veljavni zakon o zdravniški službi dober okvir za naše delo in da ga z novo zakonodajo ni treba ukinjati.

Kolegi, dokler se preko zdravniške zbornice čuti enoten glas zdravništva, toliko časa je blagovna znamka Zdravniške zbornice Slovenije čvrsta valuta. Preko čvrste blagovne znamke zdravniške zbornice pa je čvrsta in kredibilna tudi blagovna znamka slehernega slovenskega zdravnika. Osebna in korporativna blagovna znamka sta torej odvisni druga od druge in v pozitivni povratni zvezi. Pa ne pozabimo, da ugleda, verjetno pa tudi dobrega plačila, ni brez dobre blagovne znamke.



■ UVODNIK

Zdravniška zbornica je blagovna znamka 3
Mitja Košnik

■ ZBORNICA

Drage kolegice in cenjeni kolegi 7
Konrad Kuštrin

Aktivnosti izvršilnega odbora in strokovne službe 8

Zdravnice in zdravniki 14
Družina Nekrep

Življenje teče in nič ne reče, samo nasmeh je bolj grenak 16
Zlatka Kanič

■ PERSONALIA

Dosežen doktorski naslov na Medicinski fakulteti v Mariboru 17

Opravljeni specialistični izpiti 17

■ IZ EVROPE

Preprečevanje napak: trije pristopi za večjo varnost 18
Marjan Kordaš

Zdravstvena oskrba: Avstrija spet pri vrhu 18
Marjan Kordaš

Matične celice iz električne vtičnice? 19
Marjan Kordaš

Rakennusliitto – primer dobre prakse spreminjanja prehranjevalnih navad 19
Neva Marušič

■ ZDRAVSTVO

Minister za zdravje podelil štiri nazive svetnik in en naziv višji svetnik 20

Normativi za delo zdravnika 21
Gordana Kalan Živčec, Bojana Beovič, Mitja Košnik, Tonka Poplas Susič

■ FORUM

Nekaj misli na pot reformi zdravstva 26
Berta Jereb

Čudeži, ki jih naredijo prijazen stisk roke, topel pogled in pogovor 27

Mojca Senčar

Ko gre zdravnik v pokoj 29

Metka Klevišar

Spoštovana kolegica dr. Metka Klevišar, drage »seniorke in seniorji« 30

Gordana Kalan Živčec

■ INTERVJU

Peter Walsh, vodja organizacije Action against Medical Accidents 32
Miran Rems

■ ZANIMIVO

Prva učitelja anatomije na popolni Medicinski fakulteti, Milan Cunder in Valentina Kobe 35

Zvonka Zupanič Slavec, Tomaž Kšela, Juš Kšela

Teorija navezovanja – razumevanje odnosa med bolnikom in zdravnikom 39

Breda Sobočan

Vpliv delovanja rudnika in živega srebra na zdravje prebivalcev Idrije v preteklih stoletjih 42

Alfred Bogomir Kobal

Utrinki iz zgodovine zobozdravstva 47

Velimir Vulkič

Življenjska pot dr. Jožeta Potočnika, kirurga avstro-ogrske mornarice, in njegovega sina Hermana Potočnika 48
Jože Barovič

Kjer slovenščina zveni drugače 49

Marjan Kordaš

■ MEDICINA

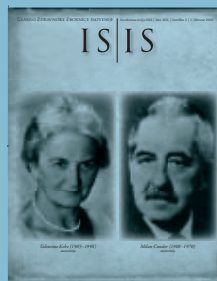
Astma – protokol vodenja kroničnega bolnika in ukrepanje ob zapletih/poslabšanjih 52

Tonka Poplas Susič, Vlasta Vodopivec Jamšek, Mitja Košnik, Gordana Živčec Kalan, Stanislav Šuškovič

Ali nam bo koristil Test za ocenitev KOPB (CAT)? 56
Sabina Škrgat Kristan, Stanislav Šuškovič

Prva anatom na popolni Medicinski fakulteti, prof. dr. Milan Cunder (1908–1970) in prof. dr. Valentina Kobe (1905–1998)

Oblikovanje naslovnice in avtor logotipa: Primož Kalan
Pripravila: prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec



- Kontrola kakovosti *in vitro* alergološke diagnostike 61
Mira Šilar, Peter Korošec, Mitja Košnik
- Od nihalne do intracerebralne svetline 62
Darija Strah
- Zlom kolka - najpomembnejši zaplet osteoporoze 64
Tomaž Kocjan
- S helikopterjem se sekunde za življenje skrajšajo 67
Jurij Gorjanc
- Celostna obravnava dislipidemij in nova možnost zdravljenja 70
Zlatko Fras
- Razmišljanja ob kongresu Evropske zveze za kognitivno-vedenjsko terapijo 73
Irma Kuhar
- Prvo jugovzhodnoevropsko pediatrično gastroenterološko srečanje 74
Marjeta Sedmak
- Na dokazih osnovana medicina in otroška prehrana 77
Borut Bratanič
- Prvi kongres slovenskega združenja za zdravljenje bolečine 79
Marija Cesar Komar, Zoran Rodi
- Sestanek Evropske delovne skupine za kakovost v družinski medicini 80
Zalika Klemenc Ketiš
- Poročilo s 4. kongresa ginekologov in porodničarjev Slovenije z mednarodno udeležbo 81
Jure Knez, Iztok Takač
- Zakaj ploskaš: da pohvališ ali da zbudiš tiste, ki so zaspali? 83
Živa Novak Antolič
- Ob 90. obletnici ustanovitve Oddelka za očne, ušesne, nosne in vratne bolezni UKC Maribor 85
Dušica Pabor, Bogdan Čizmarevič
- Tradicionalni sestanek Slovenskega nefrološkega društva 86
Boštjan Kersnič
- S KNJIŽNE POLICE
- Martin Kuchling: Umor v zaspanem mestu 89
Marjan Kordaš
- STROKOVNA SREČANJA 91
- DELOVNA MESTA 105

■ ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

- Ali sem morala biti zdravnica? 109
Draženka Latinovič
- Ne želim 109
Draženka Latinovič
- Čuden je ta svet, kdo ga bo rešil? 110
Draženka Latinovič
- Vsak dih 110
Draženka Latinovič
- Imeli smo priložnost, da si v slovesnem vzdušju zaželimo vse dobro 111
Barba Štemberger Zupan
- Slikovita Petra – simfonija barv 112
Tomaž Rott
- Odprava »Goli 2009« 116
Željko B. Jakelič

■ SISI

- Dva prevoda in ena travestija 119
Dan Šustek
- Poročilo in nasveti s strani Zdravstvene zavarovalnice SISI 120

■ ZAVODNIK

- Pred vrati ambulante 121
Aleš Rozman

Minister za zdravje podelil štiri nazive svetnik in en naziv višji svetnik



20

Impressum

LETO XIX., ŠT. 2, 1. februar 2010
natisnjeno 8500 izvodov
datum tiska: dan pred izidom
UDK 61(497.12) (060.55)
UDK 06.05:61(497.12)
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK / PUBLISHED BY

Zdravniška zbornica Slovenije
The Medical Chamber of Slovenia
Dalmatinova 10, p. p. 1630,
1001 Ljubljana
W: <http://www.zdravnikazbornica.si>
T: 01/ 30 72 100, F: 01/ 30 72 109
E: isis@zzs-mcs.si
Transakcijski račun: 02014-0014268276

PREDSEDNICA / PRESIDENT

prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med.

UREDNIŠTVO / EDITORIAL OFFICE

Dalmatinova 10, p. p. 1630,
1001 Ljubljana
W: <http://www.zdravnikazbornica.si>
Isis online: ISSN 1581-1611
T: 01/ 30 72 152, F: 01/ 30 72 109
E: isis@zzs-mcs.si

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

prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.
E: egadzijev@onko-i.si
T: 01/587 98 97

TEHNIČNA UREDNICA, LEKTORICA / EDITOR, REVISION

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

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI / EDITORIAL BOARD AND JOURNALISTS

prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.
doc. dr. Vojko Flis, dr. med.
prof. dr. Anton Grad, dr. med.
prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med.
prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.
prof. dr. Boris Klun, dr. med.
akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.
prof. dr. Črt Marinček, dr. med.
asist. mag. Marko Pokorn, dr. med.
prim. asist. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.
prof. dr. Tomaž Rott, dr. med.
asist. Aleš Rozman, dr. med.
akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.
prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med.
prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med.

TAJNICI UREDNIŠTVA / SECRETARY

Marija Cimperman
Slavka Sterle

OBLIKOVANJE / DESIGN

Andrej Schulz, Primož Kalan
VisArt studio, Ljubljana

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN PRIPRAVA ZA TISK - DTP

Andrej Schulz, Barbara Kovarčič,
Simon Trampus, Primož Kalan
VisArt studio
Kvants-VisArt d.o.o.
Koprska ulica 94, 1000 Ljubljana
T: 01/257 67 41

TRŽENJE / MARKETING

Atelier IM d. o. o., Breg 22, Ljubljana
T: 01/ 24 11 930, F: 01/ 24 11 939
E: atelier-im@siol.net

TISK / PRINTED BY

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

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

Lastnik blagovne znamke: Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana

Navodila avtorjem

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

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

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

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

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

Poročila s strokovnih srečanj

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

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

Nekrologi

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

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

Letna naročnina za nečlane (naročnike) je 49,20 EUR, za naročnike v tujini 98,40 EUR, posamezna številka za nečlane stane 4,10 EUR. 8,5-odstotni davek na dodano vrednost je vrčunan v ceni. Poštnina je plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

ISIS

Sporočilo bralcem

Literatura je na voljo pri avtorjih.

Sodelovali

Prim. Jože Barovič, dr. med., Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za fizikalno in rehabilitacijsko medicino • **Prof. dr. Bojana Beovič, dr. med.,** Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja • **Asist. dr. Borut Bratanič, dr. med.,** Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Pediatrična klinika • **Mag. Marija Cesar Komar, dr. med.,** SB Slovenj Gradec • **Doc. dr. Bogdan Čizmavevič, dr. med.,** Univerzitetni klinični center Maribor • **Doc. dr. Zlatko Fras, dr. med.,** Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Interna klinika • **Jurij Gorjanec, dr. med.,** SB Slovenj Gradec • **Mag. Željko B. Jakelič, dr. dent. med.,** Zasebna ordinacija Jakelič, Jesenice • **Breda Jelen Sobočan, dr. med.,** zasebnica s koncesijo v ljubljanski regiji • **Prof. dr. Berta Jereb, dr. med.,** Ljubljana • **Prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med.,** Zdravniška zbornica Slovenije • **Boštjan Kersnič, dr. med.,** Univerzitetni klinični center Ljubljana, KO za nefrologijo • **Asist. Zaliha Klemenc Ketiš, dr. med.,** Naravno zdravlilišče Topolšica, d.d. • **Metka Klevišar, dr. med.,** Ljubljana • **Jure Knez, dr. med.,** Univerzitetni klinični center Maribor • **Prim. dr. Alfred Bogomir Kobal, dr. med.,** Idrija • **Doc. dr. Tomaž Kočjan, dr. med.,** Univerzitetni klinični center Ljubljana, KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni • **Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.,** Ljubljana • **Prim. izz. prof. Pavle Kornhauser, dr. med.,** Iniciativna skupina upokojenih zdravnikov ZZS • **Peter Korošec • Iz. prof. dr. Mitja Košnik, dr. med.,** Zdravniška zbornica Slovenije • **Tomaž Kšela,** Delavska enotnost • **Dr. Juš Kšela, dr. med.,** specializant v mariborski regiji • **Irma Kuhar, dr. med.,** Svetovanje dr. Kuhar, d.o.o. • **Konrad Kuštrin, dr. med.,** Fides

• sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije • **Draženka Latinovič, dr. med.,** ZD Slovenj Gradec • **Mag. Nina Mazi, dr. med.,** Ljubljana • **Ministrstvo za zdravje RS • Prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med.,** Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Ginekološka klinika • **Prof. dr. Dušica Pahor, dr. med.,** Univerzitetni klinični center Maribor • **Asist. dr. Tonka Poplas Susič, dr. med.,** Zdravniška zbornica Slovenije • **Prim. mag. Miran Rems, dr. med.,** SB Jesenice • **Doc. dr. Zoran Rodi, dr. med.,** Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Nevrološka klinika • **Prof. dr. Tomaž Rott, dr. med.,** Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani • **Asist. Aleš Rozman, dr. med.,** Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo • **Prim. Marjeta Sedmak, dr. med.,** Univerzitetni klinični center Maribor, SPS Pediatrična klinika • **Prim. Mojca Senčar, dr. med.,** Ljubljana • **Prof. dr. Dušan Sket, dr. med.,** Ljubljana • **Darija Strah, dr. med.,** Diagnostični center Strah, Domžale • **Mira Šilar • Asist. Sabina Škrgrat Kristan, dr. med.,** Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo • **Barba Štemberger Zupan, KUD** Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher • **Iz. prof. dr. Stanislav Šuškovič, dr. med.,** Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo • **Prof. dr. Iztok Takač, dr. med.,** Univerzitetni klinični center Maribor • **Prim. Vlasta Vodopivec Jamšek, dr. med.,** Zdravniška zbornica Slovenije • **Prim. dr. Velimir Vulikić, dr. med.,** Domžale • **Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med.,** Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut za zgodovino medicine

Drage kolegice in cenjeni kolegi,

naj vam najprej zaželim zdravo, mirno in veselo leto 2010.

Če že živimo v družbi, ki ima do nas zdravnikov odnos, kot ga ima, potem se v letu, ki je pred nami, vsaj mi potrudimo biti dobri, boljši drug do drugega. Kakšna ostra beseda manj, nasmeh več in ponujena roka nam bodo olajšali delo in polepšali dneve.

V letu 2010 nas čaka, kot običajno, obilica dela. Upajmo le, da ne bomo veliko energije porabili za prazen nič, ampak da bodo vidni tudi rezultati. Žal uresničitev te želje ni odvisna le od naših prizadevanj. Tako je bilo med drugim porabljenega ogromno časa za pogajanja o novem plačnem sistemu, katerega dokončna uveljavitev je glede na trenutno stanje v naši državi še vedno pod velikim vprašajem.

Mineva osem let od začetka pogajanj za nov plačni sistem in leto in pol od zaključka le-teh.

Nov plačni sistem za celotni javni sektor kljub vsemu prinaša tudi nekaj dobrih rešitev. Npr. to, da smo v posebnem tarifnem delu kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike uspeli uveljaviti posebne delovne pogoje ter na ta način doseči različno višino plače glede na obremenitve posameznega zdravnika.

Pomemben dosežek je tudi ta, da šteje vsaka prisotnost na delovnem mestu v delovni čas. Sistem je boljši od prejšnjega, vendar daleč od tega, da bi lahko rekli dober, moderen, stimulativen. Odgovor na vprašanje, zakaj je tako, je enostaven, gledano politično, sociološko in psihološko. Pogajanja o Zakonu o sistemu plač v javnem sektorju in Kolektivni pogodbi za javni sektor so potekala tako, kot da pred dvajsetimi leti ne bi spremenili političnega sistema. Zato je novi zakon podoben »samoupravnemu sporazumu o plačah«. Psihološko ozadje tega sta napuh in nevoščljivost, ki inducirata zavist, zavist inducira sovraštvo, sovraštvo pa to, kar zdravniki v naši družbi čutimo vsak dan, kje drugje ali v kakšnem drugem času pa kaj hujšega. Hudo nesrečna kombinacija političnih usedlin in grdih človeških lastnosti.

Čas je pokazal, da so bila naša stališča v pogajanjih pravilna. Plača zdravnika začetnika je postavljena prenizko, ne izpogajana, temveč preglasovana s strani vlade in praktično vseh sindikatov javnega sektorja. Najvišji, 57. plačni razred, lahko presežejo le župani, politiki in funkcionarji. Čas uveljavitve novega plačnega sistema je bil slabo načrtovan. Sindikati so taktizirali po načelu »raje nikomur nič kot drugemu več«. Vlada bi si morala prizadevati, da pogajanja zaključi leta 2007, takoj po vstopu v evro, ter še v ugodnih gospodarskih gibanjih. S taktiziranjem jih je zaključila tako rekoč pred volitvami. Slednje je privedlo v situacijo, ki je zaradi nastopa gospodarske krize onemogočila dokončno odpravo plačnih nesorazmerij.

Najpomembnejši in najzahtevnejši projekt, ki nas čaka v bližnji prihodnosti, je vezan na **standarde in normative**. Aprila 2008 je Fides z Vlado RS podpisal sporazum, kjer se je Ministrstvo za zdravje obvezalo, da pripravi standarde in normative za zdravniško delo za primarni in bolnišnični nivo. Normativi bi

se morali začeti uporabljati že s 1. januarjem 2009. Dve mešani skupini, sestavljeni iz predstavnikov ministrstva, zdravnikov, delodajalcev in zdravstvene zavarovalnice, sta delo opravili že jeseni 2008. Rezultat sta bila dva temeljna dokumenta. Eden opredeljuje standarde in normative za primarni nivo, drugi pa za sekundarni in terciarni nivo, ločeno za operativne in za konzervativne stroke. V tem času se je vlada zamenjala, nov minister za zdravje pa na naša opozorila, da je treba projekt pripeljati v življenje, ni odreažiral. Zato smo se na koordinaciji zdravniških organizacij spomladi 2009 dogovorili, kako naprej. V sodelovanju s Slovenskim zdravniškim društvom smo oba dokumenta poslali vsem strokovnim združenjem in jih zaprosili za mnenja in pripombe. Po poletnih počitnicah je posebna skupina, ki jo je imenovala koordinacija zdravniških organizacij, dopolnila oba osnovna dokumenta s pripombami strokovnih združenj v obliki priloge. Zdravniške organizacije se zavedamo pomembnosti tega projekta za delo zdravnikov in za funkcioniranje zdravstvenega sistema nasploh. Nedvomno se bo pokazalo, da mnogi zdravniki delajo preveč in prehitro samo zato, da bi zadostili zahtevam plačnikov in delodajalcev in potrebam prebivalcev. Ob tem pa pogosto trpita tako kakovost kot tudi odnos pacient - zdravnik.

V zvezi z uveljavljanjem normativov in standardov načrtujemo razprave po regijah in zavodih, kjer pričakujemo konstruktivno sodelovanje tako kolegov, predstojnikov kot vodstev zdravstvenih zavodov. Od Ministrstva za zdravje pričakujemo posluh in resen namen, da bi to uveljavili, sicer bomo projekt do konca pripeljali sami. Poudaril bi rad, da je v sporazumu, ki smo ga podpisali z Vlado RS, določeno, da velja neupoštevanje standardov in normativov s 1. januarjem 2008 za kršitev tega sporazuma.

Oktober 2009 je Fides sklical **problemsko konferenco primarnega nivoja**, kjer so bile izpostavljene težave vseh strok in nakažane rešitve. Na konferenci so združili moči, vedenja in znanje predstavniki Fidesa, Zdravniške zbornice Slovenije, zasebnikov, delodajalcev in katedre za družinsko medicino. Sprejete so bile kratkoročne in dolgoročne rešitve.

Pogovori z Ministrstvom za zdravje RS, ki jih vodi državni sekretar dr. Ivan Eržen, na temo dolgoročnega reševanja primarnega nivoja so že stekli in v kratkem pričakujemo prve rezultate. Prav tu se je pokazala pomembnost argumentov, ki jih črpamo iz dokumenta o standardih in normativih za primarni nivo. Dolgoročni cilj je izboljšanje funkcioniranja primarnega nivoja, kot tudi pogojev dela, kratkoročni cilj Fidesa pa je nagraditi zdravnike, ki presegajo 1500 glavarinskih količnikov, glede na trenutne zakonske možnosti.

Novi zakon o zdravstveni dejavnosti je nastajal leto dni. Koordinacija je budno spremljala njegov razvoj in spreminjanje skozi skoraj dvajset različic. Ne glede na to, da smo zdravniki

odgovorni nosilci zdravstvene dejavnosti, nas je minister upošteval toliko ali manj kot drugo zainteresirano javnost. Ker se prek naših rok zdravstveni sistem prenaša na uporabnike in bolnike, smo pričakovali, da bodo naše pripombe in mnenja resneje upoštevani. Vsaj dvakrat smo na tiskovnih konferencah na to opozorili tudi slovensko javnost. Prav tu se je pokazala kot zelo moteča zdravniška enotnost, saj je bilo neuspešnih kar nekaj poizkusov zlomiti koordinacijo zdravniških organizacij!

Na sestanku v vili Podrožnik, pri predsedniku Vlade RS, je bilo dogovorjeno, da mora biti zakon tak, da bo šel v vladno proceduro in naprej z zeleno lučjo zdravništva. Očitno smo predstavniki zdravniških organizacij predsednika vlade prepričali z našimi argumenti. V zadnjih dneh pred prazniki smo s predstavniki Ministrstva za zdravje RS (zadnji dan je bil prisoten tudi minister) skupno preoblikovali osnutek zakona. Ta mesec imamo pri predsedniku vlade dogovorjen ponovni sestanek na temo zakona, kjer naj bi padla zadnja beseda.

Pred nekaj tedni sem mladi kolegici pisal priporočilo za specializacijo. V pogovoru mi je potožila, kako hudo ji je ob silnih medijskih napadih na zdravnike in zdravniški poklic. Ob tem, da je bila odlična gimnazijka in študentka in je končala študij med prvimi v letniku, se včasih ljudem boji povedati, da je zdravnica. Grozljivo. Ali se tisti, ki so to zgodbo začeli in jo še

vedno razpihujejo, zavedajo posledic, ki jih ima to za ves narod? Zločin je stisniti v kot celo poklicno skupino, ki opravlja gotovo enega najtežjih in najodgovornejših poklicev. In kaj lahko storimo mi? Jaz, Ti, Fides, Slovensko zdravniško društvo, Zdravniška zbornica Slovenije, vsi? Veliko! Najprej s tem, da izboljšamo medsebojne odnose in prenehamo govoriti slabo o naših kolegih in se dajati zlobnežem v zobe. Zavedati se moramo pomena komunikacije z bolniki, svojci in javnostjo in živeti v veri, kot je napisal nek naš kolega iz UKC Ljubljana, da so skromnost, iskrenost in prijaznost odlike, ki plemenitijo naše delo.

Izboljšati je treba mehanizme in postopke, ki se sprožijo v primeru naših zmot ali napak ter težav, ki izhajajo iz slabih medsebojnih odnosov, jih narediti jasnejše, zlasti pa krajše in učinkovitejše. Le tako bomo dokazali, da se tako pomemben poklic lahko, mora in zmore samoregulirati.

Za konec se mi zdi prav, da zdravniki sodelujemo pri projektih organizacij, ki jim pripadamo. To so naše organizacije in so zaradi nas. V tem duhu je Domus Medica pomemben dosežek, ne zgolj na simbolni, temveč tudi na praktični – uporabni ravni.

Konrad Kuštrin

Aktivnosti izvršilnega odbora in strokovne službe

V skladu z določili Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP in 58/08) in Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 09) Zdravniška zbornica Slovenije objavlja

NAJAVO O OBJAVI JAVNEGA RAZPISA SPECIALIZACIJ

V mesecu februarju bosta na spletnih straneh zbornice objavljena javna razpisa specializacij, in sicer:

JAVNI RAZPIS SPECIALIZACIJ ZDRAVNIKOV

za posamezna specialistična področja za potrebe javne zdravstvene mreže

JAVNI RAZPIS SPECIALIZACIJ ZDRAVNIKOV

za posamezna specialistična področja z znanim plačnikom

Delegacija Zdravniške zbornice Slovenije v UKC Maribor

Delegacija Zdravniške zbornice Slovenije, ki jo je vodila predsednica prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med., je bila v prvi polovici januarja na delovnem obisku v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor. Izmenjali smo stališča do aktualnih tem v slovenskem zdravstvu ter se seznanili z vizijo razvoja druge največje slovenske bolnišnice. Govorili smo tudi o organizaciji in poteku internih strokovnih nadzorov. Pri tem je bilo predstavljeno priporočilo Zdravniške zbornice Slovenije, da naj bo vsaj en član

komisije za interni strokovni nadzor, praviloma pa dva člana, enake specialnosti kot nadzorovani zdravnik. V kolikor takšne sestave komisije za interni strokovni nadzor ni možno zagotoviti v ustanovi, je zbornica ponudila pomoč pri iskanju oziroma predlaganju ustreznih slovenskih zdravnikov tudi iz drugih ustanov, da bi pri internem nadzoru lahko sledili veljavnemu priporočilu. Vodstvo UKC Maribor je predstavnike Zdravniške zbornice Slovenije seznanilo tudi z nekaterimi podrobnostmi in izvedenimi ukrepi v zadnjih, medijsko odmevnih primerih. Sogovorniki so se strinjali, da je v primeru zapletov ali drugih dogodkov znotraj zdravstvene oskrbe izredno pomembna aktivna, ustrezna in pravočasna komunikacija

zdravnikov z bolniki in njihovimi svojci, po potrebi pa tudi z mediji. Stalno odpravljanje pomanjkljivosti namreč ne more temeljiti šele na reakcijah na dogodke, temveč je potrebno vzpostaviti in stalno nadgrajevati varen sistem, ki ima izdelane usmeritve tako za delo zdravnikov kakor tudi drugih zdravstvenih delavcev in sodelavcev.

Srečanje smo sklenili z ugotovitvijo, da je potrebno čim tesneje nadaljnje medsebojno, še posebej strokovno sodelovanje. Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med., je direktorju UKC Maribor prim. asist. Gregorju Pivcu, dr. med., čestitala za dosedanje delo ter dosežke celotne mariborske zdravniške ekipe na strokovnem in zdravstvenem področju.

Zdravniška zbornica Slovenije ekonomsko fakulteto zaprosila za posredovanje podatkov o zdravniških potrdilih

Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med., je na dekana ljubljanske ekonomske fakultete prof. dr. Dušana Mramorja naslovila pismo, v katerem ga je zaprosila za posredovanje imen in priimkov zdravnikov, ki so pred začetkom letošnjega študijskega leta izdajali zdravniška potrdila, na osnovi katerih so na fakulteti omogočili podaljšanje statusa študenta. Prav tako je bila fakulteta zaprosena tudi za imena in priimke študentov, imetnikov takšnih zdravniških potrdil, ker bo zdravniška zbornica le tako lahko pri zdravnikih v vsakem konkretnem primeru preverila pravilnost zdravniške obravnave. Hkrati pa je predsednica Zdravniške zbornice Slovenije ministru za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo Gregorju Golobiču predlagala skupni sestanek o tovrstni problematiki, na katerem bi se dogovorili glede ukrepov za preprečevanje neupravičenega izkoriščanja zdravstvenega sistema. Konec lanskega leta je namreč vodja poslanske skupine ZARES na predsednico Zdravniške zbornice Slovenije naslovila pisno vprašanje glede množičnega izdajanja

zdravniških opravičil oziroma potrdil za zdravstveno nezmožnost za študij, s katerimi so si nekateri študenti podaljšali svoj status rednega oziroma izrednega študenta. Spraševala je, kako namerava Zdravniška zbornica Slovenije ukrepati v tem primeru. Eno od javnih pooblastil, ki jih je Ministrstvo za zdravje podelilo Zdravniški zbornici Slovenije, je tudi izvajanje strokovnega nadzora s svetovanjem nad delom zdravnikov, ki imajo licenco in opravljajo zdravniško službo v Republiki Sloveniji. Zdravniška zbornica Slovenije je torej tista, ki ima pravico in znanje, da opravi strokovni nadzor nad zdravniki, pri katerih obstaja sum opravljanja dela, ki ni v skladu z zakonodajo, stroko in Kodeksom medicinske deontologije Slovenije.

Z nadzorom dela omenjenih zdravnikov želi Zdravniška zbornica Slovenije ugotoviti resničnost navedb o neupravičenem izdajanju zdravniških potrdil študentom, s pomočjo katerih so ti uveljavljali pravice, ki jim jih sicer omogoča država (podaljševanje statusa študenta, subencionirano bivanje...). Storitve zdravstvenega sistema so namreč namenjene obravnavi pacientov in zdravljenju, ne pa zagotavljanju prej omenjenih pravic z njegovo neprimerno uporabo.

Financiranje specializacij

Z mesecem aprilom 2009 je stopil v veljavo Letni načrt za leto 2008, ki določa, da se stroški dela specializantov povrnejo glede na dejanske stroške in ne več kot pavšalni znesek. Za izplačilo po dejanskih stroških mora delodajalec poslati na Zdravniško zbornico Slovenije izpolnjen Zahtevek za povrnitev stroškov dela specializantov, ki ga najde na spletni strani <http://www.zdravnikskazbornica.si/zzs.asp?FolderId=709>. V obrazec mora vpisati dejanske stroške, ki se nanašajo na delo specializanta, in sicer osnovno plačo specializanta, nadomestilo plače, ki gre v breme delodajalca, dodatke, ki jih določa kolektivna pogodba, ter nadomestilo za regres, malico, prevoz na delo, plačilo 2. stebra pokojninskega zavarovanja in dodatek za ločeno življenje. Ostali stroški, ki se nanašajo na izvajanje

specializacij, so v pavšalnem znesku določeni v Letnem načrtu in jih obračunava zbornica na podlagi podatkov, ki jih spremlja v zvezi z izvajanjem specializacij. Letni načrt za leto 2008 si lahko ogledate na zgoraj navedeni spletni strani.

Aneks št. 2 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2009

Obvestili smo vas že, da je Vlada Republike Slovenije konec lanskega leta sprejela sklepe o Aneksu št. 2 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2009. Vrednotenje določenih programov se je povišalo, kar pomeni, da je več sredstev namenjenih primarnemu zdravstvenemu varstvu. To je vsekakor tudi zasluga Zdravniške zbornice Slovenije, ki je vseskozi opozarjala na podhranjenost primarnega zdravstvenega varstva in tudi uspela v svojih prizadevanjih za povečanje določenih sredstev. Tokrat smo na podlagi razpoložljivih podatkov iz Aneksa št. 2 pripravili tudi izračune za programe zobozdravstva in splošne zdravniške ordinacije v skladu s standardi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Vlada je sklenila, da se v okviru izvajanja protikriznih ukrepov za primarno raven povečajo kalkulativni elementi cen storitev v višini 17.963.668 EUR na letni ravni. V standardih za primarno dejavnost 101, 102, 106 in specialistično ambulantno dejavnost 201 se plačni razredi povišajo za en plačni razred. Sprememba velja od 1. oktobra 2009.

V okviru protikriznih ukrepov za primarno raven je vlada sprejela tudi boljše vrednotenje laboratorijske storitve, in sicer v višini 5.455.008 EUR na letni ravni. Za boljše vrednotenje že dogovorjenih programov so načrtovana dodatna sredstva, in sicer:

- povečanje sredstev za laboratorij v standardu splošna ambulanta za 22 % (ali povečanje sredstev za materialne stroške za 11 %),
- povečanje sredstev za laboratorij v standardu dispanzer za otroke in šolarje za 32 % (ali povečanje sredstev za materialne stroške za 15 %),
- povečanje sredstev za laboratorij v

standardu dispanzer za žene za 79 % (ali povečanje sredstev za materialne stroške za 14 %),

- povečanje sredstev za RTG v standardu zobozdravstvo za odrasle za 133 % (ali povečanje sredstev za materialne stroške za 12 %),
- povečanje sredstev za RTG v standardu mladinsko zobozdravstvo za 84 % (ali povečanje sredstev za materialne stroške za 10 %).

Sprememba velja od 1. novembra 2009. Poračun po Aneksu št. 2 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2009 za obdobje oktober–december 2009 tako znaša:

- **1.208 EUR** za en tim splošne ambulante,
- **1.219 EUR** za en tim zobozdravstva za odrasle,
- **880 EUR** za en tim mladinskega zobozdravstva,
- **639 EUR** za en tim zobozdravstva za študente,
- **1.046 EUR** za en tim ortodontije,
- **721 EUR** za en tim pedontologije,
- **1.161 EUR** za en tim protetike,
- **815 EUR** za en tim ustne in zobne bolezni ter
- **1.071 EUR** za en tim oralne in maksilofacialne kirurgije.

Splošni dogovor za pogodbeno leto 2010

Partnerji v pogajanjih za sklenitev Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2010

(Zdravniška zbornica Slovenije, Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije in Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije) so zaključili arbitražo za sklenitev splošnega dogovora za letošnje leto že 4. novembra 2009. To je bilo v skladu s terminskim načrtom, ki so ga partnerji potrdili na svoji prvi seji. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je prav tako v skladu s terminskim načrtom pripravil čistopis zapisnika arbitraže, nadaljnje aktivnosti pa so v pristojnosti Ministrstva za zdravje oziroma Vlade Republike Slovenije. Žal ugotavljamo, da se Ministrstvo za zdravje ne drži rokov, za katere smo se skupaj dogovorili, zato Splošni dogovor za pogodbeno leto 2010 tudi še ni sprejet. V skladu s terminskim načrtom bi tako Ministrstvo za zdravje moralo posredovati gradivo v medresorsko usklajevanje (rok: 3. december 2009), v medresorskem usklajevanju pridobiti soglasja (18. december 2009) ter posredovati gradivo za obravnavo Vladi Republike Slovenije (18. december 2009). Pristojni vladni odbor bi predlog Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2010 moral obravnavati 22. decembra 2009, dva dni kasneje pa bi ga morala sprejeti še vlada. Žal splošni dogovor za prihodnje leto še ni bil potrjen, kar ni v skladu z dogovorjenim terminskim načrtom.

V Zdravniški zbornici Slovenije pričakujemo, da bo Vlada Republike Slovenije

predlog Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2010 obravnavala v čim krajšem možnem času ter tako zagotovila pogoje za nemoteno delovanje zdravstvenega sistema.

Članstvo Zdravniške zbornice Slovenije v CPME

Izvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije je na svoji zadnji seji obravnaval tudi vprašanje nadaljnjega članstva v organizaciji CPME (Standing Committee of European Doctors), ki je krovna organizacija nacionalnih zdravniških organizacij v 26 evropskih državah s sedežem v Bruslju. Sklenil je, da Zdravniška zbornica Slovenije umakne najavo o izstopu, ki jo je na CPME naslovila v decembru 2008, ter tako ostaja polnopravna članica te mednarodne organizacije.

Temeljni razlog za najavo o izstopu iz CPME je bil v tem, da do tedaj ta organizacija ni naklonila dovolj posluha tudi manjšim članicam. V letu 2009 pa so bili pripombe in predlogi Zdravniške zbornice Slovenije skrbneje upoštevani pri sprejemanju odločitev, kar je imelo pomembno težo pri sprejetju končne odločitve o našem članstvu v CPME. Statut CPME namreč predvideva, da je potrebno vse aktivnosti v zvezi s članstvom v tej krovni organizaciji nacionalnih zdravniških organizacij naznaniti eno leto vnaprej.

Domus Medica

Z veseljem vas obveščamo, da gradnja Domus Medica poteka uspešno in v skladu s terminskim načrtom. Po dolgih desetletjih bomo tako dobili osrednji dom slovenskega zdravništva, stanovalsko hišo vseh generacij zdravnikov, ki bo imela odprta vrata za vse slovenske zdravnike in zobozdravnike. Omogočala nam bo lažje in nemoteno delo, izobraževanje, srečanja in neposredno osebno druženje. Ob tej priložnosti bi se radi iskreno zahvalili vsem posameznicam in posameznikom, ki so doslej že donirali sredstva za Domus Medica ter tudi tako izkazali podporo našemu skupnemu projektu. Prav tako pa želimo izraziti hvaležnost tudi vsem tistim, ki se boste v prihodnjih dneh še odločili za takšno plemenito potezo in s tem pomagali, da bomo naš skupni projekt uspešno zaključili.

Domus Medica je tudi projekt, ki združuje. Združil je Zdravniško zbornico Slovenije, Fides sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Slovensko zdravniško društvo ter Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, ki bodo vsi imeli v njem svoje prostore. Želimo pa si, da bi ta projekt združeval tudi vse slovenske zdravnike in zobozdravnike v prizadevanjih za neodvisen in dostojanstven položaj slovenskega zdravništva. Tega si vsekakor zaslužimo!

Donacije še naprej zbiramo na računu Zdravniške zbornice Slovenije, št.: SI56 9067 2000 0581 576 (*namen plačila: donacija DM, referenca: 00, pod sklic pa vpišite rojstni datum donatorja (DDMMLLLL).*)

Zdravnice in zdravniki,

preko predsednice svoje zbornice nam v zadnjem uvodniku sporočate, da je pozornost medijev preusmerjena od resnih problemov na smrt našega Bora.

Smrt našega Bora je res dokončen in neskončno resen problem predvsem za našo družino.

Uporaba besede smrt in Bor v istem stavku ni sprejemljiva, presega skrajni rob človeške vzdržnosti.

Moramo vam povedati nekaj o naši družini. Leta 2000, pozno a na srečo ne prepozno, smo se natančno zavedli pomena našega bivanja. Ta pomen smo našli v naši družini štirih. Ozrli smo se nazaj in se zavedli nesmisla pehanja za materialnimi dobrinami, za poslovnimi uspehom ter dolgih delovnikov za katerimi ni pomembnih spominov.

Popolnoma smo spremenili življenje, zamenjali delovna mesta in se posvetili drug drugemu.

Uživali smo življenje, bili ves čas skupaj, potovali, se imeli neskončno radi ter se predvsem veliko smejali.

Zunanjega sveta skorajda nismo potrebovali. Bili smo strpni, verjeli smo v sočloveka in smo se trudili delati dobro.

Otrokoma smo nudili predvsem pozitivne vrednote ter srečno in neobremenjeno otroštvo.

12.3.2008 smo prvič potrebovali pomoč. Poiskali smo jo pri zdravnikih.

Nismo je dobili pravočasno. V Mariboru v bolnišnici ni bilo zdravnika, ki bi bil pripravljen Bora zdraviti ali pa se vsaj ukvarjati z njim, čeprav je bil ob sprejemu dokumentirano prepoznan kot skrajno ogrožen. Prosili smo za pomoč, za ekipo. Prosili in zahtevali smo premostitev. Zaklenili so nas ven. Pri motnjah zavesti so Bora utišali z močnimi pomirjevali. V bolnišnici mora biti ponoči mir. Še zlasti na oddelku za intenzivno nego. Bora so si zjutraj predajali, kot diagnostično odprt primer. Sredi bolnišnice smo bili smo sami. Izgubili smo vero v sočloveka, v dobro, izgubili smo Bora.

Pomoč smo dobili po 19 urah pri Zdravnikih v Ljubljani. Zdravnikih, ki niso bili le bele halje.

Za Bora je bilo takrat prepozno. Na poti do Ljubljane se je izgubil njegov oster um, izbrisale so se njegove prijazne misli, uničili lepi spomini. Njegove oči so strmele v prazno.

Po osmih dneh smo ga zadnjič objemali. Končno ni imel več tistih cevok. Resno in mirno je ležal – on, ki ni nikoli miroval in so se mu usta venomer kar sama širila v nasmehe.

Še vedno se imamo radi, vendar kot pravi pesnik: živimo mrtvi. Živimo, čeprav ne po svoji volji, živimo drug za drugega. Ko rečemo: »Lani!«, mislimo na leto 2007.

Dogajanje v mariborski bolnišnici je bilo nedopustno in bi moralo biti kot takšno jasno označeno – predvsem s strani slovenskih zdravnic in zdravnikov.

Bilo je nedopustno iz strokovnega, moralnega, etičnega in človeškega vidika.

Kljub neskončno žgoči bolečini, ki razjeda naš um, telo in dušo nismo nikoli posploševali. Najmanj na vse zdravnice. Že 13.3.2008 smo srečali prave zdravnice, strokovno in človeško. Srečevali smo jih do Borovega odhoda in srečujemo jih še danes.

Tudi za obravnavane nismo trdili, da gre za slabe zdravnice. Tega ne moremo trditi. Niti poznamo jih ne. Z nami niso govorili. Ob Boru jih ni bilo. Opisovali smo le tiste ure, tisti dogodek, ki nam je vzel sina in brata. In tisto ravnanje štejemo za nedopustno in nedostojno, ne le zdravnika, človeka.

Vendar nam je interna komisija mariborske bolnišnice to ravnanje opisala in podpisala kot ravnanje po sodobni medicinski doktrini.

Odbor za strokovno medicinska vprašanja je 19 urno odsotnost vsakršne terapije imenoval zmotna presoja.

Skupščina zbornica pa je z 90% večino poteptala razsodbo svojega lastnega razsodišča, ki ga sestavljajo ugledni in modri ljudje ter postavila precedenčno kazen za najhujše kršitve kodeksa medicinske etike in deontologije ter popolno odsotnost stroke: opomin.

Šele s temi dejanji je smrt našega sina postala resen problem slovenskih zdravnic in zdravnikov in ne le naše družine.

Tista dejanja so slovenske zdravnice in zdravniki preko zdravniške zbornice, namesto da bi jih označili za nedopustna in nedostojna slovenskega zdravnika, žal in nerazumljivo vzeli za svoja.

Javno smo spregovorili trikrat.

Prvič 26.11.2008, ko so postopki trajali že osem mesecev in nam je predsednik nekega odbora prostodušno dejal: »Amoniak so dali pregledati na svojo nesrečo!«

Drugič 30.6.2009, ko smo predsednici in članoma razsodišča II. stopnje javno zahvalili za človeški odnos in sporočili, da kljub simboličnim ukrepom le te sprejemamo. Novinarjev nismo vabili mi ampak zbornica. Umaknili smo se v svojo žalost.

Tretjič nedavno, ko nobeden od ukrepov še ni bil izvršen in je skupščina zbornice pohodila svoje razsodišče pa še lasten pravilnik.

Odziv javnosti ni posledica naših dejanj! Je posledica dejanj drugih. 12.3.2008 in potem.

Mi potrebujemo mir. Mir za žalost. Za ta mir smo prosili pred zasedanjem skupščine. Nismo verjeli niti, da so nam zdravnice in zdravniki zmožni povzročati dodatno bolečino z vrnitvijo v ponovno odločanje, kaj šele, da so pripravljeni storiti prav vse.

Dostojnost? Sram?

Slovenske zdravnice in zdravnike pozivamo, da preko skupščine zbornice razveljavijo nezakonit sklep in potrdijo ukrep svojega drugostopenjskega razsodišča o štirimesečnem odvzemu licence. Ukrep je mil in nesorazmeren tako z dejanji kot posledicami, vendar smo ga sprejeli. Sprejmite ga še vi.

V nasprotnem primeru je edina mogoča, a za vse vpletene muč-
na pot, ponoven postopek.

V tem ponovljenem postopku, ki se mora nujno pričeti s
ponovno presojo odbora za medicinsko strokovna vprašanja, si
dovolimo pričakovati nepristranske in dostojne postopke ter
delo tako odbora, kot tožilca ter naše pričanje, ki nam je bilo
kljub pisnim prošnjam v nasprotju s pravilniki onemogočeno.

Organi zbornice so si ves čas zatiskali ušesa pred dejstvi, pred
resnico. Ni nas želel poslušati odbor, ni nas želel poslušati
tožilec. Mi smo bili edini ob Boru. Mi vemo. Vse se je zožilo na
en sam izvid. Mi smo bili ob Boru. Sami. Skupščina ni želela
poslušati niti pravnikov zbornice, kaj šele članov razsodišča, ki
so poznali medicinska dejstva.

Zatiskanje ušes in oči je tudi trditev, da je »grdogovor« v javnosti
posledica nekakšnih zarot in subtilnih spletk. Zarote in spletke so
doma drugje. Ljudje potrebujejo in spoštujejo zdravnike. Spontan
odpor so sprožili nedostojni postopki in ravnanja posameznikov in
organizacije.

V teh mesecih smo preživeli člani družine spoznali različne
zdravnice in zdravnike.

Čudovite specialiste, ki zdravijo predvsem dušo, le obrobno
tisto, kar jim piše na vratih, sočutne, umirjene in modre, ki so se
za resnico in pravico pripravljali tudi javno izpostaviti in tudi
takšne, ki vsi zaripli postavljajo psihiatrične diagnoze kar preko
televizijskega ekrana...

Prvi so v veliki večini. V dobro vseh, ne morejo več molčati, pre-
našati sprenevedanja in laži.

Oglašajo se javno. Pišejo. Hvala!

Starosta strokovnjakov za vodenje velikih sistemov prof. dr.
Mitja Tavčar predlaga tri preizkuse etičnosti nekega ravnanja:

- na samemu sebi,
- na svojih bližnjih,
- na javnosti!

Ali bi ravnanje z našim Borom prestalo katerega koli od teh
preizkusov?

Ali bi postopki v zbornici prestali katerega koli teh preizkusov?

V Borovo smrt vpletene pa odvezujemo t.i. zdravniške molčeč-
nosti, če imajo kaj povedati v svoj zagovor, naj povedo.

Mogoče dobimo odgovor na vprašanje: Zakaj Zlatka, zakaj??

Umril je otrok. Naš Bor. Smrt otroka ni nekaj vsakdanjega, tudi
za zdravnika ne sme biti.

*Družina Nekrep - Hana, Tatjana, Matjaž in malo še Bor
Pragersko, 7.1.2010*

P.S.: ZZS zastopa odvetniška pisarna Zidar Klemenčič & Pen-
ko (vir npr. ISIS Julij 2009 str. 9).

Ista odvetniška pisarna zastopa zdravnico proti ZZS ter v
kazenskem postopku.

Če takšno prepletanje vlog ni nezakonito pa je vsaj nedostoj-
no. Pojasnjuje pa vsaj to, kako lahko odvetnik Penko brska po
omarah zbornice in išče natančno »tisti« dokument.

Po besedah dr. Mira Cerarja (osebna korespondenca, javni
nastopi) nezakoniti sklep skupščine nikakor ni mogel temeljiti
na njegovem pravnem mnenju, ostane le zasebno naročeno in
plačano pravno mnenje skupščini vsiljeno s strani družinskih
članov obravnavanih oseb.

Skodelica čaja

Bor bi prav lahko postal eden izmed neštevilnih vsakodnevnih
uspehov slovenskih zdravnikov, ki se odvijajo daleč od kamer in
časopisov. Kot tista deklica, ki jo je mamica pripeljala v bolnišni-
co z enako snovjo v krvi.

Kot nam je zaupala mamica, so ji v Ljubljani zmedeni in prestra-
šeni deklici najprej ponudili čaj. Že sladek čaj je omilil njene simp-
tome in stisko. Mirno so opravili preiskave in ustrezno ukrepali.
Infuzija. Deklica mirno živi. Kot bi moral Bor. 12.3.2008 bi bil že
pozabljen.

Vendar v Mariboru ne kuhajo čaja, imajo namreč pasove!

Uredniški odbor se je - sicer v nasprotju s svojo uredniško
politiko - po premisleku vseeno odločil, da v reviji Isis
objavi pismo družine Nekrep, naslovljeno na zdravnice in
zdravnike.

Revija Isis je strokovno glasilo Zdravniške zbornice Sloveni-
je, ki je namenjeno predvsem objavljanju člankov zdravnikov.
Objavo pisma družine Nekrep je torej treba razumeti kot
izjemo. Uredniški odbor z njo ne želi spodbuditi morebit-
ne nadaljnje razprave o tem primeru, ampak prizadetim
zgolj dati priložnost, da prikažejo svoje videnje tragičnega
dogodka.

Življenje teče in nič ne reče, samo nasmeh je bolj grenak

Maribor, 18. 1. 2010

Z veliko volje in še več veselja sem študirala medicino, zelo sem bila srečna, ko sem dobila specializacijo iz pediatrije. Ko sem bila usmerjena v intenzivno vejo pediatrije, sem se spraševala, ali bom zmogla. Ali bom zmogla delo, in še bolj, ali bom zmogla srečevanje s slabo novico, s katero se na intenzivnih oddelkih največ srečujemo. Kako bom slabo novico povedala staršem, kako jo bom povedala bolniku? Uspelo mi je.

Velikokrat mi je bilo zelo težko. Najtežje mi je bilo sporočiti nekemu dečku, da je v nesreči izgubil nogo. Bil je živahen fant, poln energije, povsod je tiščal svoj nos in ravno zato se mu je zgodila takšna tragedija. »Kako, le kako naj mu to povem?« sem se spraševala in poslednje pol ure še posedela v sobi in si vlivala pogum. Deček je novico sprejel presenetljivo dobro in kar v prvem pogovoru sva zaključila, da bo dobil novo nogo in bo z njo lahko hodil in tudi tekal.

Kot takrat, si vlivam pogum vsak dan, vedno znova in znova, odkar sem se srečala tistega večera z bolnikom s hiperamoniemijo. Vlivam si pogum, da grem v službo in opravljam delo, ki sem ga opravljala do takrat z velikim veseljem in zavzetostjo.

Skoraj dve leti bo minilo, kar sem center mržnje staršev, in več kot leto dni, kar sem najslabša zdravnica v Sloveniji. V medijskem linču sem ožigosana za morilko. Skoraj dve leti bo minilo, kar sem staršem pisno izrekla sožalje in obžalovala takšen potek bolezni. Skoraj dve leti, kar sem jim ponudila pomoč. Večkrat se sprašujem, ali je staršem pod krinko, da sem jaz vzrok smrti njihovega sina, res dovoljeno, da naredijo proti meni prav vse, česar se spomnijo?

Bolečina je nekaj intimnega, nekaj, kar je skrito javnosti in jo delim z redkimi. Ampak: ali imam jaz sploh pravico do bolečine? Ali imam pravico, da delam, da diham, da živim?

V težkem času, ki ga preživljam, imam veliko podpore pri večini lastnega stanu, pri sodelavkah, pri mnogih znancih, predvsem pa pri vsej svoji družini in soprogu, ki me podpirajo na vsakem koraku. Brez tega ne bi zmogla. In morda ne boste verjeli, tudi veliko mojih bolnikov oziroma staršev me podpira, poklicali so me, mi kaj napisali ali me celo obiskali na kliniki. Vsem HVALA.

Pa vendar in kljub vsemu, »nasmeh je vedno bolj grenak«.

Zlatka Kanič



Dosežen doktorski naslov na Medicinski fakulteti v Mariboru

Dr. **Damir Košutić**, dr. med.

Naslov: »Anatomske variacije perforatorjev medialne in lateralne suralne arterije: anatomska študija z ultrazvočno – Dopplersko primerjavo«

Mentor: prof. dr. Božena Pejković

Področje: medicinske vede

Zagovor: 11. 12. 2009

Čestitamo!

Opravljeni specialistični izpiti

Mihaela Car Matjašič, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 15. 12. 2009

Kristjan Černeka, dr. med., specialist ortopedske kirurgije, izpit opravil 15. 12. 2009

Barbara Dekleva, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 15. 12. 2009

Katja Diraka Rehak, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 15. 12. 2009

Asist. **Tadej Dovšak**, dr. med., specialist maksilofacialne kirurgije, izpit opravil 2. 12. 2009

Andrej Erhartič, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil s pohvalo 22. 12. 2009

Sonja Gruden, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 15. 12. 2009

Gordana Horvat Pinterič, dr. med., specialistka nevrologije, izpit opravila 9. 12. 2009

Simon Korošec, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil s pohvalo 8. 12. 2009

Rok Maček, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 15. 12. 2009

Ana Marinčič Boštjančič, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 15. 12. 2009

Anka Markelj, dr. med., specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravila s pohvalo 21. 12. 2009

Klemen Marovt, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravi 15. 12. 2009

Igor Mihajlović, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 15. 12. 2009

Rok Petrič, dr. med., specialist splošne kirurgije, izpit opravil s pohvalo 7. 12. 2009

Asist. **Janez Ravnik**, dr. med., specialist nevrokirurgije, izpit opravil s pohvalo 22. 12. 2009

Asist. mag. **Matjaž Sever**, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil s pohvalo 22. 12. 2009

Petra Skitek, dr. med., specialistka oftalmologije, izpit opravila s pohvalo 22. 12. 2009

Andreja Skok, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 15. 12. 2009

Barbara Skopec, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila 4. 12. 2009

Rok Stopar, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil 22. 12. 2009

Sunčana Marija Šegota Tomič, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 15. 12. 2009

Robert Šifrer, dr. med., specialist otorinolaringologije, izpit opravil 17. 12. 2009

Martina Terbižan Rupnik, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 15. 12. 2009

Asist. **Peter Zorman**, dr. med., specialist plastične, rekonstrukcijske in estetske kirurgije, izpit opravil s pohvalo 24. 12. 2009

Uladimir Butkevich, dr. med., specialist oftalmologije, izpit opravil 30. 12. 2009

Uredniški odbor vsem iskreno čestita.

Preprečevanje napak: trije pristopi za večjo varnost

Kjer se dela, prihaja do napak. Tudi v zdravstvu. Odločilno pa je, kako se napake obravnavajo in kako se jim je mogoče izogniti. V tem smislu dajeta Avstrijska zdravniška zbornica ter Zastopstvo pacientov zdaj nove pobude.

Na temelju raziskave Svetovne zdravstvene organizacije se na našem planetu vsako leto opravi 234 milijonov operacij. Ocenjuje se, da se pri sedmih milijonih pacientov zaradi operacije pojavijo zapleti. Polovici teh zapletov bi se bilo mogoče izogniti, seveda le, če bi bile pred tem ustvarjene ustrezne razmere. »Da bi se število napak zmanjšalo na kar najmanjšo mero, moramo v avstrijski medicini razviti ustrezno kulturo napak,« meni Artur Wechselberger, podpredsednik Avstrijske zdravniške zbornice, ki se poglobljeno ukvarja s to tematiko. »Hočemo odprto komunikacijo, tako da bi se iz spodrseljavev nekaj naučili. Le tako se bomo napakam v prihodnosti izognili.« K takšni kulturi napak sodi tudi, da zakonodajalec ustvari pogoje, da se zmanjša strah pred jamstvom. Avstrijska zdravniška zbornica (*ÖÄK*) in Avstrijska platforma za varnost pacientov (*Österreichische Plattform Patientensicherheit*) dajeta vrsto pobud za pomoč pri prodoru te nove varnostne kulture. V bistvu gre za tri težišča:

- novi sistem o napakah in učenju CIRSmedical.at (Critical Incident Reporting System), uveden na pobudo zdravniške zbornice;
- izboljšanje komunikacije med zdravnikom in pacientom po zapletu; za to si posebej prizadeva Platforma za varnost pacientov;
- varnost v operacijski dvorani, ki naj bi se povečala tudi z uporabo lastnega »seznama z odkljukanjem« (check-list) po mednarodnem zgledu (posebej SZO).

CIRSmedical je sistem za poročanje o kritičnih dogodkih v zdravstvu. Z njim je mogoče ugotoviti potencialne ter obstoječe napake v avstrijskem zdravstvu. Dogodke, ki zadevajo varnost, je mogoče anonimno vpisati. Ti dogodki so napake, skoraj-poškodbe, odkrita tveganja, kritični ali nezaželeni dogodki. Prijave o napakah zajemajo strokovnjaki Avstrijske družbe za utrjevanje kakovosti v medicini (*Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH – ÖQMed*) tako, da jih potem komentirajo strokovnjaki v najpomembnejših ustanovah zdravstva. Primarni cilj je prepoznati domnevna stanja tveganja ter skoraj-napake v organizacijskem poteku ter v komunikaciji. To je pomembno zato, ker vzrok za večino medicinskih napak niso napake zdravljenja, temveč napake v organizaciji.

Brigitte Ettl, načelnica Platforme za varnost pacientov, meni: »Pri napakah ne iščemo krivca, temveč analiziramo procese in določamo ukrepe in odločitve, da se te napake ne ponavljajo.«

Vir: *Österreichische Ärztezeitung* 23/24, 15. december 2009

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Zdravstvena oskrba: Avstrija spet pri vrhu

Pred kratkim objavljeni Euro Health Consumer Index (EHCI) 2009 je spet pokazal, da ima Avstrija enega najboljših zdravstvenih sistemov na svetu. Od 1000 možnih točk zaseda Avstrija s 795 točkami 4. mesto. Pred enim letom je bila na 3. mestu. Na vrhu seznama je Nizozemska (875 točk), sledita Danska (819 točk) in Islandija (811 točk). Visoko uvrstitev si je Avstrija prislužila predvsem znotraj naslednjih kategorij: pravice pacientov in informiranost, kratke čakalne vrste, dostop do zdravil.

EHCI je postal merski standard za evropsko zdravstvo; 33 nacionalnih zdravstvenih sistemov preverja na temelju 38 kazalcev, ki pokrivajo šest za paciente pomembnih območij: pravice pacientov in informacija, e-zdravje, čakalne vrste za zdravljenje, rezultati zdravljenja, ponudba in daljnosežnost ponujenih storitev, dostop do zdravil. Indeks je sestavljen na temelju kombinacij iz javnih statistik, anket med pacienti ter neodvisnih raziskav.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung* št. 19, 10. oktober 2009

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Matične celice iz električne vtičnice?

Znotraj zgodbe »25 let transplantacije srca v Avstriji« velja, da je bilo v zadnjih 25 letih 1138 takšnih presaditev. Razvoj pa zdravnike v kardiotorakalni kirurgiji, ki delajo na Medicinski univerzi Dunaj, priganja k iskanju alternativ. Namreč, še pred leti zanimiva metoda, prek katere se matične celice vnesejo v odmrlo področje infarkta srca, ni bila uspešna. Skladno s tem je bila prekinjena zadevna evropska študija.

Prof. Michaelu Grimmu in njegovi skupini, ki dela na AHK Wien pa je uspel korak v drugo smer: z električnimi sunki spodbuditi lokalne matične celice. Uvodni poskusi so bilo opravljeni na 180 podganah, ki so jim inducirali infarkt srca. Od te skupine je infarkt preživelo 120 živali. Slednjo so razdelili na dve skupini. Pri obeh je bil narejen obvod (bypass), vendar so pri eni skupini skozi infarcirano področje spustili 300 električnih sunkov (naprava *Cardio Gold*, izdelek firme MTS-Europe, Konstanz). Operacijo obvoda (bypass) je po štirih tednih preživelo 112 podgan, pri dveh podganah je nastal manjši reinfarkt. Šest oz. 14 mesecev kasneje so podgane žrtvovali ter proučili

njihova srca. Pri srcih, zdravljenih z električnimi sunki, se je črpalna funkcija srca popravila (+ 10 odstotkov), v infarciranem področju so nastajale nove žile in marker BNP (B-natriuretični peptid) se je popravil.

Nadaljnji poskusi v istem smislu so bili opravljeni na prašičih. Rezultat je bil enak. Tako je etična komisija dovolila enak pristop pri osmih pacientih, ki je bil uspešen. Zato se načrtuje preskus te vrste zdravljenja še na dveh pacientih. Če bo rezultat pri 10 pacientih spodbuden, bo sledila randomizirana raziskava. Pričakujejo, da bodo rezultati objavljeni po enem letu ali celo prej.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 19, 10. oktober 2009

Prevod in priredba: Marjan Kordaš



Rakennusliitto – primer dobre prakse spreminjanja prehranjevalnih navad

Pred dobrima dvema letoma je finski sindikat gradbenih delavcev napravil pogumen korak naprej. Odločil se je vložiti sredstva v dveletno kampanjo za izboljšanje prehranjevalnih navad gradbenih delavcev. Za vodenje kampanje so usposobili tri mlade gradbene delavce, ki so dobili nalogo obiskovati gradbišča in poklicne gradbene šole in informirati ciljno publiko o sestavi hrane in prehrabnih navadah, predvsem pa o tem, kaj je zdravo in kaj ne. V osnovi je kampanja ciljala na mlade delavce in dijake, vendar je kmalu postalo jasno, da so tudi starejši delavci zelo zainteresirani za te informacije. Preden so se ti trije mladi delavci (promotorji) odpravili na teren, so bili deležni intenzivnega štiritedenskega usposabljanja s področja nutricionistike in tehnike prezentacij. Dejstvo, da so to bili gradbeni delavci in ne profesionalni nutricionisti, se je izkazalo kot izjemna prednost v smislu vzpostavljanja zaupanja in pristnega stika s kolegi. Sindikat se je v kampanji povezal še s finsko zvezo potrošnikov, ki je predhodno opravila raziskavo o prehrabnih navadah finskih gradbenih delavcev. Rezultati so pokazali, da mnogo mladih gradbenih delavcev komaj kaj zaužije, preden se odpravijo na delo, enako pičila je malica na delovnem mestu – glavnina obrokov je skoncentrirana v večernem času. Poleg tega mladi delavci pojedjo veliko premalo sadja

in zelenjave glede na priporočene vrednosti – le eden od štirih poje dovolj tovrstne hrane dnevno. Za nameček se je neredko dogajalo, da so bili delavci, ki so imeli v svojih škatlah za malico sadje in zelenjavo, tarča posmeha kolegov. Omenjeni rezultati so predstavljali dovolj močna izhodišča za kampanjo, ki se je zaključila septembra preteklega leta.

Kampanja je pomembno pripomogla k izboljšanju prehranjevalnih navad ciljne populacije. V dveh letih so se promotorji srečali s kar 25.000 delavci in dijaki, 500 tistih, ki so jih promotorji obiskali najmanj dvakrat, pa je izpolnilo poseben vprašalnik. Pet od šestih anketirancev je poročalo o pozitivnih spremembah, in sicer najpogosteje o povečanju deleža sadja, zelenjave in jagodičevja v prehrani (59 odstotkov) in zmanjšanju deleža hitre prehrane (58 odstotkov). Večina (55 odstotkov) ima sedaj rednejše dnevne obroke hrane. Polovica anketiranih je zmanjšala vnos brezalkoholnih in energijskih napitkov, tretjina pa je odslej bolj pozorna na deklaracije prehrabnih izdelkov. Kampanja je bila nagrajena s strani finske zveze za srce za svoj prispevek k promociji boljšega zdravja na nacionalnem nivoju.

Vir: www.rakennusliitto.fi, 2. 9. 2009

Prevod in priredba: Neva Marušič

Minister za zdravje poddelil štiri nazive svetnik in en naziv višji svetnik

Minister za zdravje **Borut Miklavčič** je 23. decembra 2009 na podlagi ugotovitev Komisije za strokovna napredovanja o izpolnjevanju pogojev poddelil nove svetniške nazive. Naziv zdravstveni svetnik so tako pridobili: **mag. Eva Strgar**, univ. dipl. psih. (Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa), je pridobila naziv svetnice na področju javnega zdravja, **prof. dr. Irena Hočevar Boltežar**, dr. med., spec. otorinolaringologije (Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, UKC Ljubljana), je pridobila naziv svetnice s področja otorinolaringologije, **doc. dr. Marjan Zaletel**, dr. med., specialist nevrologije (Nevrološka klinika, UKC Ljubljana), je pridobil naziv svetnika s področja nevrologije, **prim. Ivan Vidmar**, dr. med., specialist pediater (Otroška kirurgija in intenzivna terapija, UKC Ljubljana), pa je pridobil naziv svetnika s področja pediatrije oziroma intenzivne terapije za otroke. Naziv višje svetnice za področje nevrologije je pridobila **prim. doc. dr. Bojana Žvan**, dr. med., specialistka nevrologije (Nevrološka klinika, UKC Ljubljana).

Komisija za strokovna napredovanja pri Ministrstvu za zdravje RS, ki jo vodi predsednik prof. dr. Milan Čizman, sestavljajo pa še prof. dr. Saša Markovič, višja svetnica, prof. dr. Helena Meden Vrtovec, višja svetnica, prof. dr. Alojz Gregorič, višji svetnik, in doc. dr. Zlatko Fras, je ugotovila, da je pet kandidatov izpolnilo pogoje za pridobitev nazivov. Kandidati za naziv svetnik so glede na Pravilnik o pogojih in postopku za pridobitev naziva svetnik ali višji svetnik dosegli vsaj 200 točk na treh področjih: strokovnem, pedagoškem in strokovno-raziskovalnem, na podlagi dopolnilnih meril pa so skupaj dosegli najmanj 800 točk. Le ena kandidatka pa je izpolnila tudi pogoje za pridobitev naziva višja svetnica, kar pomeni, da je dosegla vsaj 800 točk na vsakem od štirih delovnih področij – na strokovnem, strokovno-organizacijskem, pedagoškem in raziskovalnem področju.

Ministrstvo za zdravje RS

Na sliki z ministrom Borutom Miklavčičem z leve proti desni: mag. Eva Strgar, prim. doc. dr. Bojana Žvan, prof. dr. Irena Hočevar Boltežar, doc. dr. Marjan Zaletel



Normativi za delo zdravnika

Gordana Kalan Živčec, Bojana Beović, Mitja Košnik, Tonka Poplas Susič

Uvod

Predlogi za delovne normative za slovenske zdravnike na primarni in sekundarni ravni sta oblikovali delovni skupini, ki ju je imenovalo Ministrstvo za zdravje aprila in maja 2008. Pobuda Ministrstva za zdravje je izhajala iz novosprejetega zakona o zdravniški službi (ZZdrS-E), ki je izšel 30. maja 2008. Zakon v svojem 26. členu opredeljuje obseg zdravnikovega dela, določen s pogodbo o zaposlitvi, kot pogoj za sklepanje pogodb o dodatnem delu.

Kljub kratkoročnemu povodu za oblikovanje delovnih normativov za zdravnike na primarni in sekundarni ravni, navedenem v omenjenem zakonu, pa je skupina v začetku svojega dela razpravljala tudi o namenu normativov in o pristojnostih posameznih ravni upravljanja v slovenskem zdravstvu za njihovo oblikovanje in izvajanje. Med deležnike delovnih normativov za zdravnike nedvomno spadajo plačniki oziroma podpisniki Splošnega dogovora, to so poleg neposrednega plačnika, ZZZS, še Ministrstvo za zdravje in izvajalci, zdravstveni zavodi. Zaradi zagotavljanja kakovostne ravni zdravnikovega dela, ki vključuje strokovno ekspertizo in zagotavljanje varnosti bolnikom, pa so med deležniki zdravniških delovnih normativov gotovo tudi stanovske organizacije (zbornica) in tako imenovana »stroka«, organizirana kot civilna družba. Kakovostni in vzdržni normativi lahko nastanejo samo s soglasjem vseh omenjenih deležnikov.

Skupina za primarni nivo ni dosegla soglasja med člani skupine. Člani skupine so bili: mag. Stanko Pušnik, dr. med., Združenje zdravstvenih zavodov; Metka Petek Uhan, dr. med., direktorica ZD Ptuj; Mojca Gruntar Činč, dr. med., vodja Sektorja za preventivo in razvoj javnega zdravja, MZ; Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., generalni sekretar ZZZS; mag. Martin Toth, svetovalec generalnega direktorja ZZZS; Avgust Rebič, univ. dipl. prav., generalni sekretar, MZ; Marija Ilijaš Koželj, dr. med., članica ožjega regijskega odbora zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov ZZZS; prim. Gordana Kalan Živčec, predsednica ZZZS; Danijela Stanič, univ. dipl. prav., sekretarka v kabinetu, MZ.

Predlog, ki ga predstavljamo, je pripravil odbor za osnovno zdravstvo ZZZS in po usklajevanju s strokovnimi združenji SZD in pristojnimi RSK-ji za vse

osebne izbrane zdravnike primarne ravni (pediatre, spec. šolske medicine, spec. družinske/splošne medicine, ginekologe) sprejel skupni predlog. Če želimo bolnike obravnavati kakovostno in v skladu s priporočili ter povečati njihovo zadovoljstvo, ki je neposredno povezano tudi s časom obiska pri zdravniku, je maksimalni glavarinski količnik na izbranega zdravnika primarne ravni **1500 količnikov**. V tem so upoštewane vse razlike v številu in vsebini obravnave glede na starost bolnika in z njo povezane potrebe v obravnavi.

Viri

Podatki za področje družinske/splošne medicine so iz presečne študije o obremenitvah zdravnikov splošne medicine, ki je potekala v letih 2003/2004.

Podatki za otroke in mladostnike temeljijo na številu otrok od 0 do 6 let in od 7 do 19 let, na letni delovni obveznosti zdravnika ter na povprečju obiskov v ambulantah za obdobje 5 let (1998–2002) v pediatriji in šolski medicini.

S temi priporočili smo blizu večini priporočil v Evropi in tudi ZDA, čeprav pri nas odstopa število obiskov, ki jih opravi posamezni bolnik na leto na zdravnika – pri nas je večje kot drugod.

Sklep

Normativ za izbranega zdravnika na primarni ravni v obliki predlaganega količnika ima v prihodnosti, zlasti za področje družinske medicine, namen vpeljati nov način vsebine dela, in sicer celovito skrb za bolnika, česar do sedaj na primarni zdravstveni ravni še nismo izvajali. Za tak način dela so trenutno časovni normativi neznanka, vpeljevali jih bomo hkrati z vsebinskimi kazalniki obravnave bolnikov, ki so že v nastajanju. V obdobju do tega kakovostnega premika (od 5 do 7 let) pa predlagamo časovna priporočila za lažjo organizacijo in načrtovanje dela, ki temeljijo na dosedanjem načinu dela in storitev.

Čas obiska je odvisen od vsebine obravnave

Ambulanta: družinska/ splošna medicina

V tabeli so prikazane vrste obiska in njihovi povprečni časi in so namenjeni le kot priporočilo za organizacijo ambulantnega dneva

	povpr. čas (min)
prvi pregled za akutno bolezen	12 min
prvi pregled za kronično bolezen	15 min
ponovni pregled za akutno bolezen	9 min
ponovni pregled za kronično bolezen	12 min
predoperativni pregled	16 min
preventivni pregled	18 min
predpis Rp	4 min
administrativni	4 min
pogovor s svojci	10 min
telefonski posvet	5 min
hišni obisk	55 min
nujni pregled v ambulanti	18 min
nujni pregled na terenu	73 min
posegi	12 min
mrliški pregledi	44 min
pregledi na zahtevo policije	29 min

Ambulanta: pediatrija

Kurativa:

prvi kurativni	12 min
ponovni kurativni	8 min
posveti, problemi	20 min
posegi	15 min

Preventiva:

sistematika	20 min
namenski po sistematičnem	10 min
namenski v 2. mesecu	10 min
namenski pred cepljenjem	10 min
namenski – VVZ	10 min
namenski – zdravstvena kolonija	10 min
namenski – zdraviliško zdravljenje	15 min

Ostalo:

administrativni in kratki obiski, delo z vrstci in z dokumentacijo za populacijo, nasveti po telefonu

Ambulanta: šolska medicina

Kurativa:

prvi kurativni	12 min
ponovni kurativni	8 min
posveti, problemi	20 min
posegi	15 min

Preventiva:

sistematika	20 min
namenski po sistematičnem	10 min
namenski pred cepljenjem	10 min
namenski z MPS	10 min
namenski pred letov. + ostalo	10 min
tim – novinci	30 min
tim – MPS	30 min
tim – težavni	30 min

Ostalo:

administrativni in kratki obiski, telefonsko svetovanje

Ambulanta: ginekologija na primarni ravni

- za strokovno opravljen ginekološki pregled pri specialistu iz ginekologije in porodništva je povprečni minimum 15 minut
- za strokovno opravljen pregled nosečnice je povprečni minimum za prvi pregled 20 minut, ponovnih pregledov 15 minut
- za strokovno opravljen pregled dojk z namenom svetovanja minimum 10 minut

Sekundarni/terciarni nivo

Avtorji predloga

Prof. dr. Bojana Beović, dr. med., doc. dr. Zlatko Fras, dr. med., prof. dr. Aleksandra Markovič Predan, dr. med., višja svetnica, Damjan Polh, dr. med., prim. Janez Remškar, dr. med., asist. Valentin Sojar, dr. med., Milan Soršak, univ. dipl. ekon., Danijela Stanič, univ. dipl. prav., mag. Martin Toth, dr. dent. med., Darko Žiberna, dr. med.

Viri

Delovna skupina je v začetku svojega dela opravila analizo možnih virov, ki bi lahko služili kot izhodišče za oblikovanje normativov za zdravnike na sekundarni ravni v Sloveniji. Za podatke o normiranju zdravniškega dela smo zaprosili ministrstva za zdravje v drugih državah Evropske unije. Poleg tega smo pregledali vse dostopno dosedanje delo v Sloveniji na tem

področju: dosedanje predloge razširjenih strokovnih kolegijev, rezultate ankete Združenja zdravstvenih zavodov iz leta 2007, bazo podatkov ZUBSTAT, ki jo vodi Inštitut za varovanje zdravja, in Področni dogovor 2007. Enega najpomembnejših virov so predstavljali dokumenti britanskih Royal College of Physicians, Royal College of Surgeons in Royal College of Paediatricians, ki so dostopni na spletnih straneh. Za pomoč pri oblikovanju izhodišča za normative smo zaprosili več slovenskih bolnišnic, ki so nam posredovale podatke o številu in vrsti opravljenih storitev glede na število zdravnikov in časovno enoto.

Sklep

Delovna skupina je oblikovala predloge za normative za psihiatrijo, operativne in neoperativne stroke, vključno z interno medicino, infektologijo, nevrologijo, dermatologijo in pediatrijo. Poudariti gre, da gre zaenkrat za razpored dela, o vsebini in časovnih normativih (koliko posegov, bolnikov itd. na časovno enoto) pa bo potreben konsenz posameznih strok. Vrednosti, navedene v predlogu, so orientacijske. Predlogi so bili v javni razpravi v vseh bolnišnicah v Sloveniji, ki izvajajo sekundarno zdravstveno varstvo. Normativi predstavljajo oporo za razporejanje dela na bolnišničnih oddelkih in so orodje za oceno, ali zdravnik v zadostnem obsegu opravlja delo, dogovorjeno s kolektivno pogodbo.

Pri pripravi izhodišča za kirurške in neoperativne stroke smo se oprli na britanski model tedenske delitve dela.

Predlagamo delitev delovnega tedna na 10 delovnih enot (DE): po dve DE dnevno, 1 DE pomeni 4 ure. Predlagana delitev delovnega tedna na DE predstavlja verjetno najboljšo možnost optimalnega razporejanja delovnega časa zdravnikov v specialistični zdravstveni dejavnosti, saj predstavlja možnost ohranjanja prepotrebne kontinuitete pretežne zdravstvene oskrbe bolnikov na bolnišničnih oddelkih s strani enega zdravnika (osebni/lečeči zdravnik). Zdravnik specialist lahko ob tako organiziranem delovnem času kljub opravljanju različnih dejavnosti/storitev skrbi za bolnike, ki jim je dodeljen, večino časa njihove hospitalizacije.

Normativi, ki jih v tem trenutku lahko predlagamo, predstavljajo oporo za razporejanje dela na bolnišničnih oddelkih in so orodje za oceno, ali zdravnik opravlja delo, dogovorjeno s kolektivno pogodbo, v zadostnem obsegu.

Zmanjšanje normativa

Pri predstojnikih oddelkov se delovni normativ lahko zaradi časa, potrebnega za vodenje, zmanjša za 20 odstotkov.

Specializant, ki dela samostojno (po treh letih), ima normativ zmanjšan za 25 odstotkov.

Zdravnik, ki dela kot neposredni mentor, ima normativ zmanjšan za 12 odstotkov.

Zdravnik, ki dela na terciarni ravni, ima normativ zmanjšan za največ 30 odstotkov (vključno z neposrednim mentorstvom).

Zmanjšanje delovnega normativa pomeni zmanjšanje količine opravljenega dela in ne skrajšanja prisotnosti na delovnem mestu.

Operativne stroke

Pri pripravi izhodišča smo se oprli na britanski model tedenske delitve dela.

	Vrsta dejavnosti	Število delovnih enot	Število delovnih ur
1.	Delo v operacijski dvorani	*	6,5–13
2.	Ambulantno delo ali	do 3,5	do 14
3.	Ambulantni in drugi posegi ali funkcionalna diagnostika ali		
4.	Konziliarna služba**		
5	Delo na oddelku vključno z administracijo	1 do 2	4–8
6.	Vzdrževanje in izboljšanje kakovosti: analiza dela, priprava in analiza kazalnikov kakovosti, notranji nadzor, izobraževanje, strokovni in organizacijski sestanki***	2,5	10
	Skupaj	10	40

*pri pripravi predloga normativa za kirurške stroke smo upoštevali tarifni del Kolektivne pogodbe in posebne pogoje dela, ki jih omenja Kolektivna pogodba. Posebni pogoji dela se v kirurških strokah razlikujejo glede na 6,5 oziroma 13 ur dela v operacijski dvorani. Zato tu ne navajamo števila delovnih enot

**konziliarni pregled traja 30 minut

***v ta čas spada tako imenovana 1 ura priprave na delo na dan in pol ure za malico, ki je po zakonodaji vključena v 8-urni delovni čas

Tedenski model dela je fleksibilen, zdravnik ali stroka, ki določenih storitev ne opravlja, opravlja več drugih storitev.

Tedenski normativ opravi zdravnik v 33 tednih na leto, če zdravnik dežura in odhaja po dežurni službi domov, oziroma v 42 tednih, če zdravnik ne dežura. Preračun je narejen po modelu slovenske vzorčne bolnišnice, treba ga je preveriti.

Ad 1) Pri kirurških posegih smo se odločili, da normativ predstavlja čas, za katerega je zdravnik razpisan (in je delo tudi opravil) kot prvi operater ali asistent v operacijski dvorani. Gre za operacije pri hospitaliziranih bolnikih in bolnikih v enodnevni bolnišnici.

Za normiranje števila operacij se zaradi velike raznolikosti posegov zaenkrat nismo odločili, predlagamo pa, da posamezne kirurške stroke začnejo zaradi organizacije dela v zdravstvu v prihodnje in razvoja kadrov razvijati priporočila o trajanju posameznih posegov. Glede na priporočila Royal College of Surgeons iz Velike Britanije in podatke bolnišnic v Sloveniji bi bilo povprečno število operacij na zdravnika približno 200 na leto. Predlagano število je orientacijsko in je po posameznih strokah različno.

Ad 2) Ambulantno delo se deli na prve obiske in ponovne obiske. Prvi obiski naj trajajo 20 minut, ponovni pregledi pa od 10 do 15 minut, posebej se beleži ambulantne kirurške posege.

Število ambulantnih obiskov je različno, odvisno od časa, ki je tedensko na razpolago za ambulantno delo, glede na britanske podatke cca 1000 ambulantnih obiskov na leto na zdravnika.

Ad 3) Zaradi raznolikosti ambulantnih posegov in funkcionalne diagnostike ni mogoče preprosto določiti časovnih normativov in s tem povezanega števila storitev. Po drugi strani vemo, da je točkovni sistem zastarel, ne vključuje vseh sodobnih storitev in delo pogosto časovno podceni. Normiranje tega segmenta dela z določitvijo časovnega normativa morajo pripraviti posamezne stroke, ki poznajo svojo dejavnost, skupaj z ministrstvom za zdravje, zdravniško zbornico in sindikati.

Ad 4) Konziliarni pregled naj traja 30 minut.

Ad 5) Za sprejem in odpust predlagamo po 20 minut, za vizito pa 5 min na dan za bolnika.

Ad 6) Vsak zdravnik specialist mora imeti dovolj časa za administracijo, strokovne sestanke in analizo svojih rezultatov, ki je del vodenja kakovosti. V vodenje kakovosti sodi še zbiranje podatkov za kazalnike kakovosti, analizo kazalnikov, spremljanje smernic, sodelovanje v notranjih nadzorih, varnostne vizite ipd. Dovolj časa je treba zagotoviti tudi za vodenje oziroma organizacijo dela, strokovne sestanke in sprotno učenje ter poučevanje. V Sloveniji je zakonsko določen v 40-urnem delavniku tudi polurni odmor za malico na dan.

Neoperativne stroke

	Vrsta dejavnosti	Število delovnih enot	Število delovnih ur
1.	Delo na bolnišničnem oddelku	2,5	10
2.	Klinična administracija	1,5	6
3.	Ambulantno delo	3,5	do 14
4.	Ambulantni in drugi posegi ali funkcionalna diagnostika ali		
5	Konziliarni pregledi *		
6.	Vzdrževanje in izboljšanje kakovosti: analiza dela, priprava in analiza kazalnikov kakovosti, notranji nadzor, izobraževanje, strokovni in organizacijski sestanki**	2,5	10
	Skupaj	10	40

* 30 min za pregled

**v ta čas spada tako imenovana 1 ura priprave na delo na dan in pol ure za malico, ki je po zakonodaji vključena v 8-urni delovni čas

Tedenski model dela je fleksibilen, zdravnik ali stroka, ki določenih dejavnosti ne opravlja, opravi več drugih storitev.

Predpisan tedenski obseg dela zdravnik opravi v povprečju v 42 tednih letno, če opravlja delo v dežurni službi, pa se normativ zmanjša sorazmerno časovnemu deležu dežurstev oz. številu dni, ko zdravnik po dežurstvu odide domov (izračun za kirurške stroke v bolnišnici, ki nam je služila za model, pokaže, da je to 33 tednov).

Ad 1) Delo na bolnišničnem oddelku: zdravnik specialist kontinuirano skrbi v povprečju za 7 do 10 ležečih bolnikov (skupno število v povprečju 120 minut na dan).

Ad 3) Ambulantno delo: število opravljenih pregledov glede na časovni normativ po obsegu (povprečno 2,5 pregleda na uro oz. 8 pregledov na DE). Tak normativ velja za povprečne internistične preglede, po terminologiji bodisi prvi/ponovni ali celotni/razširjeni. V kolikor predstavljajo znaten del obremenitve lokalni pregledi (npr. kontrolni pregledi v ambulantah za antikoagulacijsko zdravljenje oz. diabetoloških ambulantah), se delovni normativ ustrezno zviša – lokalni pregled traja 1/3 časa celotnega pregleda. Pri določenih specialnostih je možno, da je specialistični pregled tudi daljši (v nekaterih primerih pri nevrologiji in pediatriji).

Ad 4) Zaradi raznolikosti ambulantnih posegov in funkcionalne diagnostike ni mogoče preprosto

določiti časovnih normativov in s tem povezanega števila storitev. Po drugi strani vemo, da je točkovni sistem zastarel, ne vključuje vseh sodobnih storitev in delo pogosto časovno podceni. Normiranje tega segmenta dela z določitvijo časovnega normativa morajo pripraviti posamezne stroke, ki poznajo svojo dejavnost, skupaj z ministrstvom za zdravje, zdravniško zbornico in sindikati.

Ad 5) Konziliarni pregledi: v primeru, da zdravnik opravlja konziliarno delo, se število opravljenih pregledov časovno sorazmerno odšteje od normativa za ambulantno delo oz. ambulantno delo/diagnostika/intervencije.

Ad 6) Vsak zdravnik specialist mora imeti dovolj časa za administracijo, strokovne sestanke in analizo svojih rezultatov, ki je del upravljanja in izboljševanja kakovosti. V slednje sodi še zbiranje podatkov za opredeljevanje kazalnikov kakovosti, njihovo analizo, spremljanje smernic in priporočil, sodelovanje v notranjih nadzorih, varnostne vizite itd. Dovolj časa je potrebno zagotoviti tudi za vodenje oz. organizacijo dela, strokovne sestanke in sprotno učenje ter poučevanje.

Predlog tedenskega delovnega normativa za psihiatrijo

	Vrsta dejavnosti	Število ur
1.	Vizita pri hospitaliziranih bolnikih	5
2.	Ambulantno delo	6
3.	Sprejemi v bolnišnico	4
4.	Individualno delo s pacienti	8
5.	Delo s svojci: informacije, podpora, izobraževanje, psihoterapija	4
6.	Delo s timom in načrtovanje obravnave	3
7.	Delo v skupinah	2
8.	Konziliarni pregledi*	
9.	Analiza dela, kakovost (kazalniki kakovosti – zbiranje podatkov, analiza, notranji nadzor, smernice), strokovni in organizacijski sestanki, izobraževanje, sestanki in opravila na podlagi Zakona o duševnem zdravju in Zakona o pacientovih pravicah, to je opravila z odvetniki, sodniki in zagovorniki**	8
	Skupaj	40

*konziliarni pregledi, če zdravnik to delo opravlja, 30 minut na pregled

**v ta čas spada tako imenovana 1 ura priprave na delo na dan in pol ure za malico, ki je po zakonodaji vključena v 8-urni delovni čas

Ad 1) Čas, namenjen viziti hospitaliziranih pacientov: 5 ur tedensko pri 12 hospitaliziranih bolnikih sočasno.

Ad 2) Ambulantno delo: 6 ur tedensko; prvi pregledi trajajo v povprečju 1 uro, ponovni povprečno pol ure, psihoterapevtska obravnava pa 1 uro (upoštevaje, da psihoterapijo lahko izvajajo le zanjo usposobljeni psihiatri).

Ad 3) Sprejemi v bolnišnico ali urgentno ambulantno: 4 ure tedensko; povprečni čas pregleda je 1 ura.

Ad 4) Individualno delo s pacienti: 8 ur tedensko.

Ad 5) Delo s svojci (informacije, podpora, izobraževanje, psihoterapija): 4 ure tedensko.

Ad 6) Delo s timom: sodelovanje in načrtovanje obravnave (psihiatrični tim je sestavljen iz psihiatra, diplomirane medicinske sestre, srednje medicinske sestre, delovnega terapevta, socialnega delavca in pedagoga): 3 ure tedensko.

Ad 7) Delo v skupinah (uporablja se za različne psihoterapevtske in svetovalne tehnike; velikost skupin: 5–20 pacientov): 2 uri tedensko.

Ad 8) Konziliarni pregledi, če zdravnik to delo opravlja, 30 minut na pregled.

Ad 9) Čas, rezerviran za analizo dela, kakovost (kazalniki kakovosti – zbiranje podatkov, analiza, notranji nadzor, smernice), strokovne in organizacijske sestanke, izobraževanje, sestanke in opravila na podlagi Zakona o duševnem zdravju in Zakona o pacientovih pravicah, to je opravila z odvetniki, sodniki in zagovorniki: 8 ur tedensko.

Tedenski model dela je fleksibilen, zdravnik ali stroka, ki določenih storitev ne opravlja, opravlja več drugih storitev. Pri oceni psihiatrovega dela je treba upoštevati tudi kazalce kakovosti in zahtevnosti obravnav, saj so te glede na psihopatologijo in potrebe pacientov izjemno različne.

Tedenski normativ opravi zdravnik v 33 tednih na leto, če zdravnik dežura in odhaja po dežurni službi domov (glej zgoraj), oziroma v 42 tednih, če zdravnik ne dežura.

Nekaj misli na pot reformi zdravstva

Berta Jereb

Predsednik ZDA Barack Obama uvaja zdravstveno reformo. Tam 40 milijonov ljudi nima zdravstvenega zavarovanja. Država je poskrbela z zavarovanjem revnih, bogati si lahko plačujejo bodisi zavarovanje ali pa stroške zdravljenja, če zbolijo. V težavah je srednji sloj, ki mu je na voljo, da se odloči za zavarovanje ali ne. 40 milijonov se jih za to ni odločilo, če zbolijo, so stroški lahko tako visoki, da presegajo vse njihovo premoženje. To je seveda hud problem, ki naj bi ga reforma rešila. Drug problem je, da so stroški zdravstva narasli tako, da so tudi za bogato državo postali neobvladljivi. Vzroki za prvo težavo so pač v tem, da ljudje niso pripravljeni poskrbeti zase, zato naj bi skrb za njihovo zdravje prevzela država. Vzroki za prekomerno naraščanje stroškov zdravstva so bolj zapleteni. Upor proti reformi je hud, Američani na splošno nimajo radi, da zanje skrbi država, tistim, ki služijo na račun bolnikov, pa ne odgovarjajo ukrepi, ki bi jim znižali dobiček.

Tudi v Sloveniji se pripravlja reforma zdravstvenega sistema. Skupna nam je težava, da stroški zdravstva preveč naraščajo. Obvezno smo zavarovani vsi. Začeli smo že uvajati sistem, ki bi omogočil bolnikom izbiro vsaj deloma plačati stroške svojega zdravljenja ali pa čakati, da pridejo na vrsto v sistemu obveznega zavarovanja. Čakanje je v nekaterih primerih predolgo in lahko škodljivo, ljudje pa štejejo za svojo pravico, da se zdravljenje uvede takoj, ko se pokaže za to potreba, tudi če ni akutna, in da ni prav, da si takojšnje zdravljenje lahko privoščijo le tisti, ki imajo denar, da si ga plačajo neposredno iz svojega žepa. Čeprav ti »samoplačniki« razbremenijo državno blagajno in skrajšajo čakalne vrste.

Kako se bodo v ZDA spopadli s skoraj neobvladljivimi stroški zdravstva, bomo kmalu videli, zakon o reformi so že sprejeli, kako bo to šlo pri nas, pa še ni čisto jasno. Ker sem mnogo let delala v obeh sistemih (in še tretjem, švedskem), naj mi bo dovoljeno na glas premišljati o problemih našega zdravstva.

Zdravstvo je, malo poenostavljeno, na eni strani bolnik ali potencialni bolnik, na drugi zdravstveno osebje, zdravniki, sestre, tehniki itd., vmes pa vse tisto, kar tvornice odnose med tema dvema omogoča, olajša in pospešuje: organizacija, ustanove, bolnišnice, inštituti, oprema, aparati, instrumenti in predvsem finance. Vse to služi izboljšavi odnosov med zdravstvenim osebjem in bolniki, napredku v stroki in boljšim rezultatom – več in boljše ozdravljenih bolnikov. Reforma je smiselna, če deluje

v tej smeri. Pri nas v Sloveniji imamo kar dober sistem javnega zdravstva, ki za manj kot polovico denarja opravi približno enako delo kot npr. nemški, cenejši je pa v glavnem zaradi nižjih plač. Očiten namen predlagane reforme je varčevanje denarja pri nudenju medicinske pomoči. Tu preži nevarnost, kajti od nekdaj vemo, da je najcenejše zdravstvo tisto, ki je kakovostno, in da slaba medicina drago stane bolnika in državo – podaljšanje zdravljenja, zapleti, invalidnost, da ne govorim o nepotrebnih smrtih.

Ukrepi, ki bi lahko poslabšali kakovost dela zdravnikov, bi gotovo imeli prav nasproten učinek od pričakovanega. Predpisi, ki bi silili zdravnike k v naprej predpisanemu ravnanju v posameznem primeru, ki bi mu omejevali čas z bolnikom, ki bi ga silili, da premišlja o denarju, ne o bolniku, lahko povzročijo nevaren padec kakovosti medicinske pomoči in s tem njeno podražitev namesto pričakovanega varčevanja. Priložnost za tako potrebno varčevanje vidim ravno v dviganju kakovosti naše medicine, za to pa bi res morali spremeniti to in ono. Začeni seveda pri medicinski fakulteti, ki pošilja v svet diplomante komaj ali sploh ne zmožne samostojnega dela z bolniki. Ti diplomanti rabijo tudi še do 10 let, preden so dovolj trdni v svoji stroki, da samostojno in suvereno ukrepajo pri bolniku. Produktivna doba slovenskega zdravnika, ob razmeroma zgodnjih upokojitvah zlasti pri ženskah, se tako pomembno skrajša in prispeva k že tako občutnemu pomanjkanju zdravnikov. Podobno velja za medicinske sestre. Sledita naglica, preobremenjenost in pomanjkanje časa za izobraževanje in posvetovanja s kolegi, kar vse gre na račun kakovosti. Pretiran poudarek na finančnih vidikih zdravstva, ki ga vsi doživljamo zadnje čase, lahko sčasoma ogrozi drugo plat zdravstva, ki je tudi bistvena – njegovo človečnost, sočutnost in razumevanje. Obstojajo resne psihološke študije o vplivu nenehnih opozoril finančne narave na stroko. Ljudje postanejo sebični, ne sodelujejo več, to pa je v popolnem nasprotju z dobro medicinsko prakso.

Novi metode, diagnostične in terapevtske, ki večinoma prihajajo od zunaj, se sicer uvajajo pri nas, le redko pa jih spremljajo lastne študije o njihovi uporabnosti, indikacijah in uspešnosti – zamujamo prilike, da si ustvarimo lastno znanje in izkušnje, da bi te, dostikrat drage metode uporabljali smotno. Zaenkrat se dokaj pogosto uporabljajo »defenzivno«, češ, da mi ne bodo nekoč morda na sodnji očitani, zakaj nisi storil še tega in tega,

pa tudi »za vsak slučaj«, morda pa le kaj pokaže ali pa se bo nekaj bolje videlo (pa še vedno ne bomo vedeli, kaj tisto »nekaj« je). K tej defenzivnosti nemalo pripomore odnos javnosti, verjetno tudi preko medijev, do zdravniške stroke, ki se je opazno razvil v zadnjem času. Vse to po nepotrebnem povečuje stroške, ki jih hočemo omejiti.

Kakovosti zdravstva prav gotovo ne prispeva težnja s strani države, potisniti zlasti zdravnike na nivo državnih uradnikov, jih narediti ubogljive in jim kar se le da vzeti samostojnost odločanja. Država kakor da noče, da bi zdravniki mislili in vodili razvoj, ampak naj sledijo predpisom »od zgoraj«. To se mi zdi zanesljiva pot v pod-povprečno, neučinkovito in v končni posledici za državo predrago zdravstvo. Si res želimo nazaj v čase »plavih kuvert«, ki so utirale pot do zakonitih pravic in dobrih zdravnikov? Koliko mladih ljudi se bo v tem vzdušju še odločalo za poklic zdravnika ali medicinske sestre? Koliko teh strokovnjakov, ki jih že zdaj primanjkuje, nam bo manjkalo v bodoče?

Zdi se mi, da načrtovana stroga ločitev javnega od zasebnega zdravstva nima možnosti za kakšen pozitiven rezultat. Zasebniki razbremenjujejo sistem javnega zdravstva in njegovo blagajno. Načrtovana prepoved zdravnikom, da bi delovali v obeh sistemih, pa bi pomenila strokovno nazadovanje zasebnikov, ki bi izgubili stik z vrhunskimi klinikami in instituti, to pa ne bi bilo dobro. Namera še najbolj diši po tisti slovenski: »Dobri Bog, daj da sosedu koza crkne.«

Pa še nekaj o zdravnikovi odgovornosti. Že skoraj 20 let deluje pri Zdravniški zbornici Slovenije razsodišče, ki se ukvarja s strokovnimi in etičnimi prekrški zdravnikov. Glavni namen razsodišča je trojen: zaščita bolnika in zdravnika ter priložnost, da se iz storjene napake vsi kaj

naučimo. Svoje postopke in sklepe razsodišče objavlja v glasilu zbornice Isis. Postopek lahko sproži vsakdo, treba se je le obrniti na zbornico. Iz lastnih izkušenj lahko povem, da deluje popolnoma neodvisno, čeprav včasih nekoliko okorno, birokratsko. V začetku so mu burno nasprotovali nekateri zdravniki, verjetno, ker so se počutili ogrožene v svoji vlogi vrhovnih avtoritet. Ustanavljanje novih nadzornih organov z istimi nalogami, ki jih menda načrtuje ministrstvo za zdravje, se mi zdi nepotrebno in potratno. Če je res, kar se očita razsodišču zbornice, da namreč vrana vrani ne izkljuje oči, potem ne vem, kje bo ministrstvo dobilo nevtralne razsodnike. O strokovnih napakah v zdravstvu vendarle lahko sodijo le strokovnjaki. Če je to odločanje javno, objavljeno v reviji Isis prej kot v rumenem tisku, bo zagotovljena pravičnost. Takšna odprtost je tudi najboljša možnost, da se ohrani ugled zdravništva. Le odprtost in pravičnost lahko vzpodbujata zaupanje bolnika do zdravnikov in njihovih organov. Potrebno bi bilo malo razrahljati sedanja toga pravila razsodišča zdravniške zbornice. Od medijev pričakujem, da večkrat kot negativno pokažejo tudi pozitivno plat našega zdravništva. Ne le njihovo vrhunskost, ampak tisto odgovornost in človečnost, ki jo velika večina vsak dan izkazuje pri svojem delu.

Kakovost v našem zdravstvu že več kot 10 let ugotavlja in spremlja podrobno zastavljen program zbornice in res ne vidim potrebe, da bi ministrstvo s svojim uradom za kakovost začelo spet vse znova. Skratka, potrebno bi bilo vzpostaviti neko mero zaupanja in spoštovanja med ministrstvom za zdravje in zbornico, pa bi marsikaj šlo lažje. Kakovost, odprtost in pravičnost, kot sem že dejala, pa je edina možnost, da se slovensko zdravstvo obdrži na nogah. Nič drugega ne bo pomagalo.

Čudeži, ki jih naredijo prijazen stisk roke, topel pogled in pogovor

Mojca Senčar

Pravkar je minilo petinštirideset let od takrat, ko sem začejala svojo zdravniško pot kot anesteziistka na Onkološkem inštitutu v Ljubljani. Kot mlada diplomantka sem bila prepričana, da bom, z znanjem medicinske fakultete in z veliko željo pomagati bolnikom, takoj sposobna prevzeti zdravljenje zaupanih mi bolnikov. Pa so že prvi meseci mojega dela prinesli – veliko razočaranje!

Že res, da sem bila oborožena z najnovejšimi spoznanji medicine, le malo znanja pa sem imela o bolniku kot človeku, o njegovih psihičnih stanjih, o stiskah tako bolnikov kot njihovih svojcev v času pred zdravljenjem, med njim in po njem. Zato je že na začetku v ospredje mojega dela in zanimanja stopilo vprašanje, kako se približati bolniku, da spregovori o svojih strahovih, o svojih pričakovanjih pri zdravljenju bolezni

in po njem? Iskanje odgovora ni bilo enostavno in kar nekaj časa je minilo, da sem se naučila, da je vsak bolnik zgodba zase. V težki preizkušnji boleznij je ranjen in ranljiv. Spoznala sem, da se moraš kot zdravnik vsakemu bolniku približati njegovemu počutju primerno. Med bolnikom in zdravnikom se mora stikati poseben, zaupljiv in spoštljiv odnos. Zdravljenje bo le tako uspešnejše za bolnika in v zadovoljstvo tudi zdravnika.

Po sedemnajstih letih dela na Onkološkem inštitutu, ko sem že dodobra spoznala stiske in težave bolnikov z rakom in njihovih svojcev, sem za rakom dojk zbolela sama. Tako sem tudi sama postala bolnica. Na svoji koži sem občutila stiske bolnikov: bližino smrti, strah pred trpljenjem, skrb za družino in otroke. Po vrnitvi na delo sem še veliko bolj razumela težave bolnikov, saj sem bila ena izmed njih.

Zato sem po upokojitvi, pred devetimi leti, postala aktivna zagovornica bolnikov. Prevzela sem vodenje slovenske Europe Donne. Ker sem bila toliko let v zdravstvu, ker sem doživela, kako je biti zdravnik in tudi bolnik, sem bila prepričana, da dobro poznam probleme bolnikov. Pa sem šele v teh zadnjih letih zares spoznala številne njihove težave.

Kakšna so pričakovanja današnjega bolnika od zdravstvenega sistema: od izbranega zdravnika do zdravstvenih institucij, da ne omenim dostopnosti do zdravljenja in čakalnih vrst? Predstavila bom najpogostejše pripombe bolnikov o delu zdravstvenega sistema, s katerimi se srečujem pri zagovorništvi. Gre torej za doživljanje odnosa med bolnikom in zdravnikom, kot ga opisujejo bolniki, pri čemer bi rada poudarila, da je marsikateri bolnik zadovoljen z delom zdravnikov in jim izraža pohvale in zahvale. Vendar na tem mestu želim izpostaviti nezadovoljstva, pripombe, ki so, žal, še vedno številne.

Prav gotovo je največ pripomb na komunikacijo med bolnikom in zdravnikom pa tudi drugimi zdravstvenimi delavci. Večina zdravstvenih delavcev se ne zaveda dovolj, da je današnji bolnik vse bolj osveščen o svojih pravicah, o svoji bolezni. Da želi biti na razumljiv način natančno obveščen o vseh diagnostičnih postopkih, o možnostih in načinih zdravljenja in celostni rehabilitaciji. Da ima pravico do drugega strokovnega mnenja. Zdravstveni delavci se premalokrat zavedajo, da so številni bolniki, posebno tisti, ki zbolijo zdravi, zelo prizadeti, ranjeni in ranljivi. Zato lahko že nekoliko bolj površno komunikacijo sprejemajo kot neprijaznost. Prav tako si lahko po svoje razlagajo tudi govorico telesa. Zdravniki premalokrat pomislijo, v kakšnem strahu živi bolnik, ko čaka, da bo izvedel, ali ima resno kronično bolezen ali ne. Prijazen stisk roke, topel pogled in občutek, da je ta hip zdravnik tam s svojim znanjem samo zanj, delajo čudeže. Bolnik se ne počuti kot številka. Počuti se varnega in veliko lažje se bo spoprijel z boleznijo. Lažje se bo aktivno vključil v zdravljenje, ki bo zato uspešnejše.

Danes je uspešno zdravljenje kroničnih bolezni multidisciplinarno, zato so številni bolniki prisotni na konzilijih, kjer se vpricho njih strokovnjaki pogovarjajo, včasih tudi ostro, o njihovem zdravljenju. Oni pa to lahko največkrat le nemo opazujejo

z mešanimi občutki. Prav tako se številni pritožujejo nad potekom vizit, ki so za bolnike mnogokrat prehitre in bolniku ne dajo možnosti, da bi izrazil svoja občutja.

Danes so bolniki hospitalizirani čim krajši čas. Bolniki, ki imajo doma urejeno oskrbo, se zaradi tega ne pritožujejo, jih je pa strah, ker mnogokrat, ko zapuščajo institucijo, ne dobijo natančnih navodil, kako ukrepati in koga poklicati ob morebitnih težavah in zapletih. Povsem drugače je z bolniki, ki živijo sami in ki so pred boleznijo zmogli v celoti skrbeti zase. Po bolezni se to mnogokrat spremeni, bolniki pa so prepuščeni sami sebi. Zato bi socialna služba vsake zdravstvene institucije morala preveriti, v kakšno okolje se vrača bolnik in ali lahko sam skrbi zase ali potrebuje kakšno pomoč, in se povezati z mrežo služb, ki za to skrbijo. Številni bolniki se pritožujejo nad postopki komisij za podaljševanje bolniškega dopusta, ki ne upoštevajo celostnega psihofizičnega stanja bolnika in mnogokrat ne upoštevajo ugotovitev in priporočil specialista, ki bolnika vodi. Skoraj vsi bolniki pa pripovedujejo, da pogrešajo strokovno psihosocialno podporo, ki bi je moral biti deležen vsak bolnik in njegova družina v trenutku, ko se mora soočiti s kronično boleznijo, ter ves čas zdravljenja in rehabilitacije.

Tako bolniki!

Nanizala sem le nekaj najbolj perečih problemov. Kako jih rešiti?

Vsi zdravstveni delavci in vse ustanove, ki jih vzgajajo, morajo spoznati in priznati, kako pomembno vlogo ima človeška komunikacija, pogovor in zaupanje med bolnikom in zdravnikom. Zdravljenje bolnikov je uspešnejše, zadovoljstvo zdravstvenih delavcev večje. Zato bi vsi študijski programi, ki vzgajajo zdravstvene delavce, morali v svoje programe vključiti komunikacijske veščine s posebnim poudarkom, kako bolnika motivirati za zdravljenje, kako mu povedati slabo novico, kako mu vzbuditi zaupanje in vero, da bo do konca živel človeka dostojno in se ne bo poslavljajal v mukah in osamljen. Vodstva zdravstvenih institucij bi morala skrbeti, da bi vsi zaposleni, od vratarja, snažilke pa do največjega strokovnjaka, poznali te komunikacijske veščine, predvsem pa ranjenost in ranljivost bolnikov, in to tudi objektivno preverjati. Zato morajo v vodenju zdravstvenih institucij sodelovati tudi predstavniki zagovorniških organizacij, ki morajo biti vključeni tudi v pripravo zdravstvene zakonodaje. Že res, da smo vsi v istem čolnu, vprašanje pa je, ali veslamo v isto smer. Kajti skupen cilj tako zdravnika kot bolnika, bolnikovo ozdravitev, veliko hitreje dosežemo s prijazno, razumljivo in pomirljivo besedo. Prepričana sem, da se bo tako povrnilo in okrepilo zaupanje in spoštovanje do zdravništva, ki je ta hip močno načeto.

In naj končam s sloganom Evropske zveze bolnikov z rakom: Nič o nas - brez nas!

Referat je bil predstavljen na 18. letni konferenci Slovenskega združenja za kakovost in odličnost v Portorožu 12. novembra 2009.

Objavljamo pismo, naslovljeno na Zdravniško zbornico Slovenije (ZZS), onkologinje dr. Metke Klevišar, ki se je posvetila zlasti bolnikom s pljučnim rakom, znana je tudi kot pobudnica za ustanovitev hospica za neozdravljivo bolne v zadnjem obdobju bolezni. Obenem seznanjamo naše zdravnike tudi s pismom pred kratkim oblikovane Iniciativne skupine upokojenih zdravnikov ZZS, ki so ga prejeli upokojeni člani zbornice, pa tudi zdravniki, ki so v zadnjem času izstopili iz članstva, zlasti po zvišanju članarine. Na razmišljanja kolegice Metke Klevišar odgovarja predsednica zbornice, prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med., ki poudarja, da je sodelovanje s »seniorji« ena od pomembnih nalog naše stanovske organizacije, da bo storila, kar je v njeni pristojnosti, da bi upokojeni zdravniki cenili in čutili zbornico za svojo, da bodo sodelovali v njenem

delu, da si bo prizadevala za znižanje članarine za upokojene zdravnike, da bo »humanizirala« dopise, ki so jih prejeli posamezniki ob upokojitvi in zlasti ob izstopu iz članstva. Zdravniška zbornica Slovenije je skupna stanovska organizacija tako aktivnih kot tudi že upokojenih zdravnikov, ki nas združuje in ščiti interese zdravništva, obenem pa si prizadeva tudi za razvoj našega zdravstva. Zlasti danes, ko smo priča številnim kritikam in obtožbam dela zdravnikov v medijih in tudi »krizi nezaupanja« javnosti v naše zdravstvo, je pomembna naša enotnost, da smo ponosni na prehojeno pot, da je naša medicina tudi po mednarodnih merilih ena najbolj uspešnih v svetu. Zbornica mora biti odprta, središče za izmenjavo mnenj in za ukrepanja, ki bodo okrepila položaj zdravnika v družbi.

Ko gre zdravnik v pokoj

Metka Klevišar

Za to pisanje sem se odločila, ko sem poslušala kolegico, ki je štirideset let delala kot splošna zdravnica, z velikim veseljem. Zdaj je že nekaj let v pokoju. Pred kratkim se je odločila, da se bo izpisala iz zdravniške zbornice, saj se ne misli nikjer več zaposliti, članarina za upokojene zdravnike pa je kar precej visoka. K pisanju me je pravzaprav vzpodbudil odgovor zdravniške zbornice, napisan v zelo hladnem pravniškem jeziku, ki ne daje slutiti, da bi bili odnosi med zdravniki kaj bolj človeški.

Ta »Odločba o izbrisu zdravnika iz registra« me je napolnila z žalostjo. Tudi poslana je bila zelo uradno, kot priporočeno pismo, tako kot prihaja večina pošte z zbornice. Človek bi po štiridesetih letih dela pričakoval malo bolj človeški odgovor, morda v smislu: »Žal nam je, da izstopate iz naših vrst...« ali kaj podobnega. Ne, čisto hladen pravniški jezik, z navedbo vseh zakonov in predpisov. Pomislila sem, da se morda podobno ravna tudi z bolniki, ki se v svoji stiski pritožujejo. Sploh ne mislim, da imajo vedno prav, bi se pa dalo marsikaj v teh sporih razrešiti, če bi ravnali z malo več človeške topline in razumevanja. Hladen pravniški jezik v medicini ni dovolj.

Kolegico je v tem dopisu prizadel tudi stavek: »Imenovana zdravnica od dneva prekinitve članstva

in s tem izbrisa iz zdravniškega registra ne sme več opravljati zdravniške službe.« Ne, nikjer se ne bo zaposlila, bo pa doma, med svojimi prijatelji in znanci še vedno pripravljena pogledati to in ono in komu svetovati. Kako neizmerno dragoceni so ti nasveti človeka, ki si je nabiral svoje zdravniško znanje ne samo iz knjig, ampak tudi ob tolikih konkretnih bolnikih. Tu pa se v zbornici z eno potezo vse izbriše. Morda so naše generacije razumele poklic zdravnika malo drugače kot sedanje. Ni bil samo poklic, bila je tudi poklicanost, ki nikoli do smrti ne preneha. Če si delal štirideset let s srcem z bolniki, boš tudi še v pokoju razmišljal kot zdravnik. Ne bo ti vseeno, kako gre človeku, ki je ob tebi ali ki ga srečaš. Sprašujem se, kam bo zdravništvo pripeljalo, če bo komunikacija potekala na takšni ravni.

Sama osebno trenutno še ostajam članica zdravniške zbornice, predvsem zato, da v reviji Isis prebiram, kaj se dogaja med zdravniki. To je pravzaprav vse, kar imam od zbornice. Posamezna številka Izide me tako stane 9 EUR, kar je za neko glasilo kar precej. Tudi ne vem, ali mi bodo v Izidi hoteli objaviti ta prispevek, in dopuščam možnost, da ga ne bodo hoteli. Ne bi mi bilo težko poklicati kakšnega novinarja in to objaviti drugod. Sem pa osebno zelo proti temu, da novinarji na vseh različnih koncih blatijo zdravnike

in medicino, zelo pogosto čisto neupravičeno. Mislim, da moramo vse to reševati zdravniki med seboj.

V upanju, da bomo znali biti zdravniki različnih generacij tudi bolj človeški med seboj, tudi v zdravniški zbornici, vse lepo pozdravljam.

PS: Prispevek za Isis sem napisala že sredi novembra in od takrat sem se pogovarjala z mnogimi kolegi, prav tako upokojenimi kot jaz. Vsi so razmišljali podobno in pri vseh sem čutila željo, da se odnos zbornice do

upokojenih zdravnikov spremeni. Bila pa sem zelo prijetno presenečena, ko me je obiskala predsednica zbornice in sem ugotovila, da je to tudi njena želja. Prepričana je, da se moramo začeti o tem pogovarjati in iskati najboljšo rešitev. Veseli me, da tudi v zbornici vidijo, da je skupina upokojenih zdravnikov, seniorjev, neprecenljiv zaklad, dragocen za vse mlajše rodove. Zato jih je treba tudi nekako vključiti v medicinsko dogajanje. Mlajše generacije imajo gotovo veliko več tehničnega znanja, ko pa gre za temeljno razumevanje medicine, za odnos med zdravnikom in bolnikom, lahko starejši kolegi iz svojih izkušenj veliko povedo.

Spoštovana kolegica dr. Metka Klevišar, drage »seniorke in seniorji«,

zelo počaščena sem, da sem Vas, dr. Klevišar, imela priložnost osebno spoznati ob obisku na Vašem domu, ki ste nam ga ljubeznivo odprli, in se skupaj z mojima sodelavcema iz zbornice, prof. Jankom Kostnapfom in prof. Pavletom Kornhauserjem iz novonastajajoče komisije upokojenih zdravnikov, pogovoriti z Vami o Vaših pomislekih o delu Zdravniške zbornice Slovenije.

Naj takoj na začetku poudarim, da se zbornica zaveda pomena in ustvarjalnosti upokojenih zdravnikov, v Sloveniji jih je več kot 1500, in da je naša velika želja, da bi se večina med njimi vključevala v delo zbornice in obenem spremljala naš razvoj.

Cenim Vaš prispevek za izboljšanje medsebojnih odnosov, ki ste ga obrazložili v svojem pismu, naslovljenem na stanovsko revijo Isis, in razumem, da je »pravniški jezik« ob odločbi za izpis iz stanovske organizacije lahko razžalostil marsikaterega kolega, za kar mi je osebno žal. Verjamem, da razumete, da besedila zakonodaje ne smemo spreminjati. Skušali pa bomo obliko tako dopolniti in izboljšati, da zaradi pravne obrazložitve ne bo nihče prizadet.

Med našim obiskom smo se v kolegialnem pogovoru dogovorili, da bomo vsem zdravnikom ob upokojitvi poslali pismo stanovske organizacije, v katerem se bomo zahvalili za desetletja uspešnega in požrtvovalnega zdravniškega dela z željo, da bodo upokojeni

zdravniki še naprej ostali člani zbornice. Marsikaj nas, aktivne zdravnike in seniorje, povezuje ravno v zbornici. To ni le revija Isis, temveč tudi priložnost za izmenjavo stališč, aktivno delovanje v odborih, strokovnih komisijah, v izobraževanju mlajših generacij, pomoč v osebnih in socialnih stiskah, dodatno zavarovanje za pravno pomoč. Tudi gradnja našega skupnega stanovskega zdravniškega doma dobro napreduje, v veliki meri prav po zaslugi naših seniorjev. Glede članarine si bomo prizadevali, da bomo našli ustrezno rešitev in jo zmanjšali za upokojene zdravnike, ki ne opravljajo več niti občasnega niti honorarnega zdravniškega dela.

Skupna želja nas vseh je, da bi se zdravniki, ki so v preteklih letih izstopili iz članstva, zlasti po dvigu članarine, ponovno včlanili, bili na ta način solidarni z našo največjo stanovsko organizacijo in jo podprli v prizadevanjih za pravice zdravnikov, za izboljšanje zdravstvene službe na Slovenskem, za dobrobit bolnikov in zdravnikov.

Četudi je to pismo naslovljeno na Vas, bo objavljeno v zborničnem glasilu Isis, zato mi dovolite, da zaželim Vam in ponovno vsem kolegicam in kolegom zdravo, zadovoljno in uspešno leto 2010.

Vaša Gordana Kalan Živčec

Pismo Iniciativne skupine upokojenih zdravnikov Zdravniške zbornice Slovenije, naslovljeno na upokojene zdravnike

Datum: 28.12.2009

**Spoštovana draga kolegica,
Spoštovani dragi kolega,**

oktobra letos se je oblikovala Iniciativna skupina upokojenih zdravnikov Zdravniške zbornice Slovenije. Naš namen je, da bi se upokojeni zdravniki bolj kot doslej povezali z dejavnostjo Zdravniške zbornice Slovenije, da bi se, čeprav večinoma ne več aktivni v zdravljenju bolnikov, še vedno počutili kot zdravniki, ki jih družba ceni za opravljeno delo. Obenem si bomo prizadevali za zaščito naših interesov, v kolikor so ti ogroženi. Tako smo npr. pred dnevi dobili odgovor na naš protest od Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, da bomo upokojeni zdravniki v letu 2010 še naprej dobili 30 receptov kot doslej za lastno uporabo. Pomembna naloga je tudi skrb za upokojene zdravnike, ki so v stiski zaradi bolezni, finančnih težav ali drugih vzrokov. Prizadevali si bomo za hitrejši in ustrežnejši sprejem zdravnikov v domove za ostarele, saj je znano, da so »čakalne dobe« zelo dolge in možnosti za sprejem v enoposteljno sobo oziroma apartma zelo omejene. Nepričakovano velik odmev med kolegi – zaenkrat le v ljubljanski regiji – je imela poizvedba o zanimanju za varovanje stanovanja, ki jo želimo razširiti na vso Slovenijo, da bi lahko načrtovali gradnjo ustrezne stavbe na primerni lokaciji.

V načrtu imamo tudi širšo anonimno poizvedbo o »kakovosti življenja« med upokojenimi zdravniki na Slovenskem, ki bi jo izvedli ob pomoči Centra za raziskavo javnega mnenja pri Fakulteti za družbene vede. Vprašalnik mora upoštevati etične in strokovne pogoje, ki so veljavni za takšno anketo.

Enoglasno smo sklenili – tudi ob podpori Sekcije upokojenih zdravnikov Slovenskega zdravniškega društva, da bomo na skupščini Zdravniške zbornice Slovenije terjali, da odpravi nepravilni sklep, ki je veljaven od 1. januarja 2009, da je članarina upokojenih zdravnikov izenačena s članarino visokošolskih učiteljev ali znanstvenih delavcev, ki ne opravljajo zdravniške službe. Predlagamo, da bi bila članarina za upokojene zdravnike 40 € letno. Nemogoče je iz dokumentacije Zdravniške zbornice ugotoviti, kdo od upokojenih zdravnikov še dela honorarno, saj je »licenca« trajna, zato je predlog, naj vsak upokojeni zdravnik, ki ima še zaradi dodatnega dela v ordinaciji zaslužek, sam oceni, ali naj plača letno članarino, kot je določena za leto 2009 (108 €), ali zmanjšano.

Tudi s tem ukrepom upamo, da bomo pripravili kolege in kolegice, ki so se letos – verjetno zaradi velikega povečanja članarine – odpovedali članstvu v Zdravniški zbornici Slovenije, da se ponovno včlanijo in s tem izrazijo pripadnost stanovski organizaciji. Tudi zdravniška revija ISIS nas povezuje in je prav, da smo kot zdravniki stalno informirani, ne le o razvoju medicine, temveč tudi o dogajanju v zdravstvu in med zdravniki.

Zdravniška zbornica Slovenije pa se mora zavedati, da je 1058 upokojenih članov, ki so v več desetletni delovni dobi oblikovali našo sodobno medicino, močna in v družbi ugledna skupina ljudi, ki jih mora upoštevati in jim tudi ponuditi pomoč, če jo posameznik potrebuje.

Prepričani smo, da bo generacijska solidarnost zmagala in da se bomo s skupnimi prizadevanji upokojeni zdravniki počutili ne kot odrinjeni delavci, temveč kot ljudje, ki glede na naše telesne in umske sposobnosti uživamo »kvalitete življenja« ter ohranjamo spoštovanje družbe, v kateri živimo.

Obenem naj izkoristimo priložnost, da kolegicam in kolegom zaželimo zdravo in zadovoljno leto 2010.

Vaši

Predsednik Iniciativne skupine upokojenih zdravnikov

prof. dr. Pavle Kornhauser

Člani

prim. dr. Marjan Česen
prim. dr. Marko Demšar
prof. dr. Janko Kostnapfel
dr. Ivana Norčič

prof. dr. Janko Popovič
prim. dr. Božena Skalicky Kuhelj
prim. mag. dr. France Urlep
prim. dr. Hilda Veličkov Šaurič

Peter Walsh, vodja organizacije Action against Medical Accidents

Miran Rems

Slovensko združenje za kakovost in odličnost že nekaj let v začetku novembra organizira konferenco, na kateri se srečujemo vsi, ki želimo aktivno prispevati k izboljšanju kakovosti, tudi v zdravstvu. Posebnost letošnje konference je bila, da so o videanju in doživljanju kakovosti prvič spregovorili pacienti. Kljub širokemu vabljenju sta se, žal, odzvali le predstavnici organizacije »Europa Donna«. Upajmo, da bodo dejavnosti pacientov in civilne družbe v prihodnje močnejše in glasnejše. Pri nas civilna družba še ni prepoznala priložnosti, da bi se aktivneje vključila v izboljšanje varnosti pacientov.

Letos je bil naš gost g. Peter Walsh, vodja AvMA (Action against Medical Accidents, <http://www.avma.org.uk>) iz Londona, ki je v plenarnem delu predstavil delo svoje organizacije. AvMA je nevladna organizacija, ki je bila leta 1982 ustanovljena kot »Action for the Victims of Medical Accidents«, leta 2003 pa se je preimenovala. Ustanovil jo je Peter Ransey kot odgovor na reakcijo javnosti po televizijski igri »Minor complications«, ki jo je tudi sam napisal. Od ustanovitve dalje se ukvarjajo s svetovanjem in podporo ljudem, ki so utrpeli posledice medicinskih napak. Poleg zavzemanja za pravičnost so aktivni tudi pri prepoznavanju dobrih praks, ki pacientom zagotavljajo večjo varnost.

Ob tej priložnosti je nastal tudi zapis naslednjega pogovora.

Glede na to, da se aktivno vključujete v pravično razreševanje napak v zdravstvu, me zanima, kakšni so vaši odnosi s strokovnimi in stanovskimi organizacijami, na primer z British Medical Association.

Na splošno so se naši odnosi z zdravniškimi organizacijami, predvsem z vodjami poklicnih združenj, v zadnjih šestih do desetih letih izboljšali. V preteklosti v AvMA niso zaupali, ker zdravniki niso bili navajeni, da se pacientom pomaga, ko imajo pritožbe ali celo tožbe zaradi napak, ki so jih doživeli. Dandanes teh težav ni več. Nasprotno, pri združenjih si želijo, da bi spoznali pacientovo želje in izkušnje in jih poskušajo aktivno vključevati v svojo prakso.

Ali se je število pripomb zmanjšalo oziroma ali je končni rezultat drugačen, če pacienti, ki so doživeli medicinsko napako, pridejo najprej k vam? Imate o tem kakšne podatke?

Iz naših izkušenj in raziskav je znano, da se pacienti v primeru napake manj pogosto odločajo za tožbo, če se z njimi nekdo pogovori odprto in s spoštovanjem. Takšna je tudi naša izkušnja v AvMA. V kolikšnem številu se pacienti odločajo za tožbe oz. netožbe po našem predhodnem svetovanju,

je težko trditi z gotovostjo. Nimamo namreč podatkov, kako bi se odločili, če pred tem ne bi prišli k nam. Lahko pa povem, da gre le majhen delež pacientov, ki pridejo najprej do nas, kasneje do odvetnika. Takih je manj kot deset odstotkov. A tudi če gredo do odvetnika, se kasneje vsi ne odločijo za tožbo zaradi zelo različnih vzrokov. Na primer, ugotovijo, da bi bili lahko s tožbo neuspešni. Morda si je niti ne morejo privoščiti, ker bi bilo finančno tveganje preveliko, ali pa si enostavno ne želijo stresa in težav s tožbo.

Letno obravnavate in svetujete v več kot 4000 primerih. Kje in kaj so najpogostejši problemi?

Najpogostejši so primeri iz ortopedske kirurgije. V tej veji je veliko programskih, prostovoljnih primerov, ki niso urgentni. Zanimivo, da je naslednja skupina primerov iz porodništva. Kljub temu, da je porodov nedvomno manj, pa gre verjetno za nesorazmerje, ker je okvara pri otroku lahko dosmrtna in se zato starši za tožbo odločajo hitreje in potrebujejo dodatno podporo, tudi kompenzacijo. V mnogih ostalih vejah medicine ljudje napako lažje oprostijo, ker se lahko s pomanjkljivostjo sprijaznijo in z njo tudi živijo. Tako lahko trdim, da primeri, ki jih obravnavamo, ne govorijo toliko o tem, kaj gre v zdravstvu narobe, temveč bolj kažejo na to, v katerem delu ljudje iščejo pomoč.



Vi niste zdravstveni delavec?

Ne nisem, ampak tudi odvetnik nisem!

Kdo začne pogovor s pacientom, ki išče pri vas pomoč?

Korenine organizacije izhajajo iz televizijske igre, ki je prikazovala zdravniške napake in možnost podpore pacientom v takih primerih. Dva glavna predhodnika AvMA sta bila Peter Ransey, ki je odvetnik in pisec te igre, in Arnold Simanowitz, ki je opustil odvetništvo in kasneje prevzel vodenje AvMA. Organizacija je hitro postala zbirališče sodelavcev iz zdravstva in odvetništva. V centru organizacije je laičnost. Sam kot direktor vodim organizacijo, nad mano pa je upravni odbor, v katerem je več zdravstvenih delavcev, ki so zavezani pacientovi varnosti in pravu, in tudi odvetnikov. Večina je laikov.

Na primer, sem pacient z najpogostejšim problemom in menim, da je pri zdravljenju prišlo do napake ali da nisem bil zdravljen primerno. Kako se lahko povežem z vami?

Svetovalci so dosegljivi po telefonu. Osebjem, ki stopa v prvi kontakt, je v glavnem iz zdravstvene nege, je pa dodatno izobraženo v medicini in posebno v pravnih zadevah. So prvi, ki svetujejo v teh primerih. Vodja tima prvih svetovalcev je medicinska sestra z veliko medicinsko-pravnega znanja. Pred leti smo naše svetovanje preko telefona razširili, saj je tovrstno delovanje naša osnovna dejavnost.

Prvi korak je torej telefonsko svetovanje. Svetovalci se lahko kasneje poglobijo v primer, tudi s posredovanjem celotne medicinske dokumentacije. Tu gre še vedno za prostovoljce, ki so široko dodatno izobraženi. V primeru kompleksnejših zadev se posvetujejo z zdravniki in pravniki. Ponavljam, gre za popolne prostovoljce, večinoma zdravstvene delavce, ki se želijo poglobiti v medicinsko-pravne in etične zadeve. Na primer, imamo konzultanta (starejšega specialista) iz urgentne medicine, babice, tudi paramedike (laične reševalce). Druga skupina svetovalcev so pravniki, predvsem mlajši, ki želijo tudi kasneje delati na tem področju. Ponovno poudarjam, da so vsi prostovoljci. Vsi morajo podpisati deklaracijo, da v času, ko delajo za AvMA, delajo zgolj za nas in tako ne more priti do konflikta interesov. Korist je obojestranska. Mi pacientom posredujemo zelo strokovno utemeljene nasvete, prostovoljci pa dobivajo dodatno znanje in predvsem izkušnje za nadaljnje poklicno delo, tudi v težkih primerih. Nekateri zdravstveni delavci povedo, da jim je prostovoljno delo s pacientovo življenjsko izkušnjo in preizkušnjo odprlo oči. Ti prostovoljci ugotovitve prenesejo nazaj v svoje okolje, kjer potem revidirajo svoje procese in poučijo sodelavce o teh izkušnjah.

Recimo, da sem pacient s težavami in se obrnem na vas po telefonu. Kako se potem razvija svetovanje?

Vsakokrat se odločamo glede na individualni primer. Večinoma je začetni telefonski razgovor dovolj. Kasneje so pacienti

povedali, da je bilo največ vredno, ker so se lahko prvič pogovorili z osebo, ki jih je razumela in je bila na njihovi strani, ki je razumela tudi njihovo čustveno travmo, skozi katero so šli. Ugotavljamo tudi, da ljudje včasih pridejo k nam prezgodaj. Mislijo ali pričakujejo, da je nekaj narobe, da nekaj ne gre tako, kot si želijo. Pred tem pa se o težavah sploh še niso pogovorili s svojim zdravnikom, zobozdravnikom ali medicinsko sestro. Morda so bili preveč nervozni ali prestrašeni. Takrat jih usmerimo, naj gredo najprej do svojih terapevtov, kjer se bodo dvomi lahko razblinili. Hkrati jih tudi poučimo, kakšne so njihove pravice. Mnogi, ki se pritožujejo, sploh ne poznajo svojih pravic, tudi ne vedo, kako poteka proces pritožbe.

Torej je večina primerov rešena že po prvem telefonskem pogovoru, ko se pogovorijo, ker vedo, da je vedno tam nekdo, ki jim lahko svetuje in pomaga. Kako pa ravnate v bolj zapletenih primerih?

Nekateri ljudje potrebujejo več svetovalne podpore, več informacij o postopkih, tudi sodnih. Nimamo možnosti, da bi jih povabili na osebni pogovor. Telefonske linije imamo v Londonu in Manchesteru. Če kdo potrebuje še več informacij, mu pisne usmeritve pošljemo po pošti. Pripravimo ga do tega, da postavi prava vprašanja, odloči pa se sam, zato je tudi zelo zadovoljen. Posredujemo tudi informacije o svetovalnih organizacijah s strani bolnišnic ali ostalih neodvisnih svetovalnih agencijah.

Pri kompleksnih primerih, kjer so potrebni dodatni pregledi, se zadeva preda svetovalcu, ki skupaj s pacientom pregleda celotno korespondenco in medicinsko dokumentacijo. Ob tem posreduje mnenje, svetuje še dodatno pregledovanje, če je potrebno, ugotavlja, ali so vse informacije verodostojne. Če je v zadevi še kakšen vzrok za dodaten proces, svetuje tudi potencialno tožbo, če pacient to želi.

Potem je še nekaj primerov, ko so pacienti točno vedeli, kaj želijo. Imeli smo nekaj žalostnih težkih zadev, v katerih so bili pacienti odločeni, da bodo tožili, zato smo jih usmerili naravnost k odvetnikom specialistom, da ne bi dodatno izgubljali časa z iskanjem primernih zagovornikov. Ljudi seznanjamo s podrobnostmi o postopkih in jim priporočimo odvetnike specialiste.

Del vaših aktivnosti je tudi izobraževanje. Koga vse izobražujete in na kakšen način?

Tradicionalno in zgodovinsko smo izobraževali veliko odvetnikov. Zadnja leta pa se naš avditorij širi in želimo izobraževanje približati vsem, ki se ukvarjajo z varnostjo pacientov. Z razcvetom te tematike je na naših seminarjih vedno več zdravstvenih delavcev, ki jih zanimajo ta vprašanja. Glavna tematika je pacientova varnost in etična vprašanja, ki se ob tem pojavljajo. Prihajajo tudi »risk« menedžerji in osebjem, ki sprejema pritožbe, zato si želi poglobiti svoje znanje in slišati o dobrih praksah. Zelo smo veseli, da se število poslušalcev povečuje, saj se na ta način pogloblja tudi medsebojno razumevanje med vsemi vpletenimi, prav tako pa se širijo tudi dobre prakse.

Imate bogate izkušnje in znanje, obvladujete vaš sistem, zelo dobro poznate tudi ostale sisteme. Ali lahko poveste, kakšna naj bi bila idealna organizacija? Kako bi optimalno poskrbeli za pacienta, ki je doživel medicinsko napako?

Najprej moramo razumeti, da bodo napake vedno, v vsakem sistemu in da jih nikoli ne bomo mogli povsem odpraviti. Prvi cilj je dramatično zmanjšati število napak, predvsem napak, ki se jim lahko izognemo. Kot kažejo analize, je to približno polovica vseh napak. Pri tistih, ki se bodo še vedno pojavile, je najpomembnejši predvsem naš odgovor nanje. Odrprtost, odkritost in transparentnost je absolutna osnova ne le za poštenost in pravičnost, ampak tudi za pacientovo varnost. Dokler bodo udeleženci zavajali sami sebe, dokler napake ne bodo priznane, ne bo možno doseči zaupanja med pacienti in zdravstvenimi delavci. To pa je tisto, kar resnično potrebujemo, če želimo imeti manj obtožujočo kulturo, takšno, ki bo bolj naklonjena človeški napaki in hkrati zahtevna do lekcij, ki smo se jih naučili o pacientovi varnosti in njenih izboljšavah. V Veliki Britaniji podpiramo kampanjo za zakon »Legal duty of Candour« (glej http://www.avma.org.uk/pages/legal_duty_of_candour_-_robberies_law.html), ki ima široko podporo. Podpira ga tudi Sir Liam Donaldson, državni vodja celotne medicinske oskrbe (chief medical officer). Vlada ga zaenkrat še ni podprla, čeprav se z namenom strinja. Na splošno smo enotni, da se ta zakon mora sprejeti, ni pa še dovolj volje in poguma, da bi bil sprejet. Motiti se je človeško, to prikriti pa je nesprejemljivo. Po svetu obstajajo primeri, kjer je to uzakonjeno (Švedska, Danska, Francija, Ciper, Estonija, Madžarska, Slovenija). Na Danskem je pridružena tudi shema nekrivdne kompenzacije, kar sliko lepo zaokroži. Podobno so uzakonili tudi v Pensilvaniji, ZDA. V evropskem raziskovalnem projektu »Simpatic« – Safety Improvement for Patients in Europe so slovenski predstavniki povedali, da je v Sloveniji uzakonjena obveza za razkritje vseh informacij (uzakonjeno v Zakonu o pacientovih pravicah, op. prev.). Glavni argument proti je, zakaj sprejemati zakon, ki naj bi spreminjal kulturo obnašanja. Seveda zakoni sami po sebi tega ne počno, lahko pa pri tem pomagajo. Poglejmo, kako je zakon vplival na prepoved kajenja na javnih prostorih ali uporabo varnostnih pasov. Pripomogel je k spreminjanju obnašanja, k spreminjanju družbenih vrednot in danes je nesprejemljivo na primer piti in voziti, biti neprijet med vožnjo ali kaditi na javnem prostoru.

Ali mislite, da je tak zakon, tak predpis možno uvesti v vsak sistem, v vsako kulturno okolje?

Ne vem, zakaj ne. Lepo bi bilo videti združeno Evropo, ki bi bila na tem področju vodilna. Sprejeta je bila direktiva o čezmejnem zdravstvenem varstvu, ki sicer ne vsebuje teh zahtev, vendar je to nekaj, kar bi moralo biti enotno v celotni Evropi. To bi moral biti evropski standard. Vendar je to že blizu idealnega sistema. Drugi del je pomembnejši. Zdravstvenim delavcem bi bilo treba ponuditi trening, da bi bili sposobni pravilno narediti prave stvari.

Ali vi ponujate takšno sistematično urjenje?

Da, a v omejenem obsegu. Če nas bolnišnice povabijo, pripravimo delavnice. Toda naša organizacija je relativno majhna (dvajset polno redno zaposlenih, op. prev.). Pripravljamo konference, kjer se izvajajo tudi take delavnice. Upamo, da bomo z novo politiko o odrptem razkritju povabljeni kot partner in bomo lahko pomagali pri izobraževanju zdravstvenih delavcev in prenašanju dobre prakse. V bistvu je najpomembnejše razumevanje, da ni dovolj učinkovito ljudem samo povedati, kaj morajo storiti, čeprav je tudi to pomembno. Nadgrajeno mora biti s pomočjo in podporo, da zdravstveni delavci naredijo, kar morajo narediti. Tu so cilji večine komuniciranja z ljudmi, podpora kolegov, če nenamerno postaneš del napake, in kako lahko v takem primeru podpreš tudi samega sebe.

In na koncu najpomembnejši del, in sicer vzpostavitev sistema, ki se nenehno uči na napakah. V njem je dober sistem kliničnega vodenja, sistem poročanja in analiza vzrokov. Ko se napaka pojavi, mora sistem zagotoviti, da se ne pojavi znova ali da se vsaj zmanjša možnost ponovitve. To so glavni elementi dobrega, idealnega sistema. K temu bi dodal še kompenzacijo kot alternativo tožbenim zahtevkom. Mislim, da je to zelo potrebno. Edini, ki bi lahko ugovarjali temu, so odvetniki. Tožba ni noben pravi prijatelj prizadetega pacienta ali zdravstvenih delavcev, zato je potrebno najti boljše rešitev. Mislim, da bi bila lahko to t.i. nekrivdna kompenzacija. To je zapleten izraz, kajti kako govoriti o kompenzaciji, če ob tem ni nobene krivde. Gre za zaželen pristop zamenjave s kompenzacijo, saj je to primernejše za podporo kulturi pacientove varnosti, ki si jo tako želimo. Seveda se vedno potrebuje zakon in pravo kot končni razsodnik. Toda če bomo v zdravstvu delali v to smer, bo to na koncu potreboval samo zelo majhen delež.

Vaša organizacija ima široko področje delovanja. Ali lahko posredujete pacientu podatke o sprejemanju vaših razmišljanj pri posameznem zdravniku ali bolnišnici oziroma kako se posamezniki ali organizacije odzivajo na napake?

Dosegljiv je dokument National Patient Agency, ki objavlja izkušnje vodilnih, znanih klinikov, ko so naredili napako. Tako je na primer zdravnik, ki je bil predsednik General Medical Council, opisal primer, ko je kot mlad zdravnik naredil napako, ki bi kmalu povzročila smrt pacienta. Izkušena vodilna medicinska sestra je opisala, kako je dala otroku napačno koncentracijo zdravila. To so poročila najpogumnejših. Radi bi to razvijali še naprej. V Svetovni zdravstveni organizaciji je projekt »Patient for Patients Safety«, v katerem sodeluje mnogo klinikov, ki so šli osebno skozi proces napake. Poznajo breme in razočaranje, ki ga nosi s seboj medicinska napaka, vendar so se odločili, da sedaj delajo skupaj s pacienti na področju varnosti. Mislim, da je to zelo dragoceno za vse, saj lahko le z delitvijo medsebojnih izkušenj postanemo boljši. Le izkoristiti jih je treba.

K naslovnici revije

Prva učitelja anatomije na popolni Medicinski fakulteti, Milan Cunder in Valentina Kobe

Zvonka Zupanič Slavec

Anatomija od nekdaj sodi med temeljne medicinske predmete. Na nepopolni ljubljanski medicinski fakulteti (MF) je dobila svoje mesto že leta 1919, njen nosilec pa je bil prof. Janez Plečnik. Temu sta se kot asistenta pridružila leta 1929 Valentina Kobe, leta 1935 pa Milan Cunder. Slednji je po drugi svetovni vojni postal profesor in vodja inštituta, a je bil zaradi politike informbiroja leta 1948 interniran na Goli otok, potem pa ni bil več rehabilitiran. Vodstvo inštituta je tako prevzela anatomka prof. Valentina Kobe.

Četudi nameravamo v tem letu ob naslovnih prvih učiteljev na popolni MF obravnavati le začetnike posameznih strok, sta za anatomijo pomembna oba profesorja, Cunder in Kobetova, zato ju predstavljamo na tem mestu. Še posebej manj znana nesrečna življenjska zgodba prof. Cundera bi morala preiti v zavest slovenskega zdravništva in biti v opomin, da se podobna politična brezumja ne bi več ponavljala.

Milan Cunder (1908–1970) Visoka cena za pokončno moralno držo

Tomaž Kšela, Juš Kšela

Dr. Milan Cunder se je rodil leta 1908 v gostilničarski družini pri Ruskem carju na Ježici pri Ljubljani. V tej gostilni so se zbirali številni ljubljanski umetniki in intelektualci, zato je mladost preživel v intelektualnem vzdušju. Po končani gimnaziji se je leta 1927 odločil za študij na nepopolni Medicinski fakulteti v Ljubljani in ga je nadaljeval na medicinskih fakultetah v Zagrebu in Gradcu, kjer so ga 25. marca 1933 promovirali za doktorja vsega zdravilstva. Po vojaščini je septembra 1934 začel volontirati v prosekturi Obče državne bolnišnice v Ljubljani, ki jo je takrat vodil prof. dr. Janez Plečnik. Na medicinski fakulteti je začel delati 26. marca 1935, ko je bil nastavljen za

asistenta pripravnika na anatomskem inštitutu. Potem ko je z odličnim uspehom opravil državni asistentski izpit na univerzi v Beogradu, je bil najprej imenovan za asistenta na anatomskem inštitutu, leta 1940 pa še za docenta za anatomijo na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Ves čas dela na fakulteti je opravljal še patološke sekcije in histopatološke preiskave v prosekturi Obče državne bolnišnice v Ljubljani. Približno pet let je kot zapri-seženi sodni izvedenec opravljal tudi vse sodne obdukcije za ljubljansko sodišče. V letnem semestru 1939/40 je predaval tudi sodno medicino na pravni fakulteti ljubljanske univerze, kjer so ga tudi formalno nastavili kot honorarnega univerzitetnega učitelja za sodno medicino.

Ob pedagoškem delu se je Milan Cunder posvečal tudi znanstvenoraziskovalnemu delu. V Zdravniškem vestniku je izšel njegov članek »Cavernoma cerebri? Intoxicatio?«. Leta 1940 pa je svetu medicinske fakultete predložil za objavo delo »Umor-samomor«. Pred drugo svetovno vojno se je skupaj s kolegi vključil tudi v prizadevanja za popolno medicinsko fakulteto v Ljubljani.

Dr. Cunder se je v duhu tedanjega časa izoblikoval v široko razgledanega, kritično razmišljajočega in socialno čutečega intelektualca srednjeevropskega tipa. Po naravi je bil hudomušen, svetovljanski in odkrit, brez dlake na jeziku. To je v svetu, kakršen je takrat pač bil, drago plačal: v vseh državah je bil zaradi pokončnega in prostodušnega izražanja svojih kritičnih stališč oblastnikom trn v peti. Po smrti svojega učitelja in vzornika dr. Plečnika je decembra 1940 prevzel vodenje anatomskega inštituta, ki ga



Prof. dr. Milan Cunder med predavanjem anatomije na medicinski fakulteti



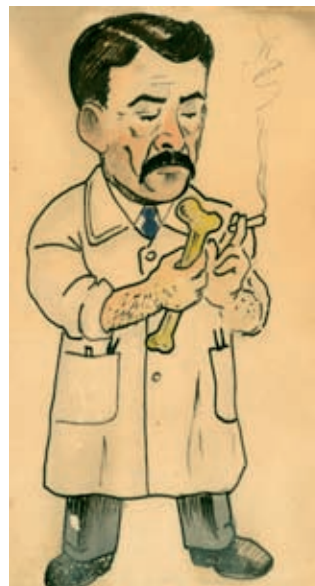
Dr. Cunder z otrokom, ki mu je sam pomagal na svet.

je vodil le enajst mesecev, do odhoda v partizane. Ob napadu na Jugoslavijo leta 1941 se je v trintridesetem letu starosti kot prostovoljec javil v akademsko legijo. Ker ga jugoslovanska vojska ni mobilizirala, se je sam prostovoljno vključil v obrambo domovine. Z legijo je odšel v Karlovec, kjer so jih ustaši najprej zajeli, nato pa internirali. Po vrnitvi je nadaljeval delo na medicinski fakulteti in študente spodbujal k uporabi proti okupatorju. V ta namen je bil julija 1941 na sestanku z Borisom Kidričem. Novembra leta 1941 je odšel v ilegalo, aprila 1942 pa v partizane, kjer je postal zdravnik Kokrško-kamniškega odreda. Januarja 1943 so ga okupatorji aretirali ter ga za osem mesecev zaprli v Begunje, od koder so ga deportirali v Berlin, nato pa v nacistično taborišče Sachsenhausen (Oranienburg), kjer je dočakal svobodo.

Po vrnitvi v Ljubljano ga je minister za narodno zdravje v takratni vladi 10. oktobra 1945 imenoval za izrednega profesorja za anatomijo na ljubljanski medicinski fakulteti, 6. avgusta 1946 pa ga je imenoval še za predstojnika anatomskega inštituta. V dokumentu o imenovanju mu nalaga, naj posle prevzame od prof. dr. Alije Koširja. V naslednjih mesecih je minister za prosveto dr. Cundra nastavljal še za honorarnega učitelja za anatomijo na Zavodu za fizikulturo v Ljubljani, na šoli za medicinske sestre v Ljubljani in na Akademiji upodablajočih umetnosti v Ljubljani. Tako se je po hudih medvojnih preizkušnjah lahko ponovno v celoti posvetil pedagoškemu in strokovnemu delu ter nadaljeval poklicno pot, ki mu jo je pretrgala vojna. Po pričevanju nekaterih študentov medicine iz prvih povojnih let je dr. Cunder sodil med tiste univerzitetne učitelje, ki so bili pri delu zelo zavzeti, prizadevnost pri študiju in znanje pa so terjali tudi od študentov. Po navedbah dolgoletnega predstojnika Inštituta za mikrobiologijo in imunologijo prof. Mihe Likarja je bil dr. Cunder takrat med študenti znan po tem, da je poskušal anatomijo spremeniti iz do tedaj mučnega »pifljanja« po Plečnikovem nemogočem repetitoriju v predmet, ki bi bil zdravnikom bližji, v topografsko anatomijo. »Predaval je briljantno, risal je sam na tablo med predavanji in pri tem z duhovitimi pripombami iz predavanj napravil dogodke, ki si jih je bilo vredno zapomniti in o katerih se je vedno govorilo.« Do študentov je bil po navedbah dr. Likarja ljubezniv in pravičen, čeprav zahteven,



Levo: Dr. Cunder je bil široko razgledan in socialno čuteč intelektualec ter svetovljan, ki je bil vedno brez dlake na jeziku, kar ga je drago stalo.



Desno: Tako je dr. Cundra videl karikaturist.

v spominu pa mu je ostal »kot nedosegljiv vzornik, tako je bil neustrašen in korenit, ob tem pa kljub izkušnjam z oblastmi levičarski izobraženec. Bistveno se je razločeval od vseh drugih profesorjev na fakulteti, zlasti zato, ker je bil med njimi najbolj splošno izobražen in svetovljan.« Nekaterim drugim študentom pa je ostal v spominu v manj prijazni luči.

Na začetku jeseni leta 1947, nekaj mesecev pred sporom Jugoslavije z informbirojem, je zaradi kritične drže do tedanjih oblasti in zaradi tega, ker je izrazil željo po izstopu iz komunistične partije, v katero se je vključil med partizani, padel v politično nemilost. Oktobra ga je partija kaznovala z ukorom pred izključitvijo, po sporu z informbirojem pa so ga septembra naslednje leto izključili iz partije, čeprav je pred tem že sam izstopil iz nje. Konec decembra leta 1948 so ga z aretacijo fizično odstranili z univerze ter proti njemu uprizorili montiran politični proces, na katerem je bil zaradi verbalnega delikta obsojen na štiri leta zapor (na cesti ob Ljubljani je Marici L. dejal, da je naše gospodarstvo zafurano in da oblasti vse delajo s terorjem, s čimer je vršil propagando, ki je vsebovala poziv na nasilno rušenje obstoječe državne ureditve). Kazen je prestal na zloglasnem Golem otoku in v Bileci. Po vrnitvi iz taborišča, v katerih je po lastnih izjavah trpel bolj kot v nacističnih zaporih in taborišču, je bil »politično mrtev« in »izbrisan iz zgodovine« ter s tem obsojen »na pozabo«. Oblasti so ga do smrti nadzorovale. Na srečo se je uspel poročiti s kolegico zdravnico, tako da mu je bilo nekoliko lažje, otrok pa nista imela.

Ker ga sprva niso smeli zaposliti v javnem zdravstvu, kaj šele, da bi mu dovolili vrnitev na fakulteto, v tujino pa ni smel, se je honorarno zaposlil kot prosector najprej v novomeški, po

nekaj mesecih pa v celjski bolnišnici, kjer so ga kolegi sprejeli ljubeznivo in s spoštovanjem. Čeprav so mu oblasti preprečile, da bi svoje bogato znanje in izkušnje, pridobljene v najtežjih življenjskih okoliščinah, prenašal na študente medicine, je s pomočjo bolnikom v nemških in jugoslovanskih zaporih in taboriščih ter z zavzetim delom v celjski bolnišnici častno izpolnil svoje zdravniško poslanstvo. O dr. Cundru ni od leta 1947 izšel noben članek, zato je po več desetletjih načrtnega zamolčevanja zbledel spomin nanj tudi v strokovnih krogih. Samo ob njegovi smrti leta 1970 mu je Zdravniški vestnik posvetil

spoštljiv nekrolog. Urednikom zbornika o Medicinski fakulteti 1919–1945 zanj kljub prizadevanjem ni uspelo najti življenjepisca. Tako revija Isis po 63 letih prekinja molk v slovenski javnosti o prof. Milanu Cundru, enem izmed prvih učiteljev na popolni Medicinski fakulteti v Ljubljani.

Fotografije so iz Cundrovega družinskega albuma.

Valentina (Grošelj) Kobe (1905–1998)

Prva univerzitetna učiteljica na Slovenskem

Zvonka Zupanič Slavec

Valentina Kobe je bila rojena leta 1905 kot četrta in najmlajši otrok v premožni in ugledni družini veleposestnikov Grošljev na Dobju v Poljanski dolini. Njihova posest se je merila s Tavčarjevino, oče pa je bil napredni župan, ki je že zgodaj elektrificiral Poljansko dolino. Ker je bila Valentina zelo bister otrok, so učitelji predlagali, da nadaljuje šolanje na ljubljanski realni gimnaziji. Tam je bila edino dekle, zato je pogosto preživljala odmore kar v šolski zbornici. Med sošolci je spoznala tudi svojega bodočega moža, Borisa Kobeta z Dolenjskega. Želela je študirati medicino, a se tja ni mogla vpisati, ker se na realki ni učila latinščine. Zato se je sprva vpisala na umetnostno zgodovino, poslušala predavanja Izidorja Cankarja, se učila latinščino in ob tem vseeno obiskovala predavanja na medicinski fakulteti ter se nato vpisala na ta študij. V Ljubljani je končala štiri semestre nepopolne medicinske fakultete in opravila prvi rigoroz. Med študijem se je srečevala z umetniško nadarjenimi študijskimi vrstniki, med medicinci z bodočima zdravnikoma – pisateljema Slavkom Grumom in Bogomirjem Mačajno, pa tudi s Srečkom Kosovelom in Miletom Klopčičem. Bila je intelektualka in si je iskala podobno družbo, ob imenovanih pa je razvijala čut za umetnost in estetiko. Kot ena redkih žensk je po opravljenem rigorozu nadaljevala študij medicine v Innsbrucku in ga leta 1929 končala z odliko. Tam se je precej družila z

bodočim ljubljanskim ortopedom in fiziatrom dr. Bogdanom Brecljem, s katerim sta ostala prijatelja vse življenje. Želela je postati ginekologinja, pa v tistih, ženski še nenaklonjenih časih tega mesta ni mogla dobiti. Zato se je že leta 1929 zaposlila kot pomožna asistentka na ljubljanski prosekuri, iz katere so se razvili anatomski, patološki in sodnomoedicinski inštitut. Kmalu zatem je postala asistentka prof. Janeza Plečnika, takratnega predstojnika anatomskega inštituta. Zanimivo je, da se je njen mož arhitekt zaposlil pri njegovem bratu prof. Jožetu Plečniku. Spodbude vplivnih predstojnikov so tudi oba Kobetova čvrsto strokovno in duhovno oblikovala. Portretirankina hči prof. Marjanca Kobe je povedala, da sta oče in mama strastno in slastno delala in sta čutila, da morata biti na svojih področjih vzorna. Specialistični izpit je dr. Kobetova opravila leta 1934 v Beogradu. Bila je odlična anatomka, natančna in delovno zavezeta, sodelovala je pri pripravi številnih anatomske preparatov, didaktičnih pripomočkov za pouk anatomije, zato je bila leta 1938 – po raziskavi akad. Vasilija Melika – kot prva Slovenka imenovana za docentko na ljubljanski univerzi in je prevzela tudi pedagoško delo s študenti.

Valentina Kobe na smučanju v Innsbrucku: imela je veliko življenjske energije in se je tudi pri smučanju počutila enakovredna moškim kolegom.

Košnja na domačiji veleposestnikov Grošljevih v Poljanski dolini, kjer se je rodila Valentina, ki kot deklica hodi za vprego.





Kolektiv anatomskega inštituta s prof. Kobetovo (druga z desne spredaj) in prof. Antonom Širco (drugi z leve).

Težka leta so nastopila med drugo svetovno vojno, ko je Univerza prenehala delati, z njo pa tudi anatomski inštitut. Dr. Kobetova je bila naklonjena zdravniški podpori partizanskemu boju, sama pa se ga ni mogla udeležiti, saj je bila noseča; rodila je dvojčici, od katerih je ena pri devetih mesecih umrla. Mož je bil interniran v Dachau. Med vojno je delala na ljubljanski prosekturi in tam dočakala konec vojne, vrnitev moža in ponovno vzpostavitev dela na anatomskem inštitutu. Leta 1945 je bila imenovana za izredno profesorico in je sprva skupaj s kolegom Milanom Cundrom opravljala pedagoško delo s 300 študenti v generaciji, nakar je ob kominformističnem pogromu in Cundrovi aretaciji na božični večer 1948 ostala sama z množico študentov vse do leta 1960! Ta čas je bila na preizkusu njena trdnost: zdrava kmečka natura, prislovična gorenjska trma in organizacijski talent so ji ob zaščiti kolegov, akademikov

Družina Valentine in Borisa Kobe s štirimi hčerkami, starimi 10, 6 in pol leta, poleti 1944, tik pred Borisovo deportacijo v Dachau. Med dvojčicama v vozičku je ena umrla pri devetih mesecih, sin Jurij pa se je rodil leta 1948. Na sliki sta še Borisova starša in teta Milenka.



Prof. Kobetova v začetku sedemdesetih let v predavalnici anatomskega inštituta nagovarja zbrane na Plečnikovem memorialu. V prvi vrsti z desne sedijo: generalni direktor Kliničnega centra Janez Zemljarič, predsednik Slovenskega zdravniškega društva prof. dr. Anton Dolenc, dekan Medicinske fakultete prof. dr. Franc Erjavec, čeljustna kirurginja prof. dr. Vera Lenart, patolog prof. dr. Ivan Franc Lenart, predstojnik Klinike za dermatologijo akad. Janez Fettich in drugi.

Bogdana Breclja in Janeza Milčinskega, zelo pomagali. V času vodenja anatomskega inštituta je prof. Kobetova skrbno izbirala mlade sodelavce, jih usmerjala v različna subspecialna področja, s katerih so doktorirali in postali asistenti in učitelji. Med njimi so bili: Anton Širca, Maja Velepčič, Alenka Dekleva in Ivan Franc Lenart. Razvila je tudi klinično anatomijo: rentgensko anatomijo (Ludvik Tabor), eksperimentalno anatomijo (Dekleva, Lenart), elektronskomikroskopsko anatomijo (Dekleva), vaskularno anatomijo (Širca, Velepčič), kateri so sledeče generacije dodale še druge specialnosti.

Prof. Kobetova je veliko predavala, pa ne le medicincem in stomatologom, ampak tudi medicinskim sestram (zanje je napisala učbenik anatomije in patologije), študentom tehnične fakultete in pedagoške akademije. S prof. Širco, ki ga je imela rada kot sina, je izdelala didaktične filme: topografija in sekcija srca, topografski pregled trebušnih organov, pregled možganskih ventriklov, topografija možganskih jeder in prog. Delo, ki pa njeno ime ohranja živo tudi med sodobnimi generacijami medicincev in zdravnikov, je učbenik anatomije, ki ga je leta 1966 s sodelavci izdala v petih zvezkih in je do danes doživel veliko ponatisov. Z njim je pomembno sooblikovala slovensko anatomsko izrazoslovje. S svetlomodrimi platnicami še danes gleda z moje knjižne police, pa tudi hčerka je svoj izpit absolvirala po njem. Prof. Kobetova je bila tudi vodilni jugoslovanski anatom, pobudnica nastanka Zveze anatomov Jugoslavije, njena predsednica in častna članica. Inštitut za anatomijo edine slovenske medicinske fakultete je vodila polnih 23 let, do upokojitve leta 1971. Leta 1968 je postala redna profesorica, nato tudi zaslužna profesorica ljubljanske univerze. Na valentinovo, ko je bil njen rojstni dan, so jo njeni nasledniki na MF, tudi sedanji

predstojnik Inštituta za anatomijo prof. Dean Ravnik, redno obiskovali. Stroki je prof. Kobetova posvetila 42 najplodovitejših let svojega ustvarjalnega življenja.

Prof. Valentina Kobe, ki je dočakala častitljivih 93 let, je v zakonu z arhitektom prof. Borisom Kobetom vzgojila štiri otroke, ki domače delovne vzore in umetniške talente bogato razvijajo naprej tudi med njenimi vnuki. Prof. Kobetovo ohranjajo generacije študentov v spominu kot veliko damo svojega delovnega področja z izrazitim pedagoškim erosom. Vsakemu študentu je po opravljenem izpitu izkazala spoštovanje in mu čvrsto stisnila roko v priznanje, da je za njim prvi veliki izpit na medicini. Bila je stroga do sebe in svojih sodelavcev, a hkrati poštena do njih. Spominjamo se je tudi kot anatomke – dolgoletne častne predsednice Plečnikovega memoriala, ki jih je spremljala do konca življenja s ponosom in dostojanstveno držo. Predstavljal je intelektualno evropske širine, ki je s svojo presežnostjo duha in delavnostjo zaslužila mesto prve slovenske univerzitetne učiteljice. S svojim vzorom je tudi dokazala združljivost

dela zdravnice in znanstvenice z materinskim poslanstvom in družinskim življenjem, kar je v njenih časih predstavljalo veliko redkost. Ostaja zdravnica, ki je Slovenkam utirala pot v medicino.

Fotografije so iz družinskega albuma prof. Kobetove.



Prof. Valentina Kobe pri študiju in predavanju.

Teorija navezovanja – razumevanje odnosa med bolnikom in zdravnikom

Breda Sobočan

Zdravje je osnovna človekova varna baza, iz katere razvija svoje cilje, hotenja in celotno bivanje. Iz tega dejstva je tudi bolezen, ali že celo sum na njo, eden od osnovnih stresorjev, ki preusmerijo pozornost iz zunanjega sveta v bolj osebni krog. Ko človek postane bolnik, išče osebo ali sistem, ki mu bo pomagal postati ponovno človek. Že sama menjava identitete govori o tem, da so razmerja moči med bolnikom in zdravnikom jasno razdeljena in neenakomerna. Ravno ta pozicija moči in predpostavk, vezanih na njo, dela ta odnos izredno kritičen. Če ne gre ravno za izbranega osebnega zdravnika ali specialista, ki vodi kronično motnjo, so po navadi ta srečanja hipna, kratka in nabita. Vsaj bolnik v njih položi ogromno svojega čustvenega, kar je nerazložljivo s trajanjem odnosa. Opazovanja interakcij v zdravstvenem sistemu so vodila do prepoznavanja vzorcev, ki jih lahko razložimo s teorijo navezovanja (*attachment theory*).

To je teoretski okvir, ki spada med teorije objektivnih odnosov. Iz nje črpajo tudi številne druge psihoterapevtske šole. Teorijo je začel oblikovati Bowlby v začetku 40. let 20. stoletja. Sistematično je opazoval otroke, ločene od staršev zaradi institucionalizacije ali dolgotrajne hospitalizacije. Že v samem izvoru te teorije je bolezen in dolgotrajna ločenost od figure, ki nudi varnost. Najprej je bila le široko sprejeta teorija za razumevanje odnosa »otrok - starš«. Od 80. let pa je sprejeta tudi kot razlaga za odnose med odraslimi.

Govori o osnovni človekovi potrebi po bazični varnosti, ki ostane potreba vsakega, ne glede na starost in spol. Leta 1988 je Bowlby definiral kot »navezovalno vedenje« (*attachment behavior*) **vsako vedenje, ki vodi osebo do vzpostavljanja ali vzdrževanja bližine s točno določenim drugim, ki ga doživlja kot sposobnejšega obvladovati situacijo**. Aktivira se najpogosteje, ko je posameznik prestrašen, utrujen ali bolan in želi doseči pomiritev ter oskrbo. Drugi mu tako pomeni varno bazo in zatočišče. Bowlbyjeva definicija poudari prilagoditveno naravo navezovalnega vedenja. Je vedenjski kontrolni sistem, katerega naloga je, da ponovno vzpostavi psihično in fizično ravnotežje. Vsak človek ima nekaj ljudi, na katere se nanaša trajna navezanost (starši, ljubezenski partner, otroci). Naravo teh globokih vezi opredeli teorija navezovanja. Stanje navezanosti definirajo štiri nujne značilnosti navezanosti:

1. trajno vzdrževanje psihične in telesne bližine,
2. objekt se doživlja kot varna baza, kjer išče zatočišče, ugodje in pomiritev,
3. ločitvena tesnoba,
4. objekt in odnos z njim je varni temelj, iz katerega se lahko podaja v aktivnosti izven območja te vezi.

Izguba figure navezanosti sproži proces žalovanja, ki poteka po fazah, ki jih je opazoval Bowlby pri zapuščenem otroku kot napredovanje čustvenega odziva ob trajanju odsotnosti (protest, obup, odcepitev – *detachment*).

Vsak posameznik razvije na podlagi izkušenj s svojim primarnim negovalcem svoj navezovalni stil. Ta naj bi se izoblikoval nekje do 2. leta starosti. Skozi življenje se stil navezovanja lahko spreminja na podlagi novih izkušenj v pomembnih odnosih. Ljubezenski (da se izognem poimenovanju »partnerski«) odnos in psihoterapija sta priložnost za bolj varne izkušnje z najbližjim in razvijanje bolj varnega stila navezovanja. Opisujejo, da ima večina ljudi mešane stile, ki se prilagajajo sočloveku v odnosu. Navezovanje se namreč odigrava v medosebnem prostoru, kjer emocionalna podlaga pomeni milje za racionalno, konkretno in tudi abstraktno interakcijo. Vsak stil je v osnovnem izvoru smiseln in uporaben, posameznemu otroku je pomagal preživeti v danih okoliščinah. Problem je, če je togo prenesen v nove situacije, ki so pa drugačne od primarne klime.

Zelo na kratko bom predstavila teoretično delitev stilov. Problem je imenovanje, saj v slovenščini šele razvijamo in iščemo pojme, ki jih imamo sicer mentalno osvojene v angleškem jeziku. Moj vtis je, da smo Slovenci v govornem in pisnem jeziku okorni, suhoparni, izumetnični takoj, ko bi radi opisovali teme, vezane na čustva ali odnose, malo bolj poglobljeno. Najbrž nam ta nespretnost in pomanjkanje udobnih pojmovnih oznak ni ravno v pomoč pri vodenju medosebnih odnosov.

Povezave, izhajajoče iz odnosa med materjo/očetom in malčkom, delimo na tri oblike **organizirane** (varna, izogibajoča, preokupirana) in **neorganizirano** obliko vezi. Bowlby poudarja, da stil navezovanja določata dve prepleteni dimenziji: tesnoba (*anxiety*) in izogibanje (*avoidance*). Tesnoba govori o posameznikovem občutku lastne vrednosti in prepričanju, koliko je sprejet ali zavrnjen od drugih. Izogibanje pa o njegovi zmožnosti biti blizu (intimen) in soodvisen.

Varna navezanost (*secure att.*): otrok izraža potrebo po umiritvi jasno in neposredno, ker ve, da se bo starš odzval ustrezno, bo deloval kot varna baza in bo dosegljiv ter zanesljiv. Tak otrok se hitro umiri in se takoj vrne k igri. Med vrstniki ni ne žrtev ne mučitelj. Odrasel ima zaupanje vase in drugega in se ne boji bližine in soodvisnosti, saj se ne boji zlorab moči. Tudi ni pretirano občutljiv na distanco, saj ima bazično zaupanje vase.

Izogibajoča navezanost (*avoidant – dismissing att.*): ravno, ko otrok izrazi potrebo po tolažbi, se starš odmakne, postane hladen, odbijajoč. To otroka zmede in naredi negotovega. Nima varne baze v staršu, drugemu ne more zaupati in se pretirano zanaša nase. To so otroci, ki za ceno nevznemirjanja staršev za trejo neprijetna čustva in deaktivirajo svoje potrebe po navezanosti. S tem se odpovedo prepoznavanju in ravnanju z neugodnimi čustvi. Tak otrok je kompulzivno samostojen, pretirano prilagojen. Dokazali pa so veliko vegetativno vznemirjenost v stresnih situacijah. Lahko je sovražen do vrstnikov, z leti tudi bolj bojazljiv v stikih.

Kot odrasel je podobno kot otrok »bolj normalen od normalnih«. O sebi ima pozitivno sliko, o drugih pa negativno. Izraža malo potrebe po bližini in malo strahu pred zapustitvijo. Odnosi s ljudmi mu niso pomembni. Taki ljudje delujejo

samozadostni, ne vznemirja jih, kako jih drugi doživljajo. Se malo razkrivajo, v stiski se ne obračajo na druge. Imajo slabo razvito empatijo, ne zaznajo potreb drugega, pri pomoči so nespretni in neuglašeni.

Preokupirana navezanost (*anxiousambivalent – preoccupied att.*): starš ni varna figura, ker je v odzivu nedosleden, neuglašen. Odziva se ali pa ne. Zato otrok razvija strategijo, v kateri krepi neugodna čustva pri sebi. S tem si zagotovi staršev pozornost. To so cmeravi, plahi, sitni, oklepajoči, odvisni, jezavi, zahtevni otroci. Težko jih je umiriti. Slika sebe je podcenjena, drugega pa precenjena. Ker staršev ne doživljajo kot varno bazo, so omejeni v raziskovanju sveta. V odnosu z vrstniki in učitelji poudarjajo odvisnostno vedenje. Lahko prevzamejo vlogo žrtve vrstnikov.

Tudi odrasli so podobno odvisnostno ali jezavo preokupirani z odnosom z bližnjimi. Potreba po bližini je zelo velika, so pretirano občutljivi na distanco, zelo hitro se mobilizira ločitvena tesnoba. V odnosu so ekstremno blizu, tako čustveno kot telesno. So izredno občutljivi. Potrebujejo veliko potrditev, da so vredni, cenjeni, ljubljani. Ponujajo veliko nege in skrbi, včasih celo dušijo. Sliko o sebi imajo podcenjeno, drugemu pa pripišejo veliko večje attribute, ki so precenjeni. Tu pride do zapleta, ko idealizirana, onipotentna figura ne more odigrati dovolj dobro vloge pomiritelja, tolažnika in varne baze, saj so potrebe prevelike, nerealne. Nujno pride do razočaranja in mobilizirajo se negativna prepričanja o drugem. Sedaj ga doživljajo kot nenaklonjenega, celo sovražnega. Postanejo kritizirajoči, omejujoči, zahtevni, oblastni. Lahko razvijejo konflikt kot strategijo za reševanje problemov. Tudi sicer reševanje problemov lahko zamegljijo premočna čustva. Raziskave kažejo, da v odnosih doživljajo veliko neugodja, osamljenosti, nezaupanja, razočaranj. Njihovi zakoni so nesrečni, vendar dokaj stabilni. Težko jim nudimo obliko pomoči, ki bi jih zadovoljila. Pogosto doživljajo neprijetne psihološke simptome (anksizno-depresivna simptomatika).

Prestrašena – neorganizirana povezanost (*disorganized – fearful att.*) To je najbolj neugodna oblika navezave, ki se od ostalih razlikuje, ker ni organiziranega vzorca navezovanja, ampak ostaja fragmentiran. Pojavlja se v pomembno višjem odstotku pri trpinčenih otrocih (82 odstotkov : 19 odstotkom). Opazujemo ga pri vseh vrstah zlorab. Starš, ki bi moral biti skrbnik, zaradi svoje nepredelane travme otroka tako ali drugače uporablja za zadovoljevanje svojih potreb. Tudi starši so imeli v svoji zgodovini zlorabo ali hudo nepredelano izgubo. Za zniževanje lastne tesnobe se na otroka veže neustrezno. Ko so soočeni s starševsko vlogo, se mobilizirajo njihove nepredelane čustvene potrebe, anksioznost, žalovanje, ogorčenje, zavist do otroka, ki ima boljše pogoje, in podobno. Poleg vloge žrtve, ki jo imajo internalizirano, imajo v sebi tudi vlogo preganjalca – zlorabljevalca, ki se tudi lahko mobilizira. Odvija se lahko v istem odnosu ali v dveh ločenih relacijah. Mati je npr. lahko sama tepena žena, ki zastrašuje in pretepa otroke. Kdaj pa lahko otroka zasipa s svojo nemočjo in zasuka vloge, kjer postane otrok njen skrbnik. Lahko pa otroka doživlja kot grožnjo, ki ji zbuja neugodje, in s tem otroku sporoča, da je on preganjalec.

Tako vezan otrok se znajde v situaciji strahu brez izhoda. Ravno figura, ki bi morala biti zatočišče, povzroča največ strahu in negotovosti. Otrok tako razvije slabo sliko sebe in slabo sliko drugega. Ko opazujejo tako vezanega otroka, vidijo, da pri pridružitvi starša postane nemiren, zaskrbljen, zbeigan, zamrzne, se umakne. Tak otrok razvije fragmentirane, nezdržljive podobe sebe in drugega. Sebe vidi kot žrtev zastrašujočega starša, kot preganjalca prestrašenega starša, rešitelja za nemočnega starša... Razvija nadzorovalen odnos do drugega, pa naj bo v ospredju nadzorovalna skrb ali kaznovanost. Ta nadzorovalna drža je tudi v odnosu do vrstnikov in pogosto napoveduje nasilnost. Otrok ima težave z regulacijo čustev in razvojem kognitivnih funkcij. Taka konstelacija pomeni konstantno stanje strahu in tesnobe. Ne more raziskati lastnih bazičnih potreb in ravnanja s čustvenim.

V odraslosti jih zaznamuje izogibanje bližnjim odnosom. Strah jih je bližine in še bolj zapustitve. Veliko je bazičnega sramu in sovražnosti. Slabo komunicirajo, so nezaupljivi, se slabo razkrivajo. Zaradi fragmentiranosti psihičnih struktur tudi ne morejo uporabiti izkušenj, predvidevanj, vživljanja, spomini jim ne služijo kot zbirka izkušenj, ampak so potlačeni, nezanesljivi in nekoherentni. V odnosu do življenja težko zavzamejo aktivno pozicijo in so pogosto žrtve okoliščin. V bistvu so izjemno krhki, ranljivi, kar pa ni nujno opazno na prvi pogled, ko so v ospredju psihološke obrambe, ki dajejo lažni videz. V tesne odnose težko vstopajo, če pa jih vzpostavijo, pa jih ne morejo zapustiti. Separacijska tesnoba je tako močna, da se odrečejo vsem svojim potrebam, ki jih že tako slabo diferencirajo, in tako ostajajo v – za bolj varno vezane – nevzdržnih razmerah. To so situacije, ko moramo strokovnjaki pač sprejeti, da mnogi odrasli (najpogosteje ženske) ne morejo zapustiti odnosov, v katerih so nepretrgoma zlorabljeni in brez osnovnih človekovih pravic. Žal v velikem procentu ti odrasli ponovijo to travmo pri svojih otrocih. Pogosto imajo resne psihiatrične težave.

Navezovanje je čustveni in osebnostni tovor, ki ga prinašamo v odnose. Ko smo pacienti, tudi v pogovor z zdravnikom. Zdravnik, po Bowlbyju, vsekakor ustreza figuri navezovanja, saj ga bolnik vidi kot nekoga, »ki boljše obvladuje svet, situacijo«, v tem primeru »svet zdravja in bolezni«. Ta odnos se dogaja v jasno določenih okoliščinah, ki nujno prožijo vedenje navezovanja. Bolnik je prestrašen, zaskrbljen, izgublja nadzor in išče varno figuro. Naraščajoča količina dokazov govori o povezanosti stila navezovanja in vedenja, vezanega na zdravje. Negotovo vezani imajo več težav in višjo stopnjo nezmožnosti v določenih okoliščinah. **Varno vezani** so toliko v skladu s seboj, da se ustrezno in pravočasno odzovejo na telesne signale in čustvene odzive na njih. Čutijo se upravičene do nege in zaupajo drugim. So koherentni in ustrezno podajo pritožbo. V odnosu do sveta in sebe so aktivni in prevzamejo ustrezne, priporočene ukrepe.

Tako iz razumevanja navezovalnega vedenja dokazi kažejo, da **izogibajoče vezani** sicer imajo občutek lastne vrednosti kot varno vezani, imajo pa težave dostopati do čustvenih potreb. Njihova izkušnja drugih kot neodzivnih jih je vodila do utišanja

vsakršnega izražanja čustvene ranljivosti. Zanje je značilno, da zmanjšujejo simptome, zmanjšujejo problem in se kažejo kot uspešni v ravnanju s problemom. V odnosu z zdravstvenim osebjem ali zdravnikom so lahko avtokratski in napadalni. S strani zdravstvenih delavcev so doživeti kot nesodelujoči in sovražni, kar lahko izzove sovražnost pri osebju. Tako se na nek način uresniči njihovo prepričanje, da bo negovalec ostal zanje nedosegljiv in negativen lik.

Preokupirani hrepenijo po veliki bližini, sebe čutijo kot nemočne, druge pa kot mogočnejše od realnosti. Njihova izkušnja z nepredvidljivostjo staršev jih je naredila prepričane, da nimajo vrednosti za druge. Nihajo med strahom pred zapustitvijo in tesnobo, povzročeno s potrebo po zagotavljanju velike bližine. Običajno ne zadovoljijo te potrebe. So ljudje, ki se premočno odzovejo na dražljaje in potencirajo simptome. Delujejo prijazni in krotki. So izredno vešči pri podajanju pritožb. Vstopajo v odnos na način, da osebju ali zdravniku predajo aktivno vodilno vlogo. Pogosto so tisti, na katerih se izvaja množica preiskav. V ozadju pa vendarle prikrito, a močno deluje ambivalenca do zdravljenja. Ta izhaja iz negativnega koncepta o sebi, ki se mu pridruži še omejen občutek o lastnih zmožnostih in aktivnem ukrepanju. V začetku so podrejeni, sprejemajoči bolniki, ki pa lahko postanejo preobčutljivi, ko se jim zdi, da so doživeli zavrnitev. Ali pa sprejmejo vse in ne povedo pomembnih podatkov, da bi zadovoljili zdravnika in ohranjali njegovo naklonjenost. V določenih trenutkih, ko se ustrašijo zavrnitve ali kritike, se nezadovoljni, kritizirajoči, očitajoči (začasno) umaknejo iz odnosa. Zdravstveno osebje se na to ambivalenco in zahtevnost odzove s frustracijo ali željo po oddaljitvi in odcepitvi. To tem bolnikom potrdi osnovno bojazen, da niso vredni pozornosti in nege cenjenega drugega.

Neorganizirani – prestrašeni nosijo ambivalenco, ki jim stalno dela težave. Po eni strani je prisotno veliko hrepenenje po bližnjem odnosu, po drugi strani pa se ga silno bojijo, saj imajo velik strah pred zavrnitvijo. V bistvu se čutijo nevredne skrbi in nege, prepričani so, da za druge nimajo posebne vrednosti. Drugi so za njih ogrožajoči. To jih dela stalno anksiozne. Ne prepoznajo bazičnih potreb. Njihove psihološke obrambe so neustrezne, same povzročajo nove težave. V situaciji distresa čutijo povečanje nejasne generalizirane tesnobe, ne morejo pa diferencirati problema in potreb. Pričakanje, da bo pomembna figura zavrnila njihovo stisko, dodatno utiša glas simptoma ali tega, na kar naj bi bil posameznik pozoren. Avtorji opisujejo, da so med njimi tisti, ki pozno ali prepozno prihajajo po pomoč. V odnosu do osebja izražajo tog podrejen, vase zaprt in občutkov manjvrednosti in krivde poln odnos. Osebje potiskajo v vlogo prevlade in nadzora. Lahko vztrajajo v trmoglavni podrejenosti in pomanjkanju vsakršnih pravih gonil. Ponujajo se, na nek način, v vlogo žrtve, kjer nastopi nevarnost raznih zlorab. Ali pa zavzamejo agresivno nadzorovalno obrambno držo, polno negacij. Osebju je težko razumeti in delovati, vzbujajo nerazumevanje in nemoč. Pogosto se je težko odzvati drugače, kot »psihiatrizirani« bolnika. S tem jim uresničimo koncept, da za

njih ni negovalca, ki bi jih sprejel.

Vsak stil navezovanja pri odraslih je povezan z značilnimi vzorci odnosov, ki jih imajo s soljudmi. Ti nosijo značilne težave, če so uporabljani togo, brez primerne adaptacije na aktualnost. Vsi, ki delamo v zdravstvenem kontekstu, lahko skozi to teorijo bolje razumemo določene zaplete v odnosih z bolniki ali svojci, ki so nam bili sicer nerazumljivi.

Psihatri srečujemo v svojih ambulantah izredno malo varno vezanih bolnikov ali iskalcev pomoči. Naš pogled na svet je profesionalno ukrivljen. Ne glede na to pa aktualne situacije govorijo o tem, da imajo tudi v drugih strokah izkušnje, ki bi se jim izognili ali bi jih omejili z vpogledom v navezovanje bolnikov, lastne stile odnosov in sprožilne točke nerazumevanja in konfliktov. Da je zdravstvo močno čustveno nabito področje, vidimo, ko se v pomembnih trenutkih politične realnosti znajdemo v središču negativne pozornosti. Verjetno se vsi počutimo izrabljene, ko se poudarjeno mobilizirajo negativne izkušnje in

negativne zgodbe. Ravno to, da se politiki to vedno spleča in obnese, nam govori, kako pomembno vlogo v čustvenem doživljanju družbe imamo. Moja hipoteza je, da glede na vsesplošno razširjeno alkoholno odvisnost, stopnjo samomora, število mrtvih na cestah, naraščajočo revščino, splošno vzdušje zloma vsakršne etike in nasilje, ki je še vedno družbeno sprejemljivo vedenje, raste mnogo otrok, ki so zelo ne-varno vezani in so jim roditelji v bistvu krhki ljudje, ki so sami zelo ranljivi v odnosu do figure navezovanja. To govori najverjetneje o naši splošni narodni nezrelosti, ki jo kratkovidni politiki izrabljajo po potrebi s tem, da svojemu narodu – marsikdaj po nepotrebnem – jemljejo vsaj še malo preostalega občutka varnosti in zaupanja v zdravstvene delavce in zdravnike. Na vsakem od nas je, koliko bo prispeval k bolj človeškim odnosom. Navsezadnje je zdravnik dober človek, ki ve veliko o medicini.

Vpliv delovanja rudnika in živega srebra na zdravje prebivalcev Idrije v preteklih stoletjih

I. del

Alfred Bogomir Kobal

Uvod

Mestece Idrija leži v ozki dolini reke Idrijce, obdano s hribi. Rudnik je s svojimi podzemnimi rovi pod mestom, sedanja topilnica pa leži ob reki Idrijci neposredno ob naseljenem delu mesta. Po mnenju zgodovinarjev Mihaela Arka (1931) in Ivana Mohoriča (1960) je bilo samorodno živo srebro v Idriji odkrito slučajno leta 1490. Ozemeljsko je bila Idrija v lasti Benečanov do leta 1509, nato pa sta Idrija in rudnik postala del avstrijskega cesarstva vse do leta 1918, razen med leti 1809 in 1813, ko so Idrijo zasedli Francozi. Po prvi svetovni vojni je Idrijo zasedla Italija, ki je rudnik izkoriščala 25 let. Po drugi svetovni vojni, leta 1945 pa je rudnik pripadel Sloveniji. Rudnik Idrija je bil drugi največji rudnik živega srebra (Hg), takoj za Almadenom v Španiji. V 500 letih svojega delovanja (1490–1995) so v rudniku Idrija pridelali nad 107.000 ton živega srebra, kar predstavlja okrog 13 odstotkov celotne svetovne proizvodnje. Živosrebrna ruda se je pojavljala v dveh oblikah, kot cinabaritna ruda (HgS) in kot samorodno, elementarno živo srebro (Hg⁰). Po nekaterih ocenah se je v celotnem obdobju delovanja rudnika sprostito v okolje nad 38.000 ton živega srebra pretežno v obliki hlapov elementarnega živega srebra (Hg⁰); žgalniški ostanki, ciklonski prah, kondenzacijske in spiralne vode pa so bili prav tako pomemben vir onesnaženja okolja s Hg (Obal in sod., 1996; Kavčič, 2008).

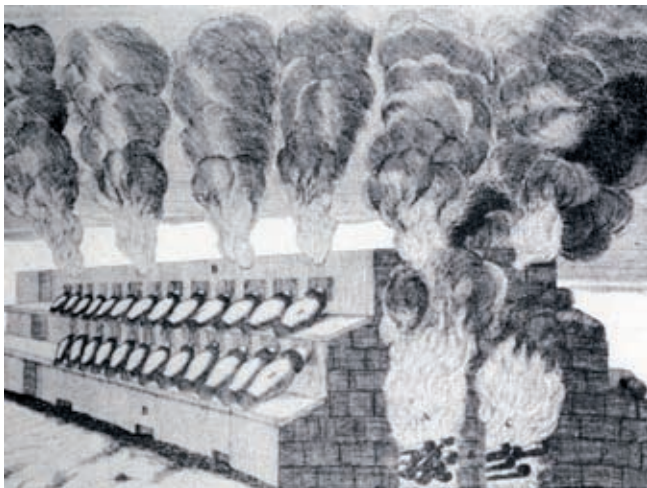
Elementarno ali metalno živo srebro je v neoksidiranem stanju – Hg⁰ edina kovina, ki je pri sobni temperaturi tekoča. Tekočina izhlapeva in izloča monoatomske živosrebrne hlapce,



Idrija konec 17. stoletja (Valvasor, 1689, Slava Vojvodine Krajnske)

ki so zelo stabilni in lahko ostanejo v ozračju mesece ali celo leta, zato so zelo pomembni ne le pri lokalnem, temveč tudi v globalnem kroženju Hg v okolju. Hlapi so monatomski, njihov tlak je pri 24° C v ravnatežju s kovino, pri tem koncentracije živosrebrnih hlapov dosegaajo 18,3 mg/m³ – vrednost, ki je 360-krat višja od priporočene dovoljene koncentracije 0,05 mg/m³ (SZO, 1976). Vpliv živega srebra na prebivalce je izrazito povezan z biogeokemijskim kroženjem in pretvorbami živega srebra v okolju ter kopičenjem v prehrabnenih verigah. Hlapi Hg⁰ v zraku se pod vplivom sončne svetlobe in ozona pretvorijo v topno obliko Hg⁺⁺, ki se odlaga na tla in v vodne sisteme, kjer se vključuje v nadaljnje pretvorbe. V vodnem sistemu se Hg metilira s pomočjo kemijskih in bioloških procesov in se v obliki metil-Hg kopiči v ribah. Le manjši del Hg v zemlji se metilira v anaerobnih pogojih s pomočjo bakterij, ki reducirajo sulfate. Metilacija je najpomembnejši člen prehoda Hg iz okolja v prehransko verigo človeka. V procesu fotosinteze v rastlinah se Hg⁺⁺ pretvori v hlapno Hg⁰, ki na ta način povzroča sekundarne emisije. Pri povečanem kopičenju Hg v zemlji prihaja do revolatilizacije Hg (SZO, 1991; Lindberg in sod., 1998).

Zadnjih 40 let so na vplivnem območju rudnika živega srebra v Idriji številni znanstveniki Odseka za znanost v okolju Inštituta Jožef Stefan pod vodstvom Lada Koste, Petra Stegnarja in Milene Horvat proučevali kroženje Hg v okolju in vzorčno predstavili prehod Hg⁰ v vodno in kopensko prehrabneno verigo človeka. Zaradi onesnaženega okolja so bili prebivalci v mestu in bližnji okolici izpostavljeni Hg z vdihavanjem hlapov in deloma tudi s hrano, pridobljeno iz tega okolja. Pri žganju rude so se v ozračje sproščali dimni plini, zato so prebivalci okrog žgalnic, zlasti pri temperaturnih inverzijah, ki so v Idriji dokaj pogoste, vdihavali hlapne Hg⁰, žveplov dvokis in nekatere druge škodljivosti. Hg⁰ je prehajalo v telo z vdihavanjem hlapov, metil-Hg in anorganske spojine Hg pa so se vnašali v telo s prehrano, zlasti z ribami iz Idrije, z domačo povrtnino, deloma pa tudi z domačimi



Retortna peč za žganje živosrebrne rude iz začetka 18. stoletja (Stampfer, 1715, Information der neu-verbesserten-Quecksilber Brennung)

živalmi, ki so jih gojili na onesnaženem območju, in deloma tudi z divjadjo s tega območja. Žgalniški ostanki prežgane rude (nad 12.200.000 ton), ki so jih v 500-letnem delovanju rudnika odlagali na območju Idrije z okolico in v reko Idrijo (Čar, 1996; Kavčič 2008), še danes predstavljajo dodaten vir Hg in drugih škodljivosti, ki obremenjujejo okolje in človeka na območju Idrije in tudi širše, vzdolž reke Idrije in Soče.

Danes vemo, da se kar okrog 75 do 80 odstotkov vdihane količine Hg⁰ zadrži v pljučih, ki nato prek alveolarne membrane zelo hitro, tako rekoč v trenutku, prehaja v plazmo in eritrocite ter s krvnim obtokom v druge organe. V eritrocitih se Hg⁰ oksidira v jonsko dvovalentno obliko, del Hg⁰ pa se oksidira v celicah osrednjega živčevja in drugih tkivih. Pri tem je zanimivo, da se tudi metil-Hg v telesu spreminja v dvovalentno anorgansko obliko (demetilacija), vendar v osrednjem živčevju to poteka počasneje. Absorpcija Hg⁰ iz prebavil in prek kože pa je zelo nizka (od 0,01 do 1 odstotka), medtem ko je absorpcija metil-Hg iz prebavil nad 90-odstotna. V telesu se največ Hg zadržuje v osrednjem živčevju in ledvicah. Učinki Hg pa so odvisni predvsem od oblike – spojine Hg, stopnje in trajanja izpostavljenosti. Med najbolj občutljive skupine prebivalstva sodijo otroci, zlasti med nosečnostjo, tedaj lahko Hg, zlasti metil-Hg, vpliva na razvoj osrednjega živčevja. Hlapi Hg⁰ prizadenejo osrednje živčevje, delovanje ledvic, dihala, prebavila, ožilje, nekatere endokrine žleze povzročajo imunske spremembe in vplivajo na rodnost, opisani pa so tudi genotoksični učinki in razvojne motnje. Nekatere razvade, zlasti uživanje alkohola, pomanjkljiva prehrana, predvsem nizke vrednosti selena (Se) v prehrani, lahko povečajo občutljivost za toksične učinke Hg (UNEP, 2002; SZO, 1990, 1991, 2003). Tudi relativno nizka okoljska izpostavljenost Hg in tudi nekaterim drugim težkim kovinam lahko, brez izrazitega praga, pri otrocih vpliva na delovanje ledvic in centralni dopaminergični sistem (Burbur in sod., 2006).

Vplive rudnika in Hg⁰ na rudarje in prebivalce v 16., 17., 18., in 19. stoletju v Idriji so dokaj celovito predstavili zlasti Ludvik Teleky (1912), Erna Lesky (1956) in Jože Pfeifer (1989) v svoji knjigi »Zgodovina idrijskega zdravstva«. Zbolevanje in zastrupitve s Hg – merkuralizem pri rudarjih in delavcih topilnice pa so predstavili tudi Johan Hammerschmied (1873), Lavoslav Glesinger (1950), Ivan Pintar (1954), Leonard J. Goldwater (1972), Jože Pfeifer (1993), Zvonka Zupanič Slavec (1998), Alfred B. Kobal (1994, 2009) in drugi. Med zdravniki, ki so delovali v Idriji, je bil Joanes Antonius Scopoli prvi, ki je poglobljeno predstavil klinično sliko zastrupitve s Hg⁰ – merkuralizem pri rudarjih in delavcih žgalnice v Idriji. Za spoznanja na področju poklicne izpostavljenosti Hg v rudniku Idrija po letu 1945 pa je pomembno tudi delo dr. Ivana Hribernika. Po drugi svetovni vojni je vključevanje medicine dela v raziskovanje vplivov Hg na človeka, v sodelovanju z Rudnikom Idrija, Inštitutom Jožef Stefan, Psihiatrično bolnišnico v Idriji, Očesno kliniko, Inštitutom za klinično kemijo in biokemijo v Kliničnem centru, Onkološkim inštitutom, Inštitutom medicine dela, Rudarskim inštitutom, Oddelkom za psihologijo Univerze

v Ljubljani, Školo narodnog zdravlja v Zagrebu, Mednarodno agencijo za raziskavo raka v Lyonu (IARC) ter drugimi pripomoglo k poglobljenemu spoznavanju vpliva Hg na rudarje in prebivalce v Idriji. Raziskovalna aktivnost je omogočila tudi izboljšanje varovanja zdravja in zgodnje odkrivanje škodljivih vplivov Hg na zdravje rudarjev in delavcev v topilnici.

Glede na razvitost zdravstvene službe in razpoložljivost podatkov o vplivu Hg in dela v rudniku na zdravje rudarjev in njihovih svojcev lahko celotno 500-letno delovanja rudnika Idrija razdelimo v tri obdobja: obdobje pred Scopolijem (16., 17. in prva polovica 18. stoletja), obdobje, ki se pričinja s Scopolijem leta 1754 (druga polovica 18. in 19. stoletje) in obdobje po drugi svetovni vojni (od leta 1945 do 1995).

Ocena vpliva Hg na prebivalce v 16., 17. in prvi polovici 18. stoletja

V obdobju pred Scopolijem (pred letom 1754) so rudniške delavce zdravili obrtniško izšolani ranocelniki in kirurgi, kasneje pa tudi strokovno izprašani kirurgi, ki so zdravili predvsem poškodbe, puščali kri, izdirali zobe in pripravljali zdravilne kopeli. Leta 1738 so delavci zahtevali razširitev zdravljenja tudi za ostale družinske člane. Največ veljavnih in zanesljivih podatkov o zdravstvenem stanju rudarjev iz tega obdobja je danes moč pridobiti le posredno iz poročil zdravnikov, drugih strokovnjakov in popotnikov, ki so obiskali Idrijo v 16. in 17. stoletju (Pfeifer, 1989).

Rudnik živega srebra Idrija je postal v 16. in 17. stoletju pomemben rudarski in metalurški center v Evropi. Idrijo je v 16. stoletju obiskalo več znanstvenikov in svetovnih popotnikov, ki so v svet širili spoznanja o razmerah v Idriji in vplivu živega srebra na zdravje delavcev. Znani zdravnik *Theophrastus von Hohenheim*, imenovan *Paracelsus*, ki je menil, da malo Hg koristi, več pa je lahko usodno, je leta 1527 v svoji knjigi *Von der Bergsucht und andere Krankheiten* opisal resno stanje bolnih rudarjev v Idriji: »vsi ljudje, ki tam živijo so skrivljeni in hromi, nadušljivi in prezebljeni, brez upanja, da bi še kdaj ozdraveli« (Lesky, 1956).

Zdravnik in rudarski strokovnjak *Georgius Bauer-Agricola* je leta 1530 prvi opisal metodo žganja rude Hg v glinastih vrčih v Idriji. Rudo so žgali na prostem, zato so se obračali s hrbtom proti vetru, ki jih je tako ščitil pred hlapi Hg⁰ (Lesky, 1956; Pfeifer, 1989). Zdravnik in botanik *Pier Andrea Mattioli*, ki je deloval v Gorici, je v svojem delu »*Pedacii Dioscoridis de materia medica, libri VI*« (1544) opisal razmere pri žganju rude Hg v glinastih vrčih v Idriji. Ugotavlja, da le redki delavci zaradi vdihavanja strupenih hlapov Hg⁰ zdržijo pri tem delu štiri leta, ne da bi se pri tem pojavili bolezenski znaki merkurializma z vnetjem dlesni, izpadanjem zob in tresenjem udov (Glesinger, 1950). V tem obdobju so tudi lastniki rudnika v Idriji ugotavljali, da se pri nekaterih rudarjih, ki v jami odkopavajo samorodno rudo, že po 14 dnevih pojavi vnetje dlesni, majavost zob in nato še tresenje udov, ki je tako močno, da delavce ovira pri plezanju v jamo (Verbič, 1965).

Angleški svetovni popotnik *Gualterus Pope* je ob obisku v Idriji leta 1665 poročal, da je srečal rudarja, ki je bil tako hrom, da

niti pol kozarca vina ni mogel spiti, ne da bi ga polil, in bil je tako poln Hg, da je posebril bakren novčič, ki ga je zadrževal v ustih ali med prsti. Tedanje razmere in delovanje rudnika v Idriji je opisoval tudi *Edvard Brown* leta 1669, ki je poročal, da zaradi merkurializma rudarji počasi shirajo (Valvasor, 1689).

Kranjski polihistor *Janez Vajkart Valvasor* v svoji knjigi *Die Ehre des Hertzogtums Crain* iz leta 1689 (Izbrana poglavja, 1984) slikovito opisuje razmere v idrijskem rudniku in med drugim pravi, da pri delu s samorodno rudo, kjer »živo srebro priteka kot studenčnica, a tistemu, ki ga najde, navadno škoduje in slabo prija zdravju, zakaj strupeni merkurjevi hlapi vdirajo v človeka in ga tako prepoje, da se mu tresenje glava, roke, noge in vse telo«. Tak bolnik ni sposoben za nobeno delo in mora beračiti do konca svojih dni. Valvasor očitno opisuje končno stanje kronične zastrupitve, ki se je razvila po ponavljajočih subakutnih zastrupitvah pri delu v jami s samorodno rudo ali pri žganju rude. Konec 17. stoletja so zastrupitve s Hg še vedno povzročale povečano nesposobnost za delo, tudi zaradi neurejenega zdravstvenega varstva, zboleli rudarji pa so zaradi slabega gmotnega stanja in bojazni, da bi izgubili zaslužek, pogosto še dalje vztrajali pri svojem delu.

Georg Keyssler je ob obisku Idrije leta 1730 opisal rudnik in njegovo delovanje. Čeprav ni bil zdravnik, je opisal tudi nekatere izrazite simptome zastrupitve, ki so se pojavljali pri odkopavanju samorodnega Hg⁰: »tresenje rok, nog in glave z grozo vzbujajočim pačenjem obraza«. Tudi miši in podgane, ki so se zatele v jamo – rudnik, so se pričele podobno tresti kot ljudje, dobile so krče in kmalu nato poginjale (Gldwater, 1972).

Znanstvene razprave in poročila nekaterih popotnikov v 16., 17. in prvi polovici 18. stoletja so predstavili tedanje metode žganja rude in opisali škodljive vplive hlapov Hg⁰, ki so nastajali pri žganju rude in pri delu s samorodnim Hg⁰. Z naraščanjem proizvodnje Hg in uvedbo novih žgalniških peči, ki so imele še relativno nizke izkoristke pri žganju rude, so bile izgube hlapov Hg⁰ z dimnimi plini v okolje dokaj visoke, po nekaterih ocenah tudi do 50-odstotne (Mlakar, 1974; Kavčič, 2008). Na osnovi predstavljenih opisov težke prizadetosti zdravja zastrupljenih delavcev v žgalnici in jami ter povečane izgube Hg v okolje pri žganju rude, domnevamo, da so bile koncentracije v okolju, zlasti hlapov Hg⁰ v zraku na območju bivališč rudarjev okrog žgalnice, prav tako povišane. Žene in otroci rudarjev so bili še dodatno izpostavljeni hlapom Hg⁰ v svojih bivališčih, saj so tedaj rudarji svojo delovno obleko, onesnaženo s Hg, hranili kar doma. Povečano obremenjenost okolja s Hg potrjujejo tudi kmetje iz okolice, ki so tedaj zahtevali odškodnino zaradi zmanjšanja pridelka žita, sadja in upada prireje živine (Pfeifer, 1989). V 16. in 17. stoletju so bile stanovanjske razmere, higiena in tudi socialno stanje prebivalcev v Idriji zelo slabi, tedaj tedenski zaslužek rudarja ni zadostoval za nakup mernika žita, kar je prav gotovo povečalo obremenjenost in občutljivost za vplive Hg pri svojih rudarja (Verbič, 1993).

Kljub nedvomno povišanim koncentracijam Hg v okolju in opisanim zastrupitvam pri živini, pa iz razpoložljivih poročil

ni podatkov o vplivu Hg na zdravje svojcev rudarjev in ostalih prebivalcev v Idriji. Na osnovi predstavljenih podatkov ocenjujem, da je povečana obremenjenost okolja s Hg vplivala tudi na zdravje žena in otrok rudarjev, vendar pa to ni bilo deležno pozornosti, saj vsebnost Hg v bivalnem okolju očitno ni bila tako visoka, da bi povzročala tedaj dobro znane znake poklicne zastrupitve s Hg°. Glede na današnja spoznanja in lastne izkušnje menim, da so se pri občutljivih skupinah prebivalcev, ki so živeli v območju virov povečane vsebnosti Hg° v zraku in uživali prehrano s povišano vsebnostjo Hg, pojavljali, tedaj še nepoznani, subklinični in klinično zaznavni učinki Hg s prizadetostjo osrednjega živčevja, motnjami v delovanju imunskega sistema. Poleg slabega socialnega stanja, slabih bivalnih razmer in higiene je povišana izpostavljenost prebivalcev Hg povečevala tveganje za pojavljanje drugih bolezni, ki so se sicer pojavljale med prebivalstvom v Idriji in ki jih je podrobneje predstavil dr. J. Pfeifer v svoji knjigi leta 1989.

Ocena vpliva Hg na prebivalce v 18. in 19. stoletju

Z zaposlitvijo zdravnika Joanesa (Ioannes) Antoniusa Scopolija v Idriji leta 1754 se je pričelo obdobje, v katerem so za zdravstveno varstvo rudarjev in njihovih svojcev skrbeli akademsko izobraženi zdravniki, ki so zdravili »notranje bolezni«, ter kirurgi, ki pa so zdravili poškodbe in skrbeli za porode. V naslednjih 250 letih je v Idriji za zdravje rudarjev in njihovih svojcev skrbelo mnogo zdravnikov in kirurgov, ki so jih v svojih delih predstavili Mihael Arko (1939), Ivan Mohorič (1960) in zdravnik Jože Pfeifer (1989). V tem prispevku se bom naslanjal predvsem na dela tistih zdravnikov, ki so poglobljeno predstavili merkurializem in druge bolezni, med te pa sodijo zlasti *Joanes Antonius Scopoli*, *Baltasar Hacquet*, *Ludvik Gerbec*, *Ludvik Jenko* in *Johann Baaz*.

Joanes Antonius Scopoli, zdravnik, botanik profesor kemije in metalurgije, je deloval v Idriji 15 let. V tretjem delu svoje knjige *De Hydrargyri Idriensis. Tentamina Phisico – Chémico – Médica*, III. *De Morbis Fossorum Hydrargyri* (1771) je predstavil bolezenska stanja, ki jih je najpogosteje opazoval pri rudarjih in delavcih v žgalnici. Bolezenska stanja je opredeljeval po bolezenskih simptomih in ne po nozološki klasifikaciji bolezni, zato je tudi merkurializem in ostale bolezni opisal po simptomih v posameznih poglavjih. Najpogostejša bolezenska stanja, ki jih omenja pri delavcih v rudniku, so bila zlasti: tresenje (tremor), slinjenje (salivatio), kašelj (tussis sicca), astma (difficili respiratione corripitur), driska (diarrhoea), intermitentna vročica (febris intermittens).

J. A. Scopoli je poglobljeno opisal simptome zastrupitve s Hg°, posebej je predstavil akutne, subakutne in kronične oblike merkurializma pri delavcih v jami in v žgalnici. Meni, da se akutne zastrupitve, ki jih spremlja kašelj in krčevito stiskanje dihalnih poti, pojavljajo pri popravih ali zamenjavi glinastih dimnih cevi – aludlov, pri španskih pečeh v žgalnici zaradi vdihavanja izredno visokih koncentracij hlapov Hg° in žvepla (žveplovega

dvokisa). Pri delavcih v jami pa opaza, da tudi kameni prah, ki ga delavci vdihavajo pri delu v jami, lahko povzroča trdovraten kašelj in težko dihanje, ki ga pogosto spremlja krvav izpljunek in pojav ftize – sušice. Čeprav pravega vzroka za sušico – tuberkulozo Scopoli tedaj še ni poznal, je bil vendar prvi, ki je pri rudarjih v Idriji opisal to težko prizadetost zdravja. V tesnih in majhnih stanovanjih, kjer je rudar živel s svojo družino, pa se je tuberkuloza lahko širila tudi na ostale člane družine. Zaradi slabih higienskih razmer so se driska, paraziti in intermitentna vročica pogosto pojavljali tudi med prebivalstvom. Intermitentna vročica, ki je lahko tudi hudo prizadela bolnika, je po današnjih ocenah nastajala zaradi okužbe s spiroheto iz rodu leptospir, vir teh okužb pa so običajno miši in podgane, te pa so bile tedaj v Idriji zelo razširjene celo v jami (Pintar, 1954). Scopoli v omenjenem delu ni posebej opisoval vpliva Hg na svojce rudarjev, vendar pa je kasneje v enem izmed svojih del (Scopoli, 1784) omenil, da rudarji s svojimi delovnimi oblekami prinašajo domov tudi delčke, kapljice Hg, kar pri svojcih lahko povzroča bolezenske simptome merkurializma.

Baltasar Hacquet, magister kirurgije in porodništva, je leta 1766 nastopil službo kirurga pri rudniku Idrija, kjer je deloval sedem let, prva tri leta skupaj s Scopolijem. Delo kirurga je opravljal zelo uspešno, ukvarjal pa se je tudi z botaniko in mineralogijo. V svojem delu *Oryctographia Carniolică*, kjer je opisal Idrijo in idrijsko rudišče, je v končnem poglavju pisal tudi o zdravstvenih problemih rudarjev. Poklicne bolezni idrijskih rudarjev pa je predstavil v svoji *Spomenici* (Šumrada, 2003). V razpravi o merkurializmu pri živalih ugotavlja, da Hg in žveplo zastrupljata tudi govejo živino. Govedo, ki uživa rastlinsko krmo, ki raste v bližini žgalnice, in pije vodo, ki odteka preko žgalniških ostankov v Idrijo, se prične sliniti in tresti, izgubi tek in počasi shira, v tej vodi so poginjale tudi ribe (Pfeifer, 1989). Glede na današnja spoznanja menimo, da so ribe poginjale predvsem zaradi povečane vsebnosti žveplovih spojin v odpadnih vodah. Znano je namreč, da ribe brez večje prizadetosti kopičijo Hg v obliki metil-Hg v mišicah, kjer se vsebnost metil-Hg še povečuje, magnificira z rastjo ribe (UNEP, 2002). Očitno je, da je bila tedaj prisotna povečana obremenjenost celotnega okolja, s povišano vsebnostjo Hg v zraku, zemlji, rastlinah in pri živalih, vendar pa B. Hacquet ne navaja morebitnih vplivov obremenjenega okolja na prebivalce, ki žive na tem vplivnem območju žgalnice in jame.

Ludvik Gerbec, akademsko izobraženi zdravnik, se je leta 1838 stalno zaposlil v Idriji in tu deloval 40 let. V svojih poročilih navaja, da okrog 43 odstotkov rudarjev in delavcev iz žgalnice trpi za različnimi posledicami merkurialne zastrupitve. Pri zbolelih so se najpogosteje pojavljale subakutne oblike zastrupitve s slinjenjem, vnetjem in razjedami v ustni votlini in izpadanjem zob. Tremor v tem času ni bil tako pogost, vendar ko se enkrat pojavi, zlepa ne izgine. Pri najtežjih oblikah zastrupitve pa se, podobno kot je to opisal že J. A. Scopoli, tremor prenese na vse ude in glavo, govor pri takem bolniku je zatikajoč. Iz njegovih poročil je razvidno, da so se med prebivalstvom pojavljali revma,

giht, boleznijeter, glistavost, črevesni katarji in tuberkuloza. Pljučna tuberkuloza je bila tedaj med rudarji in njihovimi svojci zelo razširjena, saj je bila vzrok smrti pri vsaki drugi odrasli osebi. Menil je celo, da Hg lahko vpliva tudi na nastajanje pljučne tuberkuloze, ni pa še poznal pravega vzroka – povzročitelja tuberkuloze, saj ga je šele leta 1882 odkril R. Koch. V poročilu iz leta 1871 L. Gerbec navaja, da se med prebivalstvom pojavljajo določene bolezni endemično, ker so povezane z izpostavljenostjo Hg. Med nje je prišteval zlasti skorbut, škrofulozo, dispepsijo oz. prebavne motnje in motnje v delovanju živčevja. Ob tem posebej omenja Idrjčana kot nervoznega, vzkipljivega in asteničnega človeka, s podobnimi značajskimi potezami, kot jih je J. A. Scopoli opazil pri delavcih v žgalnici (Hammerschid, 1873; Teleky, 1912). V prvi polovici 19. stoletja sta dva velika požara v jami povzročila porast merkuralizma med rudarji. L. Gerbec poroča, da se je zaradi požara v jami leta 1846 pojavil merkuralizem tudi med prebivalstvom. Ocenjuje, da je zaradi posledic merkuralizma bolehalo kar 713 moških in 204 ženske. V letu po požaru (1847) pa se je tudi rodnost v Idriji znižala z 31 na 22 rojstev na 1000 prebivalcev.

V Idriji je od leta 1873 dalje deloval kot rudniški zdravnik *Ludvik Jenko*, od leta 1878 pa *Johan Baaz*. L. Jenko navaja v svojem poročilu iz leta 1875, da je bilo med umrlimi 30 odstotkov tuberkuloznih bolnikov, od katerih so bili štirje aktivni delavci. To potrjuje ugotovitve L. Gerbeca, da je bila v Idriji smrtnost zaradi tuberkuloze izredno velika, v primerjavi z Ljubljano, kjer je bila precej nižja. J. Baaz (1886) je menil, da merkuralizem pospešuje razvoj tuberkuloze, saj je opazil, da je bil med boleznimi dihal delež tuberkuloznih bolnikov okrog 17-odstoten. Otroci rudarjev, ki bolehalo za kroničnim merkuralizmom, imajo pogosto škrofulozo, otroške krče, vendar pa ni bilo opaziti, da bi Hg vplivalo na duševno stanje otrok. Po podatkih iz mrliških knjig iz obdobja od 1881 do 1890 je bila povprečna umrljivost v Idriji precej višja (36,6 oseb na 1000 prebivalcev) kot na Kranjskem (29,5 oseb na 1000 prebivalcev). Podrobnejši podatki so na razpolago v knjigi dr. Pfeiferja iz leta 1989. Zaradi odkopavanja samorodne rude je leta 1899 število zastрупitev s Hg močno naraslo, v jami je zbolelo kar 85 delavcev, v topilnici pa 86 delavcev. Zdravnik *Ludwig Teleky (1912)*, ki je tedaj proučeval zdravstveno stanje rudarjev v Idriji, je ugotovil, da zelo veliko število delavcev rudnika zbolevala zaradi zastрупitev s Hg, med ostalimi boleznimi pa izstopajo tuberkuloza, bronhialni katarji, nevrološke motenje, ki terjajo izredno dolgotrajno zdravljenje in povzročajo visoko stopnjo invalidnosti. Zelo visoka je bila tudi smrtnost zaradi tuberkuloze; pri tem je imela pomembno vlogo tudi higiena nasploh, tako na delovnem mestu kot v domačem okolju.

Znanstvene razprave in poročila iz 18. in 19. stoletja so izčrpno

predstavili delovne pogoje in obremenitve, s katerimi so se srečevali rudarji in delavci v žgalnici. Merkuralizem med rudarji in delavci v žgalnici je bil seveda vedno povezan s porastom proizvodnje Hg. Ob tem je bila tedaj izguba Hg v okolje dokaj visoka tudi zaradi slabših izkoristkov žgalniških peči. Po nekaterih ocenah je v obdobju od 1786 do 1945 delež izgube Hg v ozračje dosegal celo nad 19.000 ton (Mlakar, 1974; Kavčič, 2008). Vzporedno s tem pa je na vplivnem območju rudnika naraščala tudi obremenitev okolja in prebivalstva. To potrjuje tudi B. Hacquet v svoji študiji, v kateri poroča, da se na vplivnem območju žgalnice zastruplja celo goveja živina. Teh ugotovitev nekatere državne strokovne komisije, ki so obiskale Idrijo v letih od 1873 do 1877, niso povsem potrdile niti zanikale (Pfeifer, 1989). Rudarji in delavci žgalnic so še vedno hranili delovne obleke doma, kar je pri ostalih članih družine predstavljalo pomemben dodaten vir izpostavljenosti Hg°. Po požaru v jami leta 1846 je zaradi povišanih koncentracij hlapov Hg na območju mesta merkuralizem med prebivalstvom močno porasel. Če pri tem povzamemo ugotovitve zdravnika L. Gerbeca o pojavljanju nekaterih simptomov merkuralizma med prebivalci, upravičeno domnevamo, da so se tedaj koncentracije hlapov Hg° gibale v območju od 200 do 4800 ng/m³. Znano je namreč, da se pri 24-urni izpostavljenosti hlapom Hg° v tem območju lahko pojavijo pri prebivalcih subklinični in tudi klinično zaznavni učinki Hg° z motnjami v delovanju osrednjega živčevja (SZO, 2003). Sicer pa so bili tedaj opisani tudi posamezni primeri manifestnih zastрупitev otrok, npr. zastрупitev otroka, ki je spal v postelji pri zbolelem očetu rudarju (Teleky, 1912). To je povsem mogoče, saj je znano, da se hlapi Hg° izločajo iz telesa tudi z izdihavanjem, zlasti ob stalnem uživanju alkohola (Hurst in sod., 1976; Kopal, 1991). Glede na tedanjo obremenjenost bivalnega okolja v Idriji s Hg lahko pritrdimo ugotovitvam L. Gerbeca, da so se pri občutljivih skupinah prebivalstva pojavljali klinično zaznavni in subklinični simptomi prizadetosti osrednjega živčevja. Vendar pa glede na tedaj razpoložljive diagnostične in laboratorijske metode subkliničnih sprememb, značilnih za delovanje Hg pri prebivalcih, ni bilo mogoče ugotoviti. Težko fizično delo, slaba prehrana in izpostavljenost Hg, žveplovemu dvokisu in prahu so izčrpavali rudarje in slabili njihovo odpornost, zato je bila med njimi tuberkuloza pljuč tako pogosta. Higijenske, stanovanjske in nasploh komunalne razmere (pitna voda, odplake) pa so omogočile tudi širjenje tuberkuloze med svojce rudarjev in povečevale zbolewnost in umrljivost prebivalstva. Ob takem stanju so se seveda pojavljale tudi razne nalezljive bolezni, ki sta jih podrobneje predstavila zdravnik E. Lesky (1956) in J. Pfeifer (1989).

(Se nadaljuje)

Literatura je na voljo pri avtorju.

Utrinki iz zgodovine zobozdravstva

I. pregled nastajanja stroke

Velimir Vulikić

Iz pogovora s kolegi in na podlagi drugih spoznanj sklepam, da si naši zobozdravniki želijo nekaj več informacij s področja stanovske zgodovine. To je samoumevno, saj na oddelku za stomatologijo ljubljanske medicinske fakultete poklicnega učitelja za ta predmet, kot ga imajo samostojne stomatološke fakultete po svetu, nismo imeli.

Z zgodovino zobozdravstva se ljubiteljsko ukvarjam več kot trideset let, zato bom kolegom, z dovoljenjem uredništva Isis, v nadaljevanjih posredoval nekaj utrinkov iz zgodovine našega zobozdravstva. V mojih do sedaj napisanih štiriindvajsetih knjigah je tudi nekaj z vsebino iz te zgodovine, ki mi bodo služile kot vir za omenjeno nadaljevanko. Gradivo za te knjige sem črpal iz vseh večjih arhivov in knjižnic, veliko pa sem ga dobil od še živečih zobozdravstvenih delavcev in svojcev umrlih. Ker ima vsaka reč svoj začetek, se bom prav na kratko ozrl na poreklo in večtisočletni razvoj stroke.

Splošna (demonistična) medicina, kateri je pripadalo zobozdravstvo, izvira iz starega veka. Tako je v babilonsko-asirskem času nastal prvi (Hamurabijev) zakon, ki je urejal družbene razmere v deželi ter v njem zdravstvo in zobno medicino. Tedaj je bil napisan prvi test o nastanku kariesa zob, ki naj bi ga povzročal »zobni črv«. Pred tem (leta 1697 pred n. š.) pa so na Kitajskem objavili prvo knjigo v dveh delih o bolezni zob.

Tradiciji starih narodov (Egipta, Babilonije, Asirije, Kitajske, Indije) je grškim zdravnikom, na čelu s Hipokratom, uspelo odvreči plašč religiozne mistike. Tako je v letih helenske kulture medicina (tudi zobozdravstvo) doživela začetke znanstvenega razvoja. To se je izkazalo v večjem znanju anatomije zob in čeljusti, zdravljenju pulpitis s trepanacijo zoba z ročnim svedrom. Tedaj so za devitalizacijo pulpe uporabili arzen, 30 let pred n. š. pa so začeli zobe plombirati s svincem (plumbom – plomba). Ekstrakcije zob, kot najstarejšo obliko protizobobolnega ukrepa, so od začetka izvajali s primitivnimi pripomočki (na Japonskem s prsti) tako, da so pacientu v ležečem položaju postavili glavo med zobozdravnikova kolena, v 4. stoletju pred n. š. pa v klečečem ali sedečem položaju. Hipokrat je opisal frakturo in luksacijo čeljusti ter imobilizacijo fragmentov z zlato žico.

Najstarejše protetično delo izvira iz leta 2500 pred n. š. To sta bila majava spodnja kočnika, povezana z zlato žico; kasneje, po 8. stoletju pred n. š., so v stari Italiji Etruščani v kozmetične namene izdelovali nove in vezali majave zobe. Ta obrt, ločena

od zobozdravstva, je bila v rokah zobnih tehnikov laikov in se je obdržala vse do začetka 18. stoletja.

Prvi pojmi o ortodontiji sežejo v dobo Antične Grčije, ko je Hipokrat opisal podolgovata lica in krivo raščene zobe. V letih arabske medicine so opisali korekture deformiranih ust in alveolarnega grebena ter ekstrahirali nadštevilne zobe, povzročitelje nepravilno raščene čeljusti. V tem obdobju je bilo zobozdravstvo v rokah splošnih zdravnikov. V srednjem veku sta bila zobozdravstvo in kirurgija enoten poklic, ločen od medicine.

Z začetkom prve evropske medicinske šole v italijanskem Saleremu v 9. stoletju je bil opazen napredek v anatomiji, patologiji, kirurgiji in zobozdravstvu. Napredku zobozdravstva je prispevala tudi Bolonjska kirurška šola (od 13. do 16. stoletja). Pozornost internistični medicini je pogojeval nastanek stanu kirurgov, brivcev in padarjev. Ščasoma je bilo zobozdravstvo prepuščeno brivcem, ki so zobe izdirali na javnih mestih. Tako je med 11. in 15. stoletjem zobozdravstvo močno nazadovalo. V začetku srednjega veka je bil premagan srednjeveški dogmatizem, nakar se je neovirano in hitreje razvijala medicinska znanost. Ime zobni zdravnik, kot samostojni medicinski delavec, se prvič omenja v Nemčiji v začetku 17. stoletja. V Franciji pa so leta 1699 vpeljali zobozdravniški izpit... Kljub delnemu napredku je bilo zobozdravstvo še vedno omejeno le na izdiranje zob, pogosto po sejmih, in na reklamiranje različnih malo ali nič vrednih zdravil proti zobobolu. Taki »zdravniki« so nosili klobuke okrašene z izdrtimi zobmi. Zobe so izdirali še vedno na primitiven način, o čemer priča podatek, da je zaradi tega leta 1665 v Londonu umrlo 111 ljudi.

Leta 1728 je Francoz Pierre Fauchard objavil priročnik, prvo delo, ki zajema celotno tedanje spoznanje iz dentalne kirurgije, konzervative in zobne protetike. Ustanovil je zdravniški stan in šola za njihovo izobrazbo, ki je slonela na medicinski znanosti. Na podlagi teh in novih spoznanj se je gradila odontologija 19. stoletja, Faucharda pa so imenovali očeta moderne stomatologije.

Prihodnjič: Začetki stomatologije in njenih strok

Življenjska pot dr. Jožeta Potočnika, kirurga avstro-ogrške mornarice, in njegovega sina Hermana Potočnika

Jože Barovič

Jože Potočnik se je rodil leta 1841 v Slovenj Gradcu. Po gimnaziji se je vpisal na študij medicine na graški univerzi. V začetku leta 1866 je študij uspešno zaključil ter bil kot zdravnik sprejet v avstro-ogrsko vojno mornarico. Kot mladi zdravnik je sodeloval v znameniti bitki pri otoku Vis. Do zgodovinske bitke med močnejšo italijansko floto in avstro-ogrsko floto je prišlo 16. julija 1866. Italijanski admiral Persano je želel zavzeti otok Vis ter tako doseči prednost v bodoči vojni z Avstrijo. Celotna italijanska flota je že 16. julija krožila okoli otoka Vis in šele 18. julija ob 10. uri dopoldan je začela s topovskim obstreljevanjem obalnih baterij maloštevilnih avstrijskih vojakov. Del italijanske flote je odplul na Hvar, da bi presekal pomorski telegrafski kabel, ki je preko Hvara in Brača povezoval Vis s Splitom ter z glavno avstrijsko luko v Pulju. Obstreljevanje italijanskih topov je viškim baterijam prizadejalo malo škode in 2000-glava vojaška posadka je z lahkoto zavrnila vse poskuse zavzetja otoka. Ladje, ki so jih Italijani poslali na Hvar, so prepozno presecale kabel, tako da je z Visa v Pulj še pravočasno prišlo sporočilo o napadu.

Naslednjega dne, 19. julija, so Italijani brez večjega uspeha obstreljevali obalne baterije. Do večera so vsi topovi obmolknil in ponoči je zavladalo zatišje. Admiral Persano je želel izvesti v naslednjem dnevu odločilni naskok na otok Vis. V noči z 19. na 20. julij je prišlo do poletnega neurja, ko je okrepljeni jugo

premetaval italijansko ladjevje. Nebo so zastirali svinčeni oblaki, veter se je polagoma krepil, valovi so se dvigali v grebene. Zaradi deževnih oblakov, ki so prekrili nebo, se posadke niso mogle orientirati po zvezdah. Poletni vihar je premetaval ladje po razburkanem morju, le tu in tam so jih slepeči bliski osvetljevali z rumeno-belo svetlobo. In v tem neurju je avstrijski admiral Tegetthoff s svojo floto hitel na pomoč obkoljeni posadki na otoku Vis. Predvideval je, da gre le za poletni vihar in da bo že naslednji dan bistveno drugače. In res, prvi žarek svetlobe po tej nevihtni noči je prinesel žarek upanja. Vidljivost se je izboljšala in jasno so se prikazali obrisi otoka Vis. Pred otokom je dim iz dimnikov ladij italijanske flote nakazoval sovražnikov vojni razpored. Na nasprotni strani je tudi admiral Persano opazil prihajajočo avstrijsko floto. S ciničnim nasmehom je rekel: »Ecco i pescatori.« (No, končno prihajajo ribiči.) Svoje ladje je pripravil za boj.

Admiral Tegetthoff je takoj opazil slabosti napačne razporeditve bojnih ladij. Z odločilnim naskokom, s katerim je povzročil zmedo, je odločil boj od blizu. Nevtraliziral je močnejše italijanske topove in močnejše ladje. Avstrijecem je ta razpored dal priložnost, da so sovražne ladje napadali s premcem, tako da bi jih predrli in potopili. V podvodnem delu so imele avstrijske ladje kovinske kljune, dolge do 9 m in sposobne predreti vsako ladjo. Zgodovinska bitka se je pričela od 11. uri in je trajala do zgodnjega popoldneva. Zaradi izgub svojih najmočnejših ladij je admiral Persano ukazal umik proti Anconi. Zmagovita avstrijska flota z admiralom Tegetthoffom je prispela v pristanišče Vis, kjer so jih slavnostno sprejeli. Zmaga pri otoku Vis je preprečila zavzetje otoka, pomenila je zmago na odprtem morju nad veliko močnejšo silo. Avstrijska flota ni izgubila nobene ladje, čeprav so bile mnoge poškodovane. Padlo je 56 mornarjev in trije častniki. Na italijanski strani je bila izguba veliko večja, dve močni ladji sta potonili na dno Jadrana, v bitki je padlo 643 mornarjev ter 38 častnikov.

Mladi zdravnik Jože Potočnik je oskrboval številne poškodovane mornarje in častnike. Lahko samo predvidevamo, kakšne so bile poškodbe, ki so nastajale od padcev jamborov, ognja in strelnih poškodb ladijskih topov takratnega časa. V tehnično slabo opremljenem operacijskem prostoru je opravljal številne amputacije. Po bitki je bil odlikovan z odličjem za hrabrost in je počasi napredoval. Leta 1874 je dobil naziv oz. čin »Linien Schiffärzte« (zdravnik linijske ladje) ter je imel pod svojo komando 18 mlajših zdravnikov. 1887. leta je postal



Kirurg avstro-ogrške mornarice Jože Potočnik

»Marinestabsärzte« (zdravnik – višji mornariški častnik) ter pričel z delom v mornariški bolnišnici v Pulju. Mornariška bolnišnica je v tistih časih predstavljala največjo bolnišnico v monarhiji. Imela je čez 500 postelj ter različne oddelke, med katerimi so najbolj znani: oddelek za notranje bolezni, oddelek za podvodno medicino, oddelek za uho, grlo, nos, oddelek za kirurgijo, oddelek za dermatovenerologijo ter nevropsihiatrijo.

Jože Potočnik se je poročil s postavno Mici, rojeno Kokošinek, hčerko mariborskega trgovca. Rodili so se jima štiri sinovi, od katerih je bil Herman, rojen leta 1892, najmlajši. Po neozdravljivi bolezni, ko je bilo najmlajšemu sinu Hermanu komaj 14 mesecev, je Jože Potočnik leta 1894 umrl. Pokopan je na puljskem mornariškem pokopališču, kjer je grob še danes viden.

Lahko si predstavljamo stisko matere, ko je ostala sama s štirim otroki. Odločila se je, da se vrne v Maribor, v hišo svojega očeta Jožeta Kokošinka. Družina Kokošinek je bila znana mariborska meščanska družina. Oče Jože Kokošinek je bil rojen 19. julija 1844 v Mariboru in je odprl trgovino z mešanim blagom v svoji hiši na vogalu Partizanske ceste in Cankarjeve ulice. Med drugo svetovno vojno je bila hiša porušena ob bombardiranju ameriških letelih trdnjav. Znan je bil kot mariborski podžupan, ki je mestu Maribor podaril velik travnik, ki je pozneje postal mestni park. Ob vznožju hriba Piramida je leta 1886 z drevesnim nasadom uredil cesto, ki je dobila ime po njem – Kokošinkova aleja. Danes je to ena najlepših mariborskih ulic in nosi ime Tomšičev drevored. V zakonu z ženo Pavlo je dobil sinova Rudija in Jožeta ter hčeri Evgenijo in Mici. Umrl je po daljši bolezni 5. januarja 1905 v 60. letu starosti. Njegov vnuk prof. dr. Peter Kokošinek je bil znani biofizik ter vodja raziskovalnega inštituta Univerze v Salzburgu. Pri raziskovalnem delu o vplivu elektromagnetnega sevanja na bolne in tumorsko spremenjene celice so z njim občasno sodelovali tudi prof. dr. Anton Jeglič s Fakultete za elektrotehniko v Ljubljani ter prof. dr. Zmago Turk z mariborske Medicinske fakultete.

Majhnemu Hermanu Potočniku je pozornost dedka in babice nekoliko nadomestila ljubezen preminulega očeta. V Mariboru je Herman končal osnovno šolo ter se po nižji vojaški realki leta 1910 vpisal na tehnično akademijo v Mödlingu pri Dunaju. Po

diplomi, ki je bila ocenjena z najvišjo možno oceno, je od 1913. leta delal na različnih gradbiščih v avstro-ogrski monarhiji kot strokovnjak za mostove in železniške proge s činom nadporočnika. Med prvo svetovno vojno je zagotavljal brezhibno oskrbo na frontnih črtah Galicije, Srbije in Bosne. Posebej uspešno je gradil fortifikacijske objekte na soški fronti. Med ostalim je tudi ta moč mostov in trdnjav zaustavljala številnejšo italijansko armado, ki je pred koncem prve svetovne vojne v paničnem strahu zapustila frontno črto. Dolgotrajno bivanje na frontni črti (v vetru, soncu, dežju in snegu) je načelo njegovo zdravje. Zaradi kronične pljučne bolezni je bil v 26. letu upokojen s činom nadporočnika. Bolezen ni zmanjšala njegovega interesa za znanost. Na Dunaju se je vpisal na študij strojništva na Visoki tehnični šoli. Uspešno ga je zaključil leta 1925. Med študijem se je prvič srečal z raketno tehnologijo. Čutil je, da ga zdravje zapuša, zato se je z veliko vnemo lotil pisanja o raziskovanju vesolja. V velikem materialnem pomanjkanju je tik pred smrtjo leta 1929 dočakal objavo svojega vizionarskega dela, v katerem opisuje potovanje letelih objektov skozi vesolje. Naslednje generacije seznanja o problemih, ki jih še čakajo na poti raziskovanja vesolja. Knjigo »Das problem der Befahrung des Weltraums« je objavil pod psevdonimom »Noordung«. Pokopan je na evangeličanskem delu dunajskega pokopališča v Simmeringu.

Herman Potočnik je, daleč od imaginacije Julesa Verna, z vizionarsko-znanstvenim pristopom predvidel možnosti potovanja v vesolju. Njegove ideje živijo še danes v mednarodni vesoljski postaji, ki že nekaj let uspešno kroži v zemeljski orbiti. Ponosni smo lahko na našega rojaka, pionirja vesoljskega raziskovanja, mi zdravniki pa na njegovega očeta Jožeta, ki je ob pomanjkanju medicinske opreme reševal življenja poškodovanih mornarjev in častnikov v znameniti pomorski bitki pri otoku Vis.

Upam, da bo ta prispevek v strokovni in širši javnosti obnovil spomine na očeta in sina, ki sta se vsak na svoj način razdajala v svojem poklicu. Mogoče bo nekdo z našega veleposlaništva na Dunaju ob obletnici smrti prižgal majhno svečko na njegovem grobu. Ime Hermana Potočnika je z zlatimi črkami zapisano v svetovni zakladnici vesoljskih raziskovalcev. Njegovo razmišljanje je močno prehitelo čas, v katerem je živel.

Kjer slovenščina zveni drugače

Marjan Kordaš

Moj častnik za zvezdo iz Celovca me je kar na lepem povprašal, ali bi se udeležil nekakšnega srečanja v znani gostilni na Obirskem. Pred odgovorom sem si ogledal zemljevid in ugotovil, da Obirsko zajema moje že dolgo načrtovano, a doslej še ne ureničeno kolesarjenje od Železne Kaple čez Šajdo do Sel ali celo do Borovelj. »Če ne drugega, bo to dobra izvidnica,« sem pomislil in poslal privolitev. In že čez nekaj dni sem prejel vabilo, naslovljeno *Pisateljsko srečanje, 26. septembra 2009 pri Kovaču na Obirskem*. Spored je pripravila Anita Hudl, predsednica *Društva slovenskih pisateljev, prevajalcev in publicistov v Avstriji*.

Seveda sem se kar nekaj časa spraševal, kaj naj jaz počnem na srečanju pisateljev. A mojih neodgovorjenih vprašanj z mejo (karkoli že to dandanes je ali ni), s pokrajino tostran in onstran Jezerskega vrha ter s pomenom jezika v identiteti človeka je bilo preveč. In še vedno jih je preveč. Tako sem se nehal spraševati; naložil sem si le vprašanja in se odpravil.

Na koncu Kokre, na nekdanji deželni meji med Koroško in Kranjsko sem se mimo obeh mejnikov peljal bolj počasi. Zakaj in čemu, za Božjo voljo, je na koroškem mejniku besedilo izbrisanost, izklesano?

Med spustom z Jezerskega vrha sem z zadoščenjem pogledal na nasprotno pobočje, na Lesnikovo domačijo ob poti na Pavličovo sedlo. Najbolj strmega kosa ceste, po kateri sem na kolesu sopihal pred nekaj dnevi, pa ni bilo videti.

Gostilne Kovač skoraj ni mogoče zgrešiti. Kdor pride z Jezerskega, na koncu Železne Kaple zavije na levo – proti zahodu – in čez približno 7 km svoj (kulinarični) cilj zagleda na desni strani ceste.

Tako kot vsi udeleženci, sem pred začetkom tudi jaz dobil kavo. Ne vem, ali sem tako bolj skril ali bolj pokazal svojo zadrego, da sem edini tujec. A nekako – tudi zaradi ljubeznive pomoči svojega *častnika za zvezo* – sem to zmogel in se končno v sebi spehal do občutka, da sem le nekakšen *napol tujec*. In ko je Anita Hudl ob uvodnem predstavljanju navzočih (ime, položaj) predstavila mene, se mi je kar zaletelo. Da v Sloveniji ne bo kake hude krvi, bom zato svoj predstavljeni položaj raje zamolčal. Z zamudo sem tudi videl, da je bila na mizi pred mano poleg pisala in papirja za beležke tudi knjižica z naslovom *Rastje 2008*. Na začetku slika Valentina Polanška, nato besedilo in notni zapis *Koroške slovenske himne*, zapisi, pesmi, slike slovensko pišočih avtorjev...

Že na začetku sem sklenil, da v svojem morebitnem zapisu ne bom opisoval vsega tistega, kar je bilo navedeno v sporedu. Sklenil sem prepustiti se intimnemu – pa vendar nekako stranstnemu – vzdušju, ki se je zlagoma začelo ustvarjati med nami.

Prvi predavatelj (Tomaž Ogris: *Koliko so vse tri slovenske založbe dostopne domačemu avtorju*) je očitno namerno vse tri koroške hiše – založbo Drava, založbo Wieser in Mohorjevo založbo – predstavil zelo kritično. Tako je dosegel, da je na koncu v zraku obvisela domneva, da bo slovenska beseda onstran Karavank verjetno »odplavala po Drauc' doutá«. Seveda je to bila spodbuda za izdatno razpravo; spominjala me je na številne razprave v Sloveniji ter sodbe, da bo slovenščina prej ko slej izginila. Od številnih mnenj in presoj – optimističnih in pesimističnih v različnih stopnjah – me je najbolj pritegnila misel enega od udeležencev, da je pač najprej nujno ljudi spodbujati, da bodo začeli pisati ne v nemščini, temveč v slovenščini. Le če človek doseže to stopnjo, je možna naslednja, da zapis utegne postati literatura. Mar to pomeni, da če človek v slovenščini piše, v slovenščini tudi razmišlja?

Drugo predavanje (prof. dr. Reginald Vospernik: *Tomaž Ulbing – duhovnik in nepoznani pesnik*) je bilo oris dejavnosti tega duhovnika, po moji presoji pa v bistvu samospraševanje o človekovi identiteti. Značilno se mi zdi, da je predavatelj prebral pesem z naslovom *Partizan*. Pesem je verjetno nastala že med vojno, Ulbing pa jo je zapisal 25. novembra 1946, ko je bil še v izgnanstvu v nemški župniji St. Stefan pri Dürnsteinu. Seveda je sledila razprava, ali je takšna pesem – slovenskega duhovnika(!) – pravilo ali izjema. Prva kitica se sliši takole:

.....

*Ne daleč od Svinje planine sem bival,
kjer tamtja preseljen sem upal in snival,
da končno bo os le prelomil Slovan,
in ž njim da bo zmago delil – partizan. (1)*

.....

Organizatorica srečanja je poskrbela, da je bilo vseskozi dovolj časa za pogovor med udeleženci. Prav na začetku sem se seznanil s Tomažem Ogrisom ter se dogovoril za stike v prihodnosti. Med kosilom sem sedel nasproti dr. Reginaldu Vosperniku in se poučil o nekaterih političnih vidikih slovenščine ter slovenske manjšine na avstrijskem Koroškem. Najbolj posrečeno se mi pa zdi srečanje z Antonom Haderlapom. Namreč, v razpravi sem omenil njegovo knjigo (2), nakar se je oglašil starejši možakar in mi rekel: »To sem pa jaz napisal.« Iz njegove knjige se namreč vidi, da na (avstrijskem) Koroškem partizani očitno niso izvajali politične diferenciacije tako ostro po direktivah, kot se je to dogajalo v Sloveniji – kar je bistveno prispevale *kl slovenski katastrofi*, bratomornemu spopadu. V pogovoru s Haderlapom se mi je tudi razjasnil mehanizem, prek katerega so pozimi 1944/45 Nemci in domobranci požgali vse bajte na planotah Male in Velike planine.

Končno, a ne nazadnje mi je nepozabna pripoved Stanka Wakouniga, opis nekega zbora kmetov na Obirskem. Službeno se ga je udeležil – če se prav spomnim Wakounigove pripovedi – tudi občinski uradnik, ki je ves prepaden ugotovil, da se vsi – zares prav vsi – udeleženci zbora med sabo pogovarjajo v slovenščini. Končalo se je tako, da je temu uradniku pač eden od navzočih Slovencev postal tolmač v nemščino!!

Zares: koroški Slovenci so vsi dvojezični. Vendar po Wakounigovi pripovedi očitno tako, da (še) sanjajo in štejejo v slovenščini. In dokler bo tako, se bodo v temelju razlikovali tako od Nemcev na Koroškem kot od Slovencev v Sloveniji. Slednji s(m)o namreč enojezični. Ob tem slovenski Slovenci morda obžalujejo, da ne znajo (več) nemščine. Nasprotno pa je za koroške Nemce očitno odlika, če ne znajo slovenščine. Mar ni pošastno protislovje, če se nekdo postavlja s tem, da nečesa *ne zna*?

V razpravo sem se vtaknil dvakrat. Prvič s komentarjem, da je npr. moj ded še slabo govoril nemško. Da pa že njegovi vnuki govorijo samo nemško, pač zato, ker so starši – še dvojezični – z otroki govorili samo nemško. (3) Pač enako kot v Sloveniji pri ostankih ostankov Kočevarjev, kjer še dvojezični starši z otroki govorijo samo slovensko. (4) Drugič pa s kratkim opisom nedavno izdane knjige v nemščini (5), ki sem jo pravkar prebral. Ki obravnava pomen slovanskega oz. slovenskega elementa v kulturi in zgodovini dvojezičnega dela avstrijske Koroške. Iz te knjige sem tudi prebral odlomek ene kitice iz nemške pesmi *Karntnland* (6) in na glas razmišljal o spakedrani nemščini ter zločinski prošnji(!) Bogu...

Kakšen pomen ima jezik za identiteto posameznika?

Jezik pri človeku seveda ni le sredstvo za komunikacijo. Zdi se mi, da je glavna sestavina jezika njegova iracionalna nadgradnja (za natančnosti glej op. 7). Kar zadeva identiteto, je verjetno mnogo iracionalnih sestavin in ena teh je *socialna identiteta*. Slednja je nato temelj za *osebno (individualno) identiteto*.

Ključno orodje za razvoj socialne identitete je jezik. Novorojenec seveda ne razume jezika, vendar ga sliši. Kako zveni, kakšen je ritem, barva, višina ali globina itn. Te značilnosti se pa nepopisno poudarijo, če se melodiji jezika pridruži melodija glasu, ko nastane pesem. Dokler se otrok ne nauči pisati in brati, zanj jezik obstoji le v (po)govorni obliki. Ko se otrok (na) uči govoriti ter razumeti slišano, se zgoraj opisanim sestavinam jezika pridruži še tradicija (neverbalno in verbalno izročilo), miselnost (mentaliteta) in nazadnje še sporočilnost. Verjetno je tudi pomembno, koliko besed mora biti v danem jeziku, da je informacija jasna ter njena razumljivost nedvoumna. Ali z drugo besedo: če človek odrasča ter odraste v okolju ljudi in jezika X, potem je slednji vgrajen v prav vse dogajanje. Vendar ta jezik v dogajanja ni vgrajen samo v obliki zapisanega knjižnega jezika, ki omogoča logično razmišljanje ter etično presojanje, temveč kot narečje, fraze, melodija, kako teče itn. Zapisani in govornjeni jezik zajema tudi kolektivni spomin, travme, mite, vero, klišeje o drugih jezikih ter bolj ali manj poenostavljene predstave o dobrem in zlu.

Ta iracionalna nadgradnja jezika se mi zdi bistvena. V času nacizma je imela iracionalna nadgradnja nemščine npr. v Švici drugačno vsebino kot v Nemčiji. Med razpadanjem Jugoslavije je imela iracionalna nadgradnja srbohrvaščine npr. v Srbiji drugačno vsebino kot v Bosni. Iracionalna nadgradnja jezika je tisto, kar verjetno določa t. i. *način razmišljanja*. Ko človek do svojih mladostniških let – verjetno do pubertete – v glavnem razvije svojo socialno identiteto (zavest o pripadnosti skupini ljudi, ki jih, med drugim, povezuje tudi jezik), se slednja začne nadgrajevati. Sprva z razvijanjem *spolne identitete* (8), ki omogoča bolj intimno vez z (enim) sočlovekom ter končno z razvijanjem *osebne (individualne) identitete*. Človek vse bolj postaja individuum, v vsem človeštvu vse bolj enkratno in neponovljivo bitje. Individualna identiteta je pravzaprav skupek vsega, kar je človek doživel. Človekova identiteta je tisto, kar je njegova preteklost. Človek, ki nima identitete, ki nima bremena svoje preteklosti, ne more živeti.

Najbolj očarljivo pa je bilo vzdušje. Bodisi ob mizah pred gostilno bodisi v dvorani, kjer smo sejali. Glavna sestavina tega vzdušja je bila skoraj strastna zavzetost za slovenščino. Seveda sem tuhtal, čemu in zakaj ta strast. In ko smo v popoldanskem odmoru dobili izvrsten jabolčni zavitek (slovensko: *štrudl*), sem se spomnil, kako Grass v svoji zadnji knjigi, dobesedno *Pri odiranju čebule* svoje preteklosti (9), opisuje kuharski tečaj v času, ko je bil v vojnem ujetništvu, ko ni imel kaj jesti.

Kako se ljudje pogovarjajo o hrani, ko sta izbor in količina nekaj samoumevnega? Kako se ljudje pogovarjajo o hrani, če je ni?

V Sloveniji je slovenščina – kakršna koli že je ali ni – (še) samoumevna, zato brez ustreznega spoštovanja. Zunaj Slovenije pa slovenščina ni samoumevna. Zato jo Slovenci tam obravnavajo s spoštovanjem, ki ji gre! Zakaj kdor zavrže svoj jezik, del svoje identitete, je kot da bi hudiču dovolil, da človeku odnese kos duše...

Kolesarska izvidnica?

Morda. A predvsem potovanje vase. In ko sem se proti večeru odpravil domov, sem ugotovil, da je na našem srečanju slovenščina zvenela drugače. Kot verjetno tudi po vsem Obirskem in tudi povsod tam, kjer sploh še zveni...

Opombe:

- (1) Izraz »os« se je v obdobju 1940–1945 uporabljal kot okrajšava za *Dreimächtepakt* oz. *Os Berlin – Rim – Tokio*, nekakšen razširjeni *antikominternski pakt*, sklenjen že leta 1936 ter razširjen leta 1937.
- (2) Anton Haderlap: *Graparji. Spomini*. Založba Drava, Klagenfurt/Celovec, 2007, 158 str.
- (3) Moja »mala« sestrčina Hermi mi je (v nemščini, samoumevno) pripovedovala, kako je bilo zanj nedoumljivo, da sta starša med sabo govorila slovensko (oz. *windisch*), z otroki pa vedno nemško. In nikoli si ni upala vprašati, zakaj in čemu tako...
- (4) V Sloveniji se sicer govori o izgubljenem avtohtonem jeziku in kulturi Kočevarjev. A zdi se, da je takšno obravnavanje možno le zato, ker sta res dokončno izgubljena, mrtva in tako ne ogrožata nikogar več...
- (5) Marlene Faro: *Die Kellnerin, der Heilige und die Bienenkönigin. Kärntner Melancholien*. (Natakarica, svetnik in čebelja matica. Koroške melanholije), Picus Verlag Wien, 2009, 132 str. Najbolj zanimivo je poglavje, ki ima podnaslov *Vom Slowenischsein und vom Windischsein. Und ein Gespräch über die Pilze* (O »biti slovenski« ter o »biti windisch«. In pogovor o gobah). Vendar je razprava o jeziku sijajno začinjena z opisom priprave polente za sladokusce. Bila je spodbuda tudi zame, ki pa mi je zaradi kuharskih bližnjic in upoštevanja načel o zdravi prehrani v celoti spodletela...
- (6) »... Das soll geknechtet schmachten jetzt in ewger Sklaverei. Drum bitt di, Herrgott, mach uns von die Tschuschen frei. ...« (str. 124). Sporočilo je jasno, bojim se pa, da te nemščine ne znam prevesti zaradi njene iracionalne nadgradnje.
- (7) Diego Marani: *Nova finska slovnica*. Modrijan, Ljubljana, 2008, 174 str.
- (8) Brina Svit (Brina Švigelj Merat): *Coco Dias ali Zlata vrata*. Cankarjeva založba, Ljubljana 2008, 274 str. (recenzija: Isis 2008; 17: 108–109).
- (9) Günter Grass: *Beim Häuten der Zwiebel*. Steidl Verlag, Göttingen 2006; 479 + 1 str. (recenzija: Isis 2008; 17:133–134).

Astma – protokol vodenja kroničnega bolnika in ukrepanje ob zapletih/poslabšanjih

Tonka Poplas Susič, Vlasta Vodopivec Jamšek, Mitja Košnik, Gordana Živčec Kalan, Stanislav Šuškovič

V sodobni družbi je izjemnega pomena sodelovanje med primarnim in sekundarnim nivojem zdravstvenega varstva. Vedno bolj pa postaja pomembno, da dobi bolnik potrebne rešitve svojih zdravstvenih težav na primarnem nivoju, pri izbranem osebnem zdravniku. Dobro sodelovanje med vsemi, ki nudijo zdravstveno oskrbo bolnikom, vodi k bolj kakovostni oskrbi. Izboljševanje kakovosti sodelovanja/sporazumevanja med nivoji zdravstvenega varstva in med posameznimi poklicnimi skupinami je v zadnjem desetletju postalo pomembna prednostna naloga tako v evropskih zdravstvenih sistemih kot tudi pri nas.

Zdravniška zbornica Slovenije je leta 2009 prek odbora za osnovno zdravstvo in odbora za bolnišnično in specialistično dejavnost zasnovala projekt »Protokoli obravnav kroničnih bolnikov«. Namen projekta je pripraviti enotne protokole obravnav bolnikov za kronične bolezni (astma, KOPB, depresija, onkološke bolezni, kronična ledvična bolezen, kostno-mišične bolezni, sladkorna bolezen, ishemična bolezen srca, srčno popuščanje, arterijska hipertenzija), ki bodo služili kot strokovna priporočila, hkrati pa bodo nudili osnovo za finančno ovrednotenje vodenja posamezne kronične bolezni. Tako je pred nami prvi izmed pripravljenih protokolov, sledili bodo še vsi naštet.

Priporočila so izdelali in uskladjali predstavniki sekundarnega in terciarnega nivoja ter predstavniki zdravnikov družinske medicine. Predlog je bil potrjen na odboru za osnovno zdravstvo in odboru za bolnišnično in specialistično dejavnost, v katerega so vključeni strokovnjaki obeh univerzitetnih kliničnih centrov. Menili smo, da naj bodo bolniki s kronično boleznijo načeloma enako obravnavani (slika 1). S sledenjem kazalnikov kakovosti bi lahko primerjali kakovost zdravstvene oskrbe bolnikov po posameznih zdravstvenih centrih ali izvajalcih. Protokol je podlaga in zahteva za drugačno finančno ovrednotenje dela zdravnikov na primarni ravni in drugačne kadrovske normative.

Splošno o astmi

Astma je:

- urejena
- neurejena
- v poslabšanju

Kriteriji, s katerimi ocenimo urejenost astme, so navedeni pod točko 2. Poslabšanje astme ugotovimo ob podaljšanem stanju povečane zapore dihal (lahko le v nočnem času), ki zahteva

ukrepanje, da preprečimo zaplete, kot so hospitalizacija ali smrt bolnika. Poslabšanje astme nastopi praviloma zelo počasi – v tednu ali dveh. Astma se v tem času zvezno poslabšuje preko urejene ali neurejene astme v poslabšanje bolezni. Med neurejeno astmo ter zmernim poslabšanjem astme je včasih težko razlikovati. Poslabšanje astme ali neurejenost astme se lahko kaže le s pogostejšo nočno astmo ali hujšimi simptomi ob enaki stopnji telesne obremenitve. Načeloma zdravimo oboje enako, s povečanjem odmerka ali dodajanjem dodatnih protivnetnih zdravil.

Hudo poslabšanje astme vselej zdravimo s peroralnim metilprednizolonom (nekaj dni).

Bazično aktivnost astmatskega vnetja blažimo s protivnetnimi zdravili. Ob nepravilni uporabi vdihovalnikov ali slabi zavzetosti za zdravljenje se aktivnost bazičnega vnetja poveča in s tem zmanjša urejenost astme. Lahko se razvije poslabšanje astme. Prehod iz urejene v neurejeno astmo in nato v poslabšanje astme je odraz zveznega povečevanja bazičnega astmatskega vnetja. Bazično astmatsko vnetje zvečuje virusna okužba dihal, redkeje alergeni ali poklicni senzibilizanti ali drugi dejavniki.

Simptomi astme so odraz bronhialne preodzivnosti. Telesno aktivnejši astmatik ima ob enaki stopnji bronhialne preodzivnosti več težav kot telesno neaktiven astmatik. Ob povečanju astmatskega vnetja se tudi bronhialna odzivnost poveča, zato ima astmatik ob enaki stopnji telesne aktivnosti več težav kot v stabilni fazi bolezni. Bronhospazem (četudi fatalen), ki nastopi po zaužitju aspirina pri astmatikih z aspirirsko intoleranco, je simptom in ne poslabšanje astme.

Pomembno je, da razlikujemo med zmernim poslabšanjem astme, ki ga lahko obravnavamo na primarni ravni ambulantno, in hujšim poslabšanjem (celo urgentnim), ki zahteva drugačen način obravnave (IPP, bolnišnica).

Načela obravnave bolnika z astmo

I. Pregled

- **anamneza:** preverimo kadilski status, povprašamo o sprožilcih dušenja (delovno okolje, hobiji), o dnevnih in nočnih simptomih, porabi olajševalca, poslabšanjih astme od prejšnjega pregleda, hujšanju (vaskulitis), **telesni pregled:** vitalni znaki, pregled pljuč in srca, po potrebi tudi drugih organov

ob sočasnih boleznih, pozorni smo na kožne spremembe, osnovni nevrološki pregled (vaskulitis);

- **krvne preiskave:** rutinsko jih ne naročamo;
- **spirometrija ali vsaj PEF,** bronhodilatatorni test ob ugotovljeni zavori dihal;
- oceniti **dnevne meritve PEF** 14 dni pred načrtovanim kontrolnim pregledom – meritve vsakodnevno vsaj zjutraj in zvečer, lahko tudi ob težavah (navodila bolniku!).

Medicinska sestra:

- preveri **praktično znanje uporabe bolnikovih vdihovalnikov** – bolnik naj pokaže uporabo vdihovalnika;
- **oceni zavzetost za zdravljenje** – bolnika zaprosi, da prinese neporabljena zdravila
- **oceni urejenost astme** v zadnjem (enomesecnem) obdobju – ACT (Asthma Control Test – slika 2) ali drug primerljiv vprašalnik – rezultat ocene posreduje zdravniku.

2. Kriteriji urejenosti astme

Urejena astma

- dnevni simptomi < 3 na teden;
- noči simptomi < 1 na teden;
- brez poslabšanja astme;
- uporaba olajševalca < 3 na teden;
- normalna (glede na starost in druge okoliščine pričakovana) telesna zmogljivost;

- normalen PEF/FEV1 (bodisi po normah ali pri bolniku, ki ga poznamo, po njegovem največjem poznanem PEF ali FEV1);
- amplituda cirkadianega nihanja PEF < 20 % (izračun amplitude: $((PEF_{max} - PEF_{min}) / ((PEF_{max} + PEF_{min}) / 2))$).

Neurejena astma

- Astma je neurejena, če odstopa po enem ali več kriterijih urejenosti.
- Astma je neurejena pri seštevku točk < 20 (Asthma Control Test – je preveden v slovenščino in validiran, slika 2).

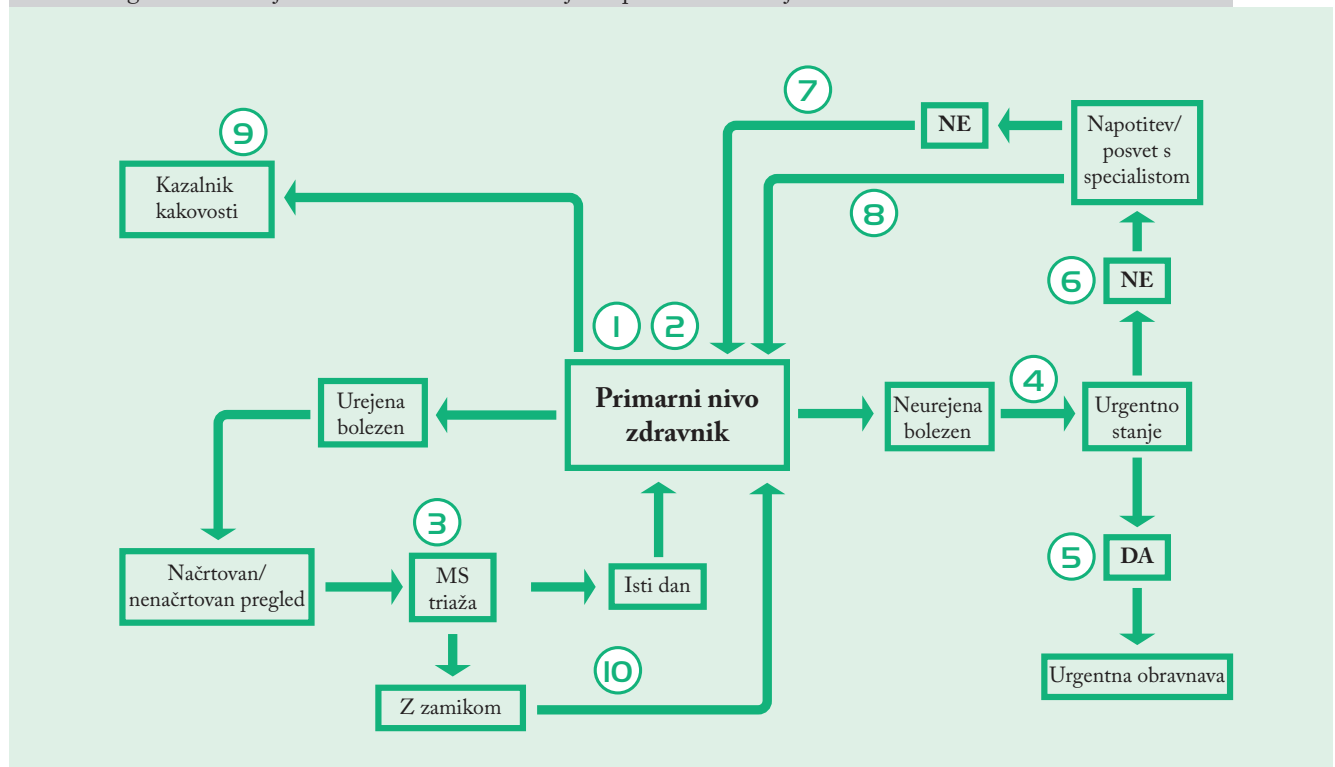
3. Pogostnost rednih pregledov

Urejena astma: načeloma 1-krat do 4-krat letno: preverimo kriterije iz točke 1.

4. Kriteriji urgentnega poslabšanja astme

- zapora dihal: FEV1 (ali PEF – ki je manj zanesljiv) < 50 % norme, ki se po štirih ali več vdihih olajševalca ne povzpne > 70 % pričakovane vrednosti;
- zapora dihal kljub terapiji napreduje;
- huda klinična slika (na primer »vse noči presedim«, »ne zmorem niti hoje po ravnem«, »zelo me duši«);
- vitalni znaki razkrijejo hudo/življenjsko ogroženost: uporaba pomožne dihalne miškulature, paradokсни pulz, huda tahikardija (> 130/min) ali bradikardija, huda tahipneja (> 40/min) ali bradipneja, cianoza, saturacija krvi s kisikom < 90 %,

Slika 1: Algoritem vodenja bolnika s kronično boleznijo na primarnem nivoju. Mesta v tekstu so označena s številkami.



hiperkapnija, govor otežen, zmedenost ali zaspanost, PEF > 100 L/min ali < 30 % norme ali celo nemerljiv.

5. Ukrepi na primarnem nivoju ob urgentnem poslabšanju astme

Obravnava poslabšanja astme v ambulanti zdravnika družinske medicine in med transportom v ustrezno ustanovo (IPP, bolnišnica):

- peroralni metilprednizolon 32–64 mg;
- inhalacijski kratkodelujoči bronhodilatator salbutamol preko velikega nastavka 1 vdih/1–4 minute;
- kisik ob saturaciji < 90 %, spremljanje saturacije, ki naj bo 92 %;
- redno spremljanje vitalnih znakov (dihanje, pulz, govor, krvni pritisk, centralna simptomatika);
- redno merjenje PEF (na 5–10 minut).

6. Posvet/napotitev k izbranemu pulmologu

Po presoji izbranega zdravnika, ki pozna svojega bolnika, v primeru:

- dodatne alergološke diagnostike;
- dvoma v diagnozo (starejši, kadilci, možnost psevd哮喘);
- kroničnega kašlja, ki ga z zdravili zoper astmo ne pomirimo;
- hkratnih sistemskih simptomov (npr. sum na sindrom Churg–Strausove ali alergijsko bronhopulmonalno mikozo);
- suma na aspirinsko intoleranco, gastroezofagealni refluks ali alergijski rinitis;
- suma na poklicno astmo;
- ocene delovne sposobnosti, povezane z astmo;
- nosečnosti;
- predoperativne priprave bolnika s slabo urejeno astmo;
- težke astme (stalno velik odmerek IGK, > 50 % dni potreba po oralnem metilprednizolonu);
- hude predmenstrualne astme;
- hude astme ob naporu;
- pouka bolnika z astmo (če ta ni izvedljiv v okolju zdravnika družinske medicine).

Pri urejeni astmi priporočamo pregled pri specialistu pulmologu na eno do največ tri leta.

7. Obravnava neurejene astme/poslabšanja astme na primarnem nivoju

- preverimo dejavnike (kajenje, odvisnosti, psihosocialni problemi, komorbidnosti, večino uporabe vdihovalnikov, zavzetost za zdravljenje, poklicni alergeni, predmenstrualna astma, aspirinska intoleranca, alergijski rinitis);
- premislimo o spremembi/dopolnitvi farmakološke terapije;
- če je bolnik prejemal antilevkotrien (ATL), preidemo na majhen odmerek inhalacijskega glukokortikoida (IGK);
- če je bolnik prejemal majhen odmerek IGK, povečamo dnevni odmerek IGK ali majhnemu odmerku IGK dodamo ATL ali LABA (dolgodelujoči simpatikomimetik beta 2 salmeterol ali formoterol);
- če je bolnik prejemal srednje velik/velik odmerek IGK, dodamo ATL ali/in LABA;

- ob neurgentnem poslabšanju astme metilprednizolon 32 mg/dan 5–10 dni z vsakodnevno komunikacijo z bolnikom (ambulanta, e-pošta, SMS ipd). Posebna pozornost je potrebna pri bolnikih s sladkorno boleznijo, psihozo in pri otroških virusnih boleznih – individualno presojamo o predpisu metilprednizolona.

8. Komunikacijske poti bolnik - zdravnik družinske medicine - pulmolog

- spodbujamo tesno sodelovanje med izbranim zdravnikom in pulmologom in ne zgolj napotovanja bolnika;
- v partnerski odnos pri obravnavi astme je potrebno pritegniti bolnika in druge zdravstvene delavce (medicinsko sestro, farmacevta v lekarni);
- začetno obravnavo bolnika s sumom na astmo opravi zdravnik splošne medicine in specialist pulmolog. Zdravnik družinske medicine postavi delovno diagnozo astme na osnovi anamneze, telesnega pregleda in serijskih merenj PEF v idealnih razmerah tudi s spirometrijo in bronhodilatatornim testom. Dokončno diagnozo astme načeloma postavi specialist pulmolog, ki tudi svetuje ustrezno zdravljenje. Kasnejša obravnava bolnika z astmo je načeloma prepuščena zdravniku družinske medicine;
- po postavitvi diagnoze je potrebna individualna zdravstvena vzgoja bolnika. Zdravstveno vzgojo v veliki meri izvaja ustrezno usposobljena medicinska sestra. Kot del usmerjenega samozdravljenja bolniku na listu za spremljanje PEF-vrednosti označimo osebne mejne vrednosti in pripišemo navodila;
- bolnik je obveščen, da se ob poslabšanju astme lahko posvetuje z zdravnikom tudi po telefonu;
- če astma ni stabilna, bolnika vabimo na kontrole v dvotedenskih razmakih. V tem času bolnik doma meri PEF;
- izredno pomembno je oblikovanje napotnice, ki naj vsebuje jasna vprašanja, na katera izbrani pulmolog natančno odgovori.

9. Kazalniki kakovosti obravnave bolnika z astmo na primarnem nivoju

- ni/skoraj ni nenačrtovanih obiskov (razmerje > 10 : 1);
- kakovost življenja je ustrezna;
- ocenitev urejenost astme v > 80 % pregledov;
- razkrivanje stranskih učinkih zdravil (na primer hripavost ob prejemanju inhalacijskega glukokortikoida);
- PEF ali FEV1 je v 4/5 načrtovanih pregledov > 80 % norme;
- amplituda PEF je v 4/5 načrtovanih pregledov < 20 %;
- zavzetost za zdravljenje (porabljenih vsaj 80 % zdravil).

10. Medicinska sestra: triaža bolnikov z astmo

Bolniki so obravnavani v istem dnevu prednostno:

- bolniki z urgentnim poslabšanjem astme (točka 4);
- bolniki, ki navajajo poslabšanje stanja ob že prilagojeni dozi zdravil.

Na pregled se naročijo:

- bolniki, ki so v času od zadnjega pregleda utrpeli poslabšanje astme;
- bolniki, ki želijo osebni posvet z zdravnikom;
- bolniki, ki imajo v načrtu zdravljenja astme ob rednem pregledu predviden posvet z zdravnikom.

Završnik, Urška Močnik Bončina, Anita Jagrič Friškovec in Tadeja Štrumbelj.

Literatura je na voljo pri avtorjih.

Zahvala:

Zahvaljujemo se vsem članom odbora za osnovno zdravstvo in odbora za bolnišnično in specialistično dejavnost, ki so s tehtnimi strokovnimi pripombami izboljšali ta protokol. To so: Vojko Kanič, Marko Bitenc, Igor Koren, Rajko Kenda, Tončka Završnik, Martina Tomori, Božidar Kroflič, Jana Govc Eržen, Irena Vatovec Progar, Ksenija Ljubojevič Džaferović, Jernej

Slika 2: Vprašalnik za urejenost astme ACT (asthma control test). Bolnik vprašalnik izpolni doma in (po dogovoru) o seštevku točk obvesti zdravnika ali medicinsko sestro ali vprašalnik izpolni pred pregledom.

Bolnik z odgovori na 5 vprašanj oceni svoje stanje v zadnjih štirih tednih



Korak 1: Obkrožite številko pri vsakem vprašanju in jo prepisite v kvadrček na desni na koncu vrstice. Prosimo vas, da odgovarjate, kar se da odkrito. To bo pomagalo vam in vašemu zdravniku pri ocenitvi vaše astme.

						TOČKE
Vprašanje 1	Ves čas 1	Večino časa 2	Nekaj časa 3	Malo časa 4	Nič časa 5	
	Koliko časa vam je v zadnjih 4. tednih astma onemogočala, da bi v službi, šoli, univerzi ali doma izvajali svoje običajne aktivnosti?					
Vprašanje 2	Več kot enkrat na dan 1	Enkrat na dan 2	3 do 6 krat na teden 3	Enkrat do dvakrat na teden 4	Nikoli 5	
	Kolikokrat ste v zadnjih 4. tednih imeli kratko sapo?					
Vprašanje 3	4 ali več noči na teden 1	2 do 3 noči na teden 2	Enkrat na teden 3	Enkrat ali dvakrat 4	Nikoli 5	
	Kolikokrat v zadnjih 4. tednih so vas ponoči ali zgodaj zjutraj zbudili simptomi astme (piskanje, kašelj, dušenje, stiskanje ali bolečina v prsih)?					
Vprašanje 4	3 krat ali večkrat na dan 1	1 ali 2 krat na dan 2	2 ali 3 krat na teden 3	Enkrat na teden ali manj 4	Nikoli 5	
	Kolikokrat ste v zadnjih 4. tednih uporabili olajševalac v pršilu ali inhalaciji (kot so Ventolin®, Berotec® in Berodual®)?					
Vprašanje 5	Sploh nisen imel nadzora 1	Slab nadzor 2	Dokaj dober nadzor 3	Dober nadzor 4	Popoln nadzor 5	
	Kako bi ocenili vaš nadzor nad astme v zadnjih 4. tednih?					

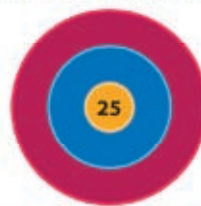
Korak 2: Seštejte točke v rumenih kvadratih. **Korak 3:** Poglejte, kaj pomeni vaš rezultat.

SKUPEN REZULTAT

Vrednotenje seštevka

- Seštevke točk oceni nadzor nad astmo.
- Cilj zdravljenja je 25 točk.
- **<20 točk pomeni, da astma ni ustrezno nadzorovana in je potrebno prilagoditi terapijo.**

Izmerite svoj nadzor nad astmo



Rezultat: 25 točk - **Čestitave!**

V zadnjih 4. tednih ste imeli **POPOLN NADZOR** nad astmo. Niste imeli simptomov in astma vas ni omejevala. Če se stanje spremeni, obiščite svojega zdravnika ali medicinsko sestro.

Rezultat: 20 do 24 točk - **Dober vam gre!**

V zadnjih 4. tednih ste imeli **DOBER NADZOR** nad astmo ne pa **POPOLN**. Vaš zdravnik ali medicinska sestra vam morda lahko pomagata doseči **POPOLN NADZOR**.

Rezultat: manj kot 20 točk - **Ne gre vam dobro!**

V zadnjih 4. tednih **NISTE IMELI NADZORA** nad astmo. Vaš zdravnik ali medicinska sestra vam lahko pomagata z nasveti, ki vam bodo pomagali izboljšati nadzor nad astmo.

Ali nam bo koristil Test za ocenitev KOPB (CAT)?

Sabina Škr gat Kristan, Stanislav Šuš kovič

Še en test?

Za diagnostiko ali vodenje kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB – z angleško kratico COPD) so nam ponudili že plejado vprašalnikov. Le malokateri se je izkazal v klinični praksi. Tako je vprašalnik SGRQ (St. George Respiratory Questionnaire) odlično, toda povsem neprimerno orodje za vsakodnevno vodenje bolnikov s KOPB. Pred nekaj leti je bil v slovenščino preveden ter validiran sicer marsikje zelo popularen vprašalnik CCQ (Clinical COPD Questionnaire), ki pa se pri nas zaradi neznanjih razlogov ni uveljavil. Konec leta 2009 smo dobili slovensko validirano verzijo vprašalnika »COPD Assessment Test« (CAT). CAT je sicer povsem nov test, ki pa je vendarle že preстал relativno obsežna klinična preizkušanja. Je od vseh do sedaj oblikovanih testov za razkrivanje kakovosti življenja bolnikov s KOPB z osmimi enostavnimi vprašanji najkrajši, pa tudi za izpolnjevanje uporabniško »najprijaznejši« test.

Ali potrebujemo test za oceno zdravstvenega stanja bolnika s KOPB?

Ali ni povsem dovolj spirometrija? Po svetovnih smernicah za obravnavo bolnikov s KOPB – smernicah GOLD – opredelimo težavnostno stopnjo bolezni po spirometričnem parametru

forsiranem ekspiratornem volumnu v prvi sekundi izdiha (FEV1). Žal se je izkazalo, da je ta razdelitev klinično kaj malo uporabna, saj med FEV1 in stopnjo dispneje ni pomembnejše korelacije. Poleg tega se FEV1 celo v stanjih umirjene bolezni ali poslabšanja KOPB kaj dosti ne spreminja. Vemo pa, da so bolniki enkrat »boljši«, drugič pa »povsem zanič«. Kako to meriti, če nam FEV1 ni v pomoč?

KOPB je sestavljena sistemska bolezen ki prizadene velike bronhe (izkašljevanje!), male bronhe in pljučni parenhim (zapore dihal, hiperinflacija, tiščanje v prsih, dispneja!), centralni živčni sistem (inapetenca, motnje spanja, depresija!) ter skeletno miškulaturo (utrujenost!). Za razliko od FEV1 pa so mnogi drugi nasledki KOPB dokaj variabilni. Ocene trenutnega zdravstvenega stanja bolnika s KOPB ali primerjave trenutnega stanja s prejšnjimi obdobji zdravljenja torej ne pridobimo z merjenjem FEV1, temveč le z usmerjenimi vprašanji. Pri čemer nam je lahko v veliko pomoč ustrezen vprašalnik. Oblikovanje dobrega vprašalnika nikakor ni enostavno, ampak je lahko le plod trdega strokovnega dela. Zdi se, da je vprašalnik CAT nasledek takšnih prizadevanj. Uglednost avtorjev vprašalnika, še posebej prof. W. Jonesa (ki je bil pred leti celo predavatelj na sestanku Združenja slovenskih pulmologov v Portorožu), je že

potencialno zagotovilo o njegovi kakovosti. Morda tudi uporabnosti, kar pa se bo s časom moralo šele pokazati.

Pomembnejši podatki o CAT

Test CAT je primeren za vse bolnike z diagnozo KOPB. Test CAT ni diagnostično orodje. Spirometrija je nujna za diagnosticiranje KOPB. Test CAT in spirometrija sta dopolnjujoči se merili, ki se lahko skupaj uporabljata za klinično oceno bolnikovega KOPB, da se zagotovi njegova najboljša obravnava. Test CAT ima zelo podobne lastnosti kot veliko bolj zapleten vprašalnik SGRQ, kar pomeni, da omogoča podobno merjenje vpliva KOPB na zdravje posameznih bolnikov. Test CAT pa je veliko preprostejši in se izpolni hitreje. Bolniki izpolnijo test med čakanjem na pregled ali doma pred pregledom. Izpolnjeni vprašalnik CAT je lahko podlaga za posvet z zdravnikom. Vsebina vprašalnika CAT je bila sestavljena s pomočjo bolnikov

s KOPB. Vsebuje osem preprostih vprašanj, ki bi jih morala razumeti večina bolnikov in nanje odgovoriti brez težav. Bolniku ne bo treba pomagati pri izpolnjevanju. Celo bolje je, da ga izpolnijo sami. Najboljšo pogostnost izpolnjevanja testa CAT je treba še ugotoviti z dejansko uporabo v klinični praksi. Dokler ne bo nadaljnjih podatkov, priporočajo, da bolniki vprašalnik CAT izpolnijo vsake 3 do 6 mesecev.

Test CAT ima razpon točkovanja od 0 do 40. Razlika ali sprememba za 2 ali več točk kaže na verjetno klinično pomembno razliko ali spremembo zdravstvenega stanja.

Rezultat testa CAT je pri bolnikih z zmernimi do hudimi poslabšanji približno 5 točk večji kot pri bolnikih brez poslabšanj.

Zasnova testa CAT lahko zdravnikom omogoči tudi hitro ugotavljanje področij bolnikovega zdravja, ki so huje prizadeta, na primer razpoloženje, dnevna telesna dejavnost ali spanje.

Priporočila Delovne skupine za ukrepanje glede na ugotovljeno število točk testa CAT

Kaj pomenijo rezultati testa in njegove spremembe?

Pri različnih rezultatih testa je razširjena svetovalna skupina za KOPB **opredelila opis bolnika ob različnih stopnjah vpliva KOPB** in predlagala nekatere **morebitne ukrepe pri obravnavi**:

Rezultat CAT	Stopnja vpliva	Široka klinična slika vpliva KOPB glede na rezultat CAT	Morebitni ukrepi pri obravnavi
> 30	Zelo visoka	<ul style="list-style-type: none"> zaradi zdravstvenega stanja bolnik preneha delati, kar si želi, in nima dobrih dni kopanje ali prhanje vzame bolniku veliko časa nezmožnost opravljanja nakupov ali rekreiranja, nezmožnost opravljanja gospodinjskih del pogosto nezmožnost vstajanja s postelje ali stola občutek invalidnosti 	<p>Bolnik ima veliko možnosti za izboljšanje. Poleg nasvetov za bolnike z rezultatom CAT, ki kaže majhen in srednji vpliv, razmislite o:</p> <ul style="list-style-type: none"> napotitvi k specialistu, če ste zdravnik družinske medicine dodatnem farmakološkem zdravljenju napotitvi na rehabilitacijo pljučnega bolnika dejavnih za poslabšanje – bolnik še vedno kadi? preveriti komplanco z zdravljenjem
> 20	Visoka	<ul style="list-style-type: none"> KOPB onemogoča opravljanje del, ki jih bolnik želi narediti težka sapa ob hoji doma, umivanju ali oblačenju, morda tudi ob govoru kašljanje utruji, bolezen pljuč moti spanje večino noči občutek, da fizična aktivnost ni varna, za vse je potrebno veliko napora strah, občutek panike zaradi težav s pljuči 	<p>Diagnostični opomnik:</p> <ul style="list-style-type: none"> pridružene bolezni srčno-žilnega sistema pljučna hipertenzija depresija respiracijska insuficienca motnja dihanja v spanju (ambulanta za motnje spanja Golnik) preveriti antibiogram zaradi specifične bakteriologije

Rezultat CAT	Stopnja vpliva	Široka klinična slika vpliva KOPB glede na rezultat CAT	Morebitni ukrepi pri obravnavi
10–20	Srednja	<ul style="list-style-type: none"> • KOPB je najpomembnejša težava • nekaj dobrih dni na teden • izkašljevanje sputuma večino dni • 1– 2 poslabšanja na leto • večino dni imajo težko sapo in se zbujajo zaradi stiskanja v prsnem košu ali • brez sape pri počasni hoji po stopnicah • opravljanje gospodinjskih del počasi ali s postanki 	<p>Bolnik ima možnost za izboljšanje – izboljšajte obravnavo.</p> <p>Poleg nasvetov za bolnike z rezultatom CAT, ki kaže majhen vpliv, razmislite o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vzdrževalnem zdravljenju – je najboljše? • dejavnikih za poslabšanje – bolnik še vedno kadi? • pri > 2 akutnih poslabšanjih na leto upoštevati ukrepe visoke in zelo visoke stopnje vpliva KOPB • preveriti komplanco z zdravljenjem
< 10	Majhna	<ul style="list-style-type: none"> • KOPB povzroča malo težav, občasno ne morejo opravljati stvari, ki si jih želijo • večina dni je dobrih • kašelj več dni na teden • težka sapa med športnimi dejavnostmi ter prenašanjem težkih bremen • upočasnitev ali postanek ob hoji v hrib ali hitenju na ravnem • bolnik se hitro utruji 	<ul style="list-style-type: none"> • opustitev kajenja • vsakoletno cepljenje proti gripi • zmanjšanje izpostavljenosti dejavnikom tveganja za poslabšanja • zdravljenje na podlagi nadaljnje klinične ocene • preveriti komplanco z zdravljenjem

Diagnostični opomnik:

če ob ponovitvi testa pri ponovnem (kontrolnem) obisku opazite spremembo rezultata za **2 ali več točk**:

sprememba pri vprašanjih:	pomislite na:
o kašlju in sluzi (vpr. 1 in 2)	<ul style="list-style-type: none"> • radiogram pljuč • izmeček na antibiogram
o tiščanju v prsnem košu, hoji, domačih opravilih in odhodu od doma (vpr. 3, 4, 5, 6)	<ul style="list-style-type: none"> • pljučna hipertenzija • napotitev na rehabilitacijo pljučnega bolnika • ojačanje bronhodilatatornega zdravljenja
o odhodu od doma, spanju in energiji (vpr. 6, 7 in 8)	<ul style="list-style-type: none"> • motnja dihanja med spanjem • depresija

Pripravila razširjena svetovalna skupina za KOPB pri Združenju pulmologov Slovenije po predlogu usmerjevalne skupine za CAT.

Vprašalnik CAT



Vaše ime: _____

Današnji datum: _____

Kako je z vašo KOPB? Izpolnite test za ocenitev KOPB (COPD Assessment Test™, CAT)

Ta vprašalnik bo pomagal vam in vašemu strokovnemu zdravstvenemu delavcu oceniti, kako KOPB (kronično obstruktivna pljučna bolezen) vpliva na vaše dobro počutje in vsakdanje življenje. Vaši odgovori in rezultati testa bodo pomagali vam in vašemu strokovnemu zdravstvenemu delavcu izboljšati obravnavo vaše KOPB, da bi dosegli največjo korist iz zdravljenja.

Pri vsaki spodnji izjavi vstavite oznako (X) v okence, ki najbolje opisuje vašo trenutno izkušnjo. Obvezno izberite le en odgovor na vsako vprašanje.

Primer: Zelo sem vesel(-a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zelo sem žalosten(-a)		Rezultat
Nikoli ne kašljam <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Neprestano kašljam <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
V pljučih sploh nimam sluzi (mukusa) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Moja pljuča so čisto polna sluzi (mukusa) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Sploh ne občutim tiščanja v prsnem košu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	V prsih čutim močno tiščanje <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ko hodim v hrib ali po stopnicah navzgor, nisem brez sape <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ko hodim v hrib ali po stopnicah navzgor, sem popolnoma brez sape <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Pri nobeni od domačih opravil nisem omejen(-a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pri domačih opravilih sem zelo omejen(-a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Kljub boleznim pljuč povsem brezskrbno odidem od doma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zaradi boleznim pljuč si sploh ne upam od doma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Trdno spim <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zaradi boleznim pljuč ne spim trdno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Imam veliko energije <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sem popolnoma brez energije <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		Skupni rezultat

Literatura je na voljo pri avtorjih.

Izjava o konfliktu interesov

Podpisana asist. dr. Sabina Škrbat Kristan, dr. med., in prof. dr. Stanislav Šuškovič, dr. med, avtorja članka »Ali nam bo koristil Test za oceno KOPB (CAT)?«, napisanega za objavo v reviji Isis, izjavljava, da članek ne vsebuje reklamnih sporočil farmacevtske družbe Glaxo-SmithKline, ki je sicer sponzorirala razvoj testa CAT.

Kontrola kakovosti *in vitro* alergološke diagnostike

Mira Šilar, Peter Korošec, Mitja Košnik

Alergologija je hitro razvijajoča se veda medicine. Alergološka diagnostika temelji na laboratorijskih metodah, s katerimi ugotovimo, ali je bolnik preobčutljiv za nek alergen. Ni čudno, da je ponudba laboratorijskih testov velika, žal pa je med proizvajalci diagnostičnih testov tudi precej takih, ki ponujajo teste vprašljive kakovosti. Da bi poskrbeli za varnost slovenskih bolnikov z alergijskimi boleznimi, so se leta 2007 laboratoriji, ki izvajajo diagnostiko alergijskih bolezni, povezali v Nacionalno shemo kakovosti *in vitro* alergološke diagnostike – IgEQAS. V shemi trenutno sodeluje 15 laboratorijev. IgEQAS deluje v okviru Slovenske nacionalne sheme za zunanjo kakovost – SNEQAS, ki jo organizira Klinični inštitut za klinično kemijo in biokemijo, UKC Ljubljana, izvaja pa Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.

Konec novembra 2009 so se predstavniki vseh laboratorijev, ki sodelujejo v shemi, zbrali na strokovnem srečanju in pregledali rezultate dosedanjega dela. Saša Bratož (UKC Ljubljana) je predstavila strukturo in delovanje SNEQAS, Mira Šilar in Peter Korošec pa rezultate delovanja IgEQAS. Do sedaj je bilo izvedeno 12 ciklov za merjene skupnih IgE in merjenje specifičnih IgE, v katere je bilo vključenih 36 alergenov. Ustreznost določitev ni temeljila na pravilno izmerjeni koncentraciji specifičnih protiteles, temveč se je ocenjevala na osnovi tega, ali je laboratorij ugotovil klinično pomembnost rezultata. Le na ta način se lahko med seboj primerja laboratorije, ki uporabljajo različne tehnologije za meritev specifičnih IgE. Pokazalo se je, da laboratoriji enako natančno izmerijo alergijska protitelesa proti pršici in jajcu, razlike pa se pojavijo pri alergeni strupov žuželk, cvetnem prahu in penicilinu, predvsem kadar je klinično pomemben specifični IgE blizu mejne vrednosti za detekcijo. Zelo pomembna ugotovitev je tudi, da uporaba panelnih testov večkrat nepravilno oceni protitelesa v vzorcu seruma.

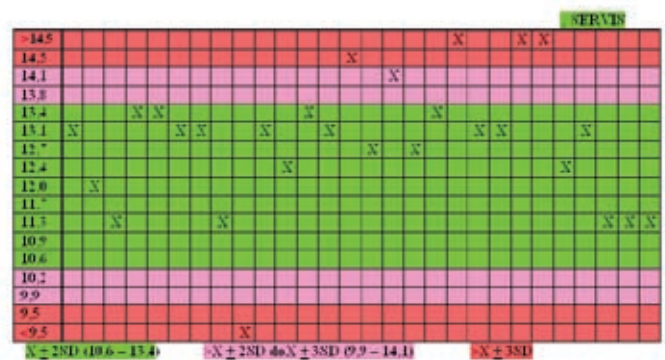
Namen srečanja je bil spregovoriti tudi o težavah, s katerimi se soočajo laboratoriji, ki izvajajo *in vitro* alergološko diagnostiko, zato je v nadaljevanju Branka Wraber (Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, MF Ljubljana) spregovorila o pomenu mejnih rezultatov. Dokazala je, da je pri nekaterih otrocih na začetku alergijske bolezni koncentracija specifičnih protiteles IgE še pod pragom uradne vrednosti za pozitiven test, torej je pri utemeljenem kliničnem sumu potrebno upoštevati tudi rezultate v področju mejnih vrednosti. Velikokrat test čez nekaj tednov ali mesecev postane jasno pozitiven. Marija Čakš iz UKC Maribor je predstavila uporabnost internih kontrol in kontrolne karte, s katerimi laboratorij lahko zazna že minimalne motnje v delovanju diagnostičnega aparata bistveno hitreje kot uradne sheme, ki jih za nadzor delovanja aparatov priporoča proizvajalec.

Mirjana Zupančič s Pediatrične klinike je predstavila težave, ki jih v alergološko diagnostiko prinesejo hitri in presejalni testi. Vedno znova se pokaže, da tovrstni testi naredijo več problemov, kot pa jih rešijo.

Pokazalo se je, da laboratoriji in kliniki govorijo vsak svoj jezik. Pod pojmom občutljivost in specifičnost laboratorijsko osebje razume analitske značilnosti testa, torej sposobnost metode, da zazna prisotnost nekega protitelesa v vzorcu, kliniki pa pod tem imenom razumejo klinično vrednost rezultata, torej verjetnost, da npr. pozitiven rezultat laboratorijskega testa pomeni bolezen. Danijela Furlan (Splošna bolnišnica Novo mesto) je predstavila nekaj primerov *in vitro* diagnostike pri otrocih z atopijskim dermatitisom, kjer se rezultati testov *in vitro* niso vedno skladali z rezultati kožnih testov alergije ali s klinično sliko. Za kakovostno izrabo rezultatov laboratorijske diagnostike je torej ključno, da se kliniki in laboratorijsko osebje med seboj pogovarjajo in tako večkrat uporabijo rezultat testa v korist bolniku.

Srečanje sta zaključila dva tuja predavatelja, ki sta predstavila trenutno najbolj dinamičen del *in vitro* alergološke diagnostike: tretjo generacijo sistemov in avtomatizacijo merjenja sIgE in merjenje sIgE proti velikemu naboru rekombinantnih in nativnih alergenskih pripravkov na mikromrežah. Ta tehnologija je že na voljo tudi v Sloveniji.

Zaključki izjemno uspešnega srečanja so, da je kakovost merjenja IgE protiteles v Sloveniji visoka in da je večina problemov povezana s standardizacijo posameznih alergenov (strupi žuželk in zdravila) ali meritveno mejnimi vrednostmi. Določeni alergeni postopoma prehajajo na epitopski – rekombinantni nivo in v prihodnje bodo tudi ti vključeni v Slovensko nacionalno shemo kakovosti merjenja IgE protiteles – IgEQAS.



Kontrolna karta je občutljivo orodje za zaznavanje motenj delovanja diagnostičnih aparatov.

Od nuhalne do intracerebralne svetline

Darija Strah

Presejanje za Downov sindrom v prvem trimesečju z meritvijo nuhalne svetline je v svetu in pri nas že zavzelo mesto najpomembnejšega ultrazvočnega pregleda ploda. V zadnjih letih se pojavljajo novi kromosomski označevalci, ki jih poleg nuhalne svetline in nosne kosti dodatno ocenimo ali izmerimo: obrazni kot, prisotnost regurgitacije trikuspidalne zaklopke fetalnega srca ali ocena krivulje duktusa venosusa. Pri oceni razvoja hrbtenice in nepravilnosti smo bili do sedaj v okviru omenjenega pregleda neuspešni. Rezultati objavljenih raziskav 61.972 nosečnosti kažejo, da noben plod od 29, ki so imeli spino bifido kot primer nepravilnega razvoja hrbtenice, ni bil diagnosticiran v času od 11. do 13. tedna nosečnosti.

Na letošnjem 8. kongresu fetalne medicine v Portorožu in 19. Svetovnem kongresu ultrazvoka v porodništvu in ginekologiji v Hamburgu so svetovno znani avtorji predstavili nov kromosomski označevalac, ki bi lahko že v zgodnji nosečnosti napovedal možnost okvare hrbtenice – intracerebralna svetlina.

Spina bifida (SB) se pojavlja v dveh oblikah – odprti in zaprti. Zaprta oziroma okultna SB se pojavlja v približno 7 odstotkih, ostali delež predstavlja odprte nepravilnosti. Prevalenca je 1 : 1000, najvišja je v Walesu, najnižja na Japonskem, poznana dejavnika tveganja sta sladkorna bolezen in debelost. Stopnja ponovitve ob predhodni nosečnosti s SB znaša od 2 do 3 odstotke. Z uvedbo jemanja folne kisline preventivno pred in ob zanositvi se je prevalenca razpolovila. Približno 10 odstotkov vseh plodov s SB je kromosomsko spremenjenih, večinoma gre za trisomije 13. in 18. kromosoma. SB so do osemdesetih let prejšnjega stoletja odkrivali s presejanjem določite alfa fetoproteina iz materine krvi okoli 16. tedna nosečnosti, pri kliničnem sumu se je opravila amniocenteza z določitvijo alfa fetoproteina in acetilholinesteraze iz plodovnice. Stopnja odkrivanja nepravilnosti na osnovi ultrazvočne preiskave je bila nizka.

Razvoj SB, pridružene nepravilnosti v drugem trimesečju ter izid nosečnosti

Pri skoraj vsakem primeru odprte SB je opazna Arnold-Chiari malformacija, ki naj bi nastala zaradi posledičnega odtekanja možganskega likvorja v amnijsko votlino, podtlaka v subarahnoidnem prostoru s premikom možganov navzdol, ob tem nastaja obstruktivni hidrocephalus. V drugem trimesečju se Arnold-Chiari malformacija ultrazvočno izrazi kot znak banane in limone. Leta 1986 je Nicolaides opisal najpomembnejša ultrazvočna označevalca, ki sta odločilno prispevala k visoki stopnji odkrivanja nepravilnosti samo z ultrazvočno preiskavo:

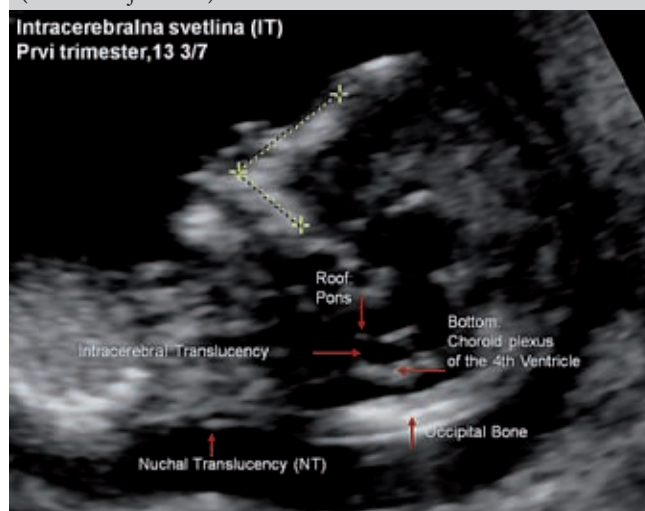
omenjena znaka limone in banane, ki sta ponavadi prisotna v 50 do 90 odstotkih odprte SB. Ventrikulomegalija je pridružena v 80 odstotkih. V nadaljevanju nosečnosti se lahko razvije morebitna mikrocefalija, ki je od 16. do 32. tedna opazna v 40 odstotkih, po 32. tednu pa običajno ni več prisotna. Alfa fetoprotein seveda pri okultni SB ni prisoten in tudi intrakranialne strukture niso spremenjene, zato je diagnostika te oblike SB zelo težka in stanje večinoma neprepoznavno do rojstva.

Vloga diagnostike tako 2D kot 3D/4D-tehnik je že prepoznana kot dodaten diagnostični način spoznavanja stanja. Slikanje z MR ni dokazalo nikakršne dodatne vrednosti glede na ultrazvočno diagnostiko. Vaginalni porod kot način rojstva otroka s SB naj ne bi poslabšal stanja zaradi okvare glede na elektivni carski rez. Napoved kakovosti življenja je odvisna od višine okvare. Najboljša prognoza je za nepravilnost v sakralnem delu. Takrat so ohranjene vse pomembne kognitivne funkcije otroka z nadzorom mehurja v približno 60 odstotkih. Drugače je pri lumbosakralnih nepravilnostih – viden je znaten upad kognitivnih funkcij ter slab, le okoli 7-odstotni nadzor mehurja.

Razvoj SB in pridružene nepravilnosti v prvem trimesečju

V zadnjih desetih letih se je po svetu močno razširilo ultrazvočno znanje in kakovostno nadzorovani ultrazvočni presejalni testi v prvem trimesečju za odkrivanje kromosopatij in

Ultrazvočno vidne embriološke strukture osrednjih možganov v prvem trimesečju. S puščico so označene strukture, ki omejujejo četrti ventrikel – intracerebralno svetlino (foto: Darija Strah).



strukturnih nepravilnosti ploda. Angleški National Screening Committee je že izdal uradno priporočilo, da naj bo ultrazvočno presejanje v prvem trimesečju, ki ga izvajamo že več kot desetletje tudi v Sloveniji, ponujeno prav vsaki nosečnici. Stopnja odkrivanja nepravilnosti živčevja pri presejanju v prvem trimesečju je zelo visoka pri stanjih, kot so: acrania, exencephalia, anencephalia, craniorachishisis, iniencephalia – v približno 45 odstotkih. Holoprosencephalia je bila odkrita v 23 odstotkih, odkrivanje SB in encephalocela pri npr. Meckel-Gruberjevem sindromu je znašalo le 16 odstotkov. Rezultati objavljene raziskave 61.972 nosečnosti, kjer so presegali zarodke z merjenem nuhalne svetline, kažejo, da noben plod od 29, ki so imeli SB, ni bil diagnosticiran v času od 11. do 13. tedna nosečnosti.

Embriologija živčevja

Iz ektoderma se razvije nevrnalna plošča, ki je osnova za nastanek živčnega sistema. Nevralna cev se zapre 22. do 28. dan embrionalnega razvoja. Iz njene zadebeljene stene nastanejo možgani in hrbtini mozeg, iz nevralnega kanala nastane centralni kanal in možganski ventriklji. Iz kranialnega dela nevrnalne cevi se v 4. tednu razvijejo trije možganski vezikli: prosencefalon (zasnova za možganski hemisferi in diencefalon - pons), embrionalni mezencefalon (zasnova za mezencefalon) in rhombencefalon (zasnova za pons, male možgane in podaljšan hrbtini mozeg). Možganski ventriklji nastanejo kot razširitev nevralnega kanala znotraj možganskih polobel. Tako nastaneta dva lateralna, tretji in četrti ventrikel. Komunikacija poteka preko interventrikularnega foramna od lateralnega do tretjega, tretji in četrti sta povezana preko možganskega akvedukta. Četrti ventrikel je povezan naprej s cisterno cerebelomedularis. Horioidni pleksus tvorijo endimске celice, ki so strešje diencefalona, ter ožiljen mezenhim, ki leži nad endimskimi celicami. Ker se ožiljen mezenhim aktivno razmnožuje, nastane razvejen horioidni pleksus. Vgrezne se skozi strešje in v stran ter tako tvori horioidni pleksus tretjega, lateralnih in četrtega ventrikla. Embriionalna cerebrospinalna tekočina se začne tvoriti v 5. embrionalnem tednu.

Ultrazvočno vidne možganske strukture v II. do 13. tednu nosečnosti

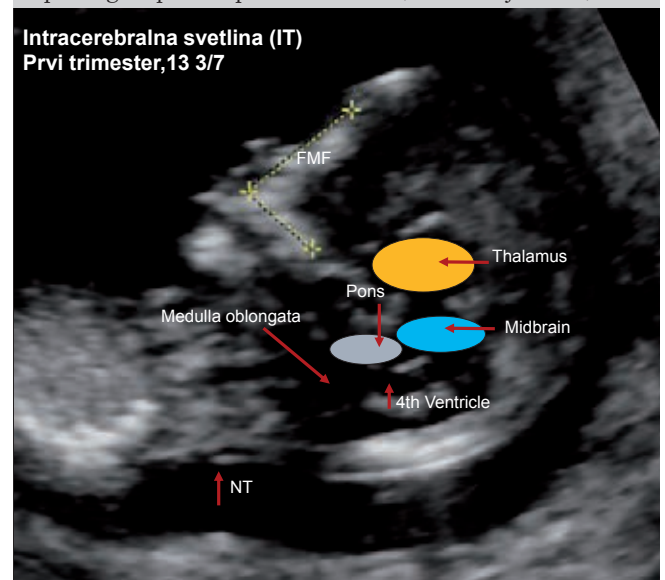
Pri ultrazvočni oceni osrednjega živčevja v 11. do 13. tednu nosečnosti lahko opazujemo falks, diencefalon - thalamus, mezencefalon, rhombencefalon - pons in podaljšano hrbtenjačo ter horioidni pleksus lateralnega in 4. ventrikla. Strešje 4. ventrikla tvori spodnji rob ponsa, dno tvori hiperehogeni horioidni pleksus. 4. ventrikel je hipohogen, zato so ga Chaui, Benoit in Nicolaides poimenovali intracerebralna svetlina (IT). Ima nov

pomen in torej predstavlja nov kromosomski označevalec. Prvič je bil predstavljen junija 2009 na 8. svetovnem kongresu fetalne medicine pri nas v Portorožu. Velikost se giblje med 1,5 in 4 milimetri, vendar ga ne merimo. Pomembna je le prisotnost strukture z jasnima hiperehogenima mejama.

Pomen intracerebralne svetline

Nova dognanja pri opazovanju razvoja osrednjega živčevja torej kažejo, da je v 11. do 13. tednu 4. ventrikel - IT dobro ultrazvočno prepoznaven v midsagitalnem prerezu ploda, ki ga potrebujemo, da pravilno izmerimo nuhalno svetlino, ovrednotimo obstoj nosne kosti in izmerimo obrazni kot. Ocena razvoja osrednjega živčevja je tako mogoča na isti sliki, ki jo potrebujemo za dokumentacijo izmerjene nuhalne svetline. Tako ne potrebujemo veliko dodatnega časa za bolj natančno oceno plodovega razvoja, potrebujemo le kakovosten ultrazvočni aparat. Rezultati nakazujejo, da bi morda pri precejšnjem deležu otrok s SB že lahko zaznali odsotno 4. ventrikel in s tem napovedali bolezenski razvoj živčevja. Ob zaznavi, da je osrednje živčevje spremenjeno, je treba nosečnico podrobneje slediti tudi z vsemi novimi tehnikami prikaza plodove hrbtenice.

Označene osrednje strukture razvijajočega se živčevja: talamus kot del prosencefalona, mezencefalon (midbrain) in pons kot del rhombencefalona. Četrti ventrikel je dobro viden hipohogeni prostor pod talamusom (foto: Darija Strah).



Zlom kolka - najpomembnejši zaplet osteoporoze

Tomaz Kocjan

Neposredni stroški zdravljenja treh najpogostejših osteoporoznih zlomov so leta 2000 v Evropi znašali kar 32 milijard evrov. Med bolniki, ki so te zlome utrpeli, je bilo tudi približno 900.000 takšnih po zlomu kolka. Zlom kolka je brez dvoma najresnejši zaplet osteoporoze s približno 20-odstotno smrtnostjo v prvem letu po zlomu. Smrt je najpogosteje posledica spremljajočih bolezni. Za dobršni del preživelih pomeni zlom kolka trajno poslabšanje kakovosti življenja, izgubo samostojnosti in sprejem v domsko oskrbo. Zaradi staranja prebivalstva pričakujemo, da bo število bolnikov z zlomom kolka v naslednjih letih še naraščalo. Tako ni presenetljivo, da sta okvirna priporočila za primarno in sekundarno preprečevanje teh zlomov v lanskem letu izdali kar dve strokovni združenji, in sicer European Society on Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) in International Bone and Mineral Society (IBMS). S tovrstnimi bolniki se dnevno srečujemo tudi slovenski zdravniki, zato sledi kratek povzetek obeh člankov z nekaj dodatnimi informacijami za praktično delo.

Predstavitve problema

Incidenca zlomov kolka prične eksponentno naraščati že v starosti 65 let. Kljub temu se več kot 60 odstotkov vseh zlomov kolka pri ženskah zgodi po njihovem osemdesetem letu, srednja starost, pri kateri pride do tega zloma, pa je približno 83 let. Dobra polovica žensk, ki utrpi zlom kolka, sploh nima osteoporoze glede na izvid merjenja mineralne kostne gostote. To je delno posledica tega, da k lomljivosti pomembno prispeva tudi kakovost kosti, ki se z leti slabša, predvsem pa dejstva, da je za nastanek zlomov kolka zelo pomembno ravnotežje oziroma nagnjenost k padcem.

Preprečevanje padcev

V zadnjem času postaja jasno, da kronološka starost ali mineralna kostna gostota (MKG) ne moreta zadovoljivo identificirati tistih starejših bolnikov, ki so najbolj ogroženi za zlome. Na pomenu pridobiva nov koncept, ki ga lahko slovenimo kot krhkost (angl. frailty). Krhkost pomeni zmanjšano obrambo pred stresi iz okolja, povečano ranljivost in večjo možnost škodljivih posledic, ki vključujejo padce, invalidnost, odvisnost od tuje pomoči in smrt. Tak starostnik naj bi imel vsaj tri od naslednjih petih značilnosti: nenamerno hujšanje, ki presega 5 kg letno, zmanjšano mišično moč, hitro izčrpanost, počasno hojo in nizko raven telesne aktivnosti. Krhkost je verjetno najboljši približek biološke starosti in predstavlja neodvisni napovednik tveganja za padce, zlome kolka in smrt. Dejavniki, ki vodijo v to stanje, so kronična podhranjenost, starostni upad mišične mase (sarkopenija), oksidativni stres, kronično vnetje in nizka zaloga vitamina D. Zlomov kolka pri starejšem bolniku torej ne

bo mogoče preprečiti brez učinkovitih ukrepov proti pogostim padcem. Na tem področju so se v tujini kot najbolj uspešni pokazali programi za starostnike, ki vključujejo intenzivno telesno vadbo in vaje za ravnotežje. Pomembno vlogo ima tudi energijsko bogata prehrana, v prihodnosti pa bodo ti bolniki verjetno kandidati za selektivne modulatorje androgenih receptorjev (SARM) za zdravljenje sarkopenije.

Vitamin D in kalcij

Zadostna zaloga vitamina D in kalcija je ključnega pomena za vzdrževanje kostne mase in mišične funkcije. S staranjem se sposobnost nastajanja vitamina D v koži zmanjšuje. Poleg tega se starejši ljudje le malo izpostavljajo soncu, še zlasti, če gre za oskrbovance domov. Veliko starejših ljudi bo torej imelo premalo vitamina D, zato je normalizacija zaloge vitamina D osnova vsakega preprečevanja in zdravljenja osteoporoze. Pri takšnih bolnikih bo že samo dodajanje vitamina D v priporočenih odmerkih preprečilo padce in zmanjšalo tveganje za zlome za dobro petino. Po naših smernicah v prvih treh tednih zdravljenja zapolnimo zaloge s holekalciferolom (vitamin D₃) 2000 E (50 µg) dnevno ali 14.000 E tedensko (plivit D3 10 kapljic dnevno ali 70 kapljic enkrat tedensko). Nadaljujemo z vzdrževalnim odmerkom holekalciferola 800–1000 E dnevno ali 5600–7000 E tedensko. Ti odmerki vitamina D so povsem varni in lahko pričakujemo, da se bodo v bližnji prihodnosti še povišali. Zlasti v višji starosti lahko postane problem tudi zadosten vnos kalcija. Priporočamo 1000–1200 mg kalcija dnevno, najbolje s hrano, lahko s kalcijevimi nadomestki. Po najnovjših podatkih verjetno že samo dodajanje vitamina D in kalcija znatno izboljša preživetje bolnikov in bolnic po zlomu kolka.

Preprečevanje zloma kolka z zdravili

V primarni preventivi zloma kolka lahko zdravila predpišemo zaenkrat vsem tistim bolnikom, ki imajo ugotovljeno osteoporozo na podlagi meritve MKG z DXA ali pa so že utrpeli osteoporozni zlom vretenca, če smo s priporočenimi laboratorijskimi preiskavami izključili sekundarne vzroke. Večino raziskav o zdravilih za osteoporozo so zasnovali tako, da so preučevali njihov učinek na zlome vretenc, precej manj pa je na voljo podatkov o učinku istih zdravil na zlom kolka. Podatke te vrste iz randomiziranih, s placebom kontroliranih raziskav imajo naslednja zdravila:

- alendronat, ki je v raziskavi Fracture Intervention Trial (FIT) 1 po treh letih pri bolnicah, ki so že utrpeli zlom vretenca, v primerjavi s placebom zmanjšal tveganje za zlom kolka za 51 odstotkov;

- risedronat, ki je v raziskavi Hip Intervention Program (HIP) po treh letih pri bolnicah z osteoporozo v primerjavi s placebom zmanjšal tveganje za zlom kolka za 40 odstotkov; ključen je bil učinek zdravila pri tistih bolnicah, ki so že utrpeli zlom vretenca;
- zoledronska kislina, ki je v raziskavi HORIZON Pivotal Fracture Trial po treh letih pri bolnicah z osteoporozo v primerjavi s placebom zmanjšala tveganje za zlom kolka za 41 odstotkov, pri čemer je bil učinek viden tudi pri bolnicah brez zlomov vretenec;
- stroncijev ranelat, ki je v raziskavi TROPOS po treh letih v skupini bolnic z visokim tveganjem za zlom kolka (starost vsaj 74 let, T-vrednost na vratu kolka – 2,4 SD ali manj) v primerjavi s placebom zmanjšal tveganje za zlom kolka za 36 odstotkov; učinek zdravila je vztrajal tudi po petih letih zdravljenja (zmanjšanje za 43 odstotkov).

Omeniti velja še nekaj podatkov iz nižje rangiranih, opazovalnih oziroma kohortnih raziskav:

- risedronat je v raziskavi REAL po letu dni zmanjšal tveganje za zlom kolka glede na alendronat za 43 odstotkov;
- ibandronat je bil v raziskavi VIBE v preprečevanju zlomov kolka podobno učinkovit kot alendronat ali risedronat.

Zdravljenje osteoporozne po zlomu kolka

Zlom kolka poveča tveganje za nove osteoporozne zlome za 2,5-krat. Še bolj ogroženi so bolniki v višji starosti, z nizko MKG, nizko telesno težo, kognitivnim upadom, vrtoglavico ali nagnjenostjo k padcem. Večina bolnikov po zlomu kolka kljub temu ne dobi zdravil za osteoporozo. To je verjetno vsaj delno posledica dejstva, da do nedavnega v tej populaciji bolnikov sploh nismo imeli podatkov kliničnih raziskav o varnosti in učinkovitosti zdravil za osteoporozo. Šele leta 2007 so bili objavljeni rezultati raziskave HORIZON Recurrent Fracture Trial, ki je bila zasnovana ravno v ta namen. Ta triletna, randomizirana, dvojno slepa, s placebom kontrolirana raziskava je preučevala učinek enkratletne infuzije zoledronske kisline pri več kot 2000 bolnikih in bolnicah, ki so v zadnjih treh mesecih utrpeli zlom kolka. Po treh letih so imeli aktivno zdravljeni bolniki 35 odstotkov manj novih kliničnih zlomov, poleg tega pa tudi za kar 28 odstotkov nižjo smrtnost. Ugodni rezultati so okrepili vlogo zoledronske kisline, pa tudi drugih bisfosfonatov v sekundarni preventivi osteoporoznih zlomov. Poleg tega praktične izkušnje iz zgornje raziskave ponujajo odgovore na številna, klinična vprašanja glede aplikacije teh zdravil po samem zlomu.

Najpomembnejša priporočila lahko strnemo v naslednje točke:

- intravenski bisfosfonati pri slabi petini bolnikov povzročijo nenevarno, gripi podobno akutno reakcijo s povišano telesno temperaturo, bolečinami v sklepih in mišicah, ki se pojavijo v prvih treh dneh po infuziji, zlasti prvič. Običajno težave minejo v 3 do 4 dneh in le redko trajajo do 14 dni. Ublažimo jih s paracetamolom, ki ga lahko bolniki prejmejo že preventivno. Ob naslednjih aplikacijah so težave ponavadi bistveno manj intenzivne in trajajo krajši čas oziroma jih sploh ni;
- pred uvedbo bisfosfonatov, zlasti intravenskih oblik, mora biti serumski kalcij v normalnem območju;
- predpogoj za varno uporabo bisfosfonata po operativnem posegu je napolnitev zaloga vitamina D, saj v nasprotnem primeru lahko, še zlasti pri intravenskih oblikah, pride do razvoja simptomatske hipokalcemije. Ker merjenje koncentracije 25-OH vitamina D₃, ki je najboljši kazalec zaloge vitamina D v telesu, ni vedno možno, pomanjkanje vitamina D pa je zelo razširjeno, lahko začnemo z nadomeščanjem po priporočenih smernicah takoj, brez merjenja vitamina D;
- pred aplikacijo intravenskih oblik bisfosfonatov je potrebna dobra hidracija bolnika, določimo tudi serumski kreatinin, saj ob hitrosti glomerulne filtracije pod 30 ml/min zdravljenje z vsemi bisfosfonati načelno odsvetujemo;
- aplikacija zoledronske kisline v času med 14 in 90 dnevi po zlomu kolka v zgornji raziskavi ni negativno vplivala na celjenje kosti. Tudi glede na druge razpoložljive podatke je uvedba bisfosfonata v običajnih odmerkih pri bolnikih po zlomu, ki teh zdravil niso še nikdar prejeli, najverjetneje varna. Bisfosfonat lahko takrat celo ugodno okrepi kalus in mineralizacijo brez zaviranja enhondralne osifikacije. Če se bolniki pred zlomom zdravijo z bisfosfonati več kot tri leta, nekateri strokovnjaki priporočajo, da jih za čas celjenja zloma začasno ukinemo;
- če bolnik dobi bisfosfonat po zlomu prezgodaj, obstaja možnost, da se ta ves nakopiči v delu skeleta z najbolj aktivno kostno prenovo, torej na mestu celjenja zloma, kar bi lahko zmanjšalo zaščito pred zlomi na drugih lokacijah. Temu se je verjetno moč izogniti, če z aplikacijo bisfosfonata počakamo vsaj 14 dni po zlomu.

Zaključek

Starostniki z osteoporozo v klinični praksi pogosto potrebujejo multidisciplinarno obravnavo. To velja še zlasti za bolnike po zlomu kolka, ki so najprej deležni dobre kirurške oskrbe, kasneje pa so vključeni v intenzivno rehabilitacijo pod vodstvom fiziatra. Idealno bi bilo, če bi temu dobro utečenemu procesu priključili še zdravljenje osteoporozne. Kot vse kaže, je namreč možno na ta način ne le zmanjšati tveganje za nove zlome, pač pa verjetno izboljšati tudi preživetje teh zelo ogroženih bolnikov.

Literatura je na voljo pri avtorju.

Izjava o konfliktu interesov

Podpisani doc. dr. Tomaž Kocjan, dr. med., avtor članka »Zlom kolka - najpomembnejši zaplet osteoporozne«, predvidenega za objavo v reviji Isis, izjavljam, da ne gre za reklamno sporočilo za katerokoli od v članku omenjenih zdravil, pač pa za povzetek priporočil neodvisnih mednarodnih organizacij ESCEO in IBMS, ki so bila napisana z namenom izboljšati obravnavo bolnikov po zlomu kolka, kar je bil tudi moj namen, ko sem se lotil pisanja članka.

Izkušnja v enoti avstrijske helikopterske nujne medicinske pomoči

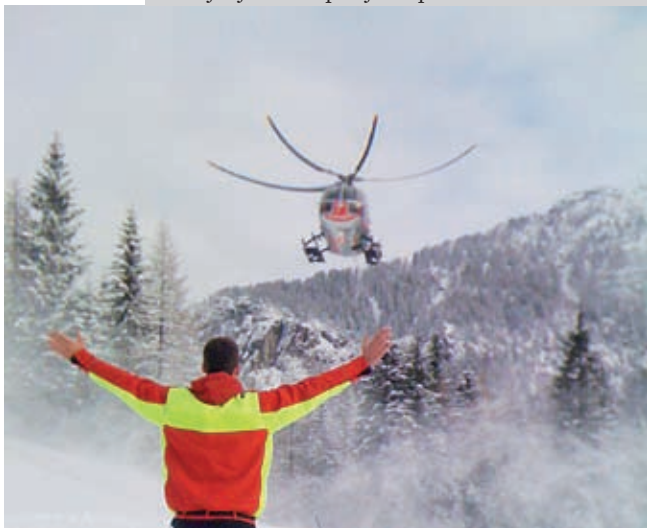
5 helikopterjem se sekunde za življenje skrajšajo

Jurij Gorjanc

Na zaslončku rezko piskajočega pozivnika za pasom se izpiše: N 14°43,324', W 46°42,526'. männl. Patient, 43 J., Hornissenstich - V.a. anaphylaktische Reaktion (1). Več podatkov zaenkrat ne potrebujem. Pilot med tekom do helikopterja pa mobilniku še zadnjič preveri vreme, čeprav to počne že vse oblačno jutro. Medicinski tehnik (ki je hkrati tudi pilotov navigator) že vnaša koordinate v prenosni GPS-sprejemnik ter teče proti helikopterju. Ko smo vsi pripeti z varnostnim pasom, sta obe turbini že vsaj minuto prižgani, kmalu zatem smo v zraku. Ura pokaže dober rezultat: 2 minuti in 34 sekund od poziva. GPS nakaže 12 minut za prihod do kraja nezgode, če bo hitrost še naprej 130 vozlov. Medtem je čas za natančnejše informacije o bolniku, v glavnem po radijski zvezi. Pristanek, heteroanamneza, status. Monitoring, infuzije, zdravila. Neposreden primer, kako hitrost rešuje. Vkrcanje. Čez 20 minut LKH (2) v Celovcu, predaja na urgenci. Čez slabo uro (od poziva) spet baza v Sinči vasi.

Isto poletno soboto se pozivnik oglasi še trikrat. Malo več od običajne frekvence, ki znaša 2,5 intervencij na dan. Oskrbimo še motorista, delavca z motorno žago ter izvedemo sekundarni medbolnišnični prevoz med LKH Wolfsberg in UKH Celovec (3) starejše bolnice z ishemično možgansko kapjo (z namenom trombolize). Po sončnem zahodu, ko že kar malo kinkamo, sledi udobna analiza ob pivu.

Navajanje helikopterja za pristanek na smučišču



Vse naštetu se je začelo s prebiranjem dopisa, ki se je nekega dne znašel na mizi v prostorih enote Helikopterske nujne medicinske pomoči (HNMP) na Brniku. Dr. Schunk, nadzorni zdravnik iz podjetja Flymed, ga je poslal mag. Dušanu Vlahoviču, dr. med., v UKC Ljubljana, slednji pa v enoto HNMP. Pomanjkanje zdravnikov ob vikendih na višku poletne ter zimske sezone ni nič neobičajnega, ne v Avstriji ne pri nas. Bolj kot karkoli drugega je bil razlog za prijavo želja po izkušnji dodelanega sistema helikopterskega reševanja ter želja po izzivu kot takem. Zahtevana dokumentacija kandidata gre najprej na sedež podjetja Flymed v Zgornji Avstriji, od tam pa na Zdravniško zbornico v Celovcu. Za modrost se je izkazalo vztrajanje staršev v naši mladosti, da učenje tujih jezikov potrdimo z licenčnimi izpiti. Pomembna je bila tudi podpora nekaterih slovenskih zdravnikov (ne le v GRS), med njimi že pred leti mnenje prof. dr. Matije Horvata, dr. med., da je znanje urgentne medicine in njegova obnova z rednimi tečaji skoraj obveznost vsakega, še posebej mladelega zdravnika katerekoli specializacije. Pred časom mi je kolega in prijatelj izrazil pomislek, da ob rednem in aktivnem delu kirurg ne more obvladati vse medicine. Odgovor bi se lahko glasil, da vse medicine nikakor ne. Urgentno pa lahko. Zakaj ne bi bila zdravnikom urgentna medicina eden od resnih konjičkov (brez omalovaževanja stroke in novih specialistov urgentne medicine), tako kot je nekaterim resen konjiček pilotiranje, jadranje, vožnja z motorjem in še kaj. Konec koncev laiki od zdravnika v nujnih situacijah v vsakdanjem življenju pričakujejo še kaj več kot telefonski klic na 112 in prvo pomoč.

Avstrijski sistem HNMP obsega 15 helikopterskih baz, ki jih sofinancirata država in prometni klub ÖAMTC (4). Dodatno država omogoča delo teoretično neomejenemu številu zasebnih helikopterjev, ki v soglasju z lokalnimi skupnostmi postavijo bazo na območju večje frekventnosti nujnih stanj (večja mesta, smučišča, gore itd.). Lansko zimo so tako v Avstriji naštel 35(!) helikopterskih baz za primarno reševanje, nekateri od njih opravljajo tudi sekundarne prevoze. Helikopter je pač leteči rešilni avtomobil, nič več in nič manj. Plačilo prevozov ima večina državljanov Avstrije urejeno preko dodatnega zavarovanja, ki (tudi v primeru športnih dejavnosti in določenih aktivnosti v prostem času) vedno zajema tudi plačilo medicinske oskrbe na terenu in helikopterskega prevoza, če je poškodba ali obolenje ocenjeno po NACA vsaj s 3 (5). Sekundarni prevozi novorojenčkov ter težkih kroničnih bolnikov (presaditve organov) so



Jutranji pregled opreme

zaradi specifičnosti dela še vedno regulirani s strani države, lotevajo se jih ekipe univerzitetnih kliničnih centrov.

Podjetje Flymed je ustanovil radiolog dr. Günther Schamp iz Zgornje Avstrije (Oberpullendorf). Razpolaga z dvema helikopterskima bazama v Avstriji (Helikopter Airmed 1 v Sinči vasi na avstrijskem Koroškem poleti in smučišče Mokrine nad Ziljsko dolino pozimi ter Airmed 2 v Scharnsteinu v Zgornji Avstriji). Ob pomanjkanju zdravnikov v Avstriji je v ekipi 40 zdravnikov (redno zaposlenih po bolnišnicah) približno 40 odstotkov kolegov iz Nemčije, en kolega iz Hrvaške ter zaenkrat en Slovenec. Medicinskih tehnikov je zgolj šest, piloti – večina Nemci – so štirje, zato oboji dežurajo po več dni skupaj.

V slovenski HNMP nisem edini z izkušnjo spoznavanja avstrijskega sistema. Medicinski tehniki iz Kranja, Maribora in Ljubljane so že večkrat obiskali t.i. LLS-je (6) v Celovcu in drugje; ustrezno obveščanje je poleg hitrega odziva helikopterjev eden ključev delovanja sistema. Medicinsko izobražen kader v takem centru na podlagi telefonskih podatkov obolelega ali očividcev izpolni kratek protokolarni formular (povzetek – tabela 1) in aktivira helikopter, če je doseženih dovolj točk za indiciranje helikopterskega prevoza, dodatno pošlje na kraj nezgode navadno še reševalni avtomobil. Na radijski pozivnik helikopterske ekipe v najbližjem helikopterju sporoči koordinate nezgode ter osnovne podatke, ostalo je delo trojice v plovilu ter osebja v reševalnem avtomobilu.

Ob vsem naštetem se marsikomu samodejno postavi vprašanje možnosti vpeljave vsaj podobnega sistema pri nas v Sloveniji. Regionalni zdravniki še toliko bolj občutimo potrebo po vzpostavitvi mreže helikopterskih prevozov (primarnih in sekundarnih). Gotovo Slovenci glede na BDP nismo tako bogati kot

Avstrijci, če se sme v času recesije sploh govoriti o bogastvu. Pa vendar, ali je (še vedno?) politično razbolena situacija ob najemu prvega zares namenskega medicinskega helikopterja v Sloveniji pred tremi leti (Flycom – AMZS) glavni razlog, da je na tem področju veliko pogovorov, a brez vidnega premika? Ideje ali celo načrti o vsaj treh helikopterskih bazah so v zadnjem času ponovno bolj aktualni, tudi heliport na strehi UKC Ljubljana, morda še kje, bo (kmalu?) dograjen. A če nas v Sloveniji po tehnični in finančni plati mučijo sistem aktiviranja, relativno dolgi časi doleta (v odvisnosti od oddaljenosti kraja nezgode od Brnika) ter manjkajoči heliporti na (ali ob) nekaterih bolnišnicah, pa je dejstvo, da vsaj po strokovni oskrbi prav nič ne zaostajamo za kolegi v sosednji Avstriji. Celo nasprotno. Kadar je pri nas prihod helikopterja do težkega poškodovanca ustrezno hiter, ga oskrbi ekipa s namenskim medicinskim tehnikom ali celo diplomiranim zdravstvenikom, ki se mu ni potrebno ukvarjati še z navigacijo plovila, zavarovanjem okolice in komunikacijo z letalsko centralo. Za zdravnika precejšnja razbremenitev, za bolnika prednost.

Pa še anekdota za konec: moje prvo reševanje s helikopterjem v sosednji Avstriji je potekalo v Podjuni, kjer si je ženička pred svojo domačijo zlomila kolk. Že sem bil pripravljen, da vzamem anamnezo po nemško, ko me preseneti z vpitjem in javkanjem v pristni koroški slovensščini. Pa jo prijazno ogovorim nazaj in prijetno presenečenje je morda botrovalo temu, da je bila bolečina vsaj do imobilizacije in aplikacije analgetika znosnejša. Kmalu pristopi orožnik (7), ki se je s terenskim vozilom medtem prebil do hiše, ter po slovensko pobara, ali sme pridržati plastenko z infuzijo. Mojemu nemškemu medicinskemu tehniku tako ni preostalo drugega, kot da me tu in tam poprosi za prevod, da bi razumel, kaj se dogaja.

Tabela 1: Nekateri kriteriji za aktivacijo helikopterjev

Okvirne indikacije za sočasno aktivacijo helikopterja in reševalnega vozila v Avstriji:

ANAMNEZA (informacija laikov)

- Stisnjeni ali zasuti ponesrečenci, padec z velike višine
- Nesreče z dokazano težko ranjenimi ali z več kot dvema ranjenima osebama
- Zastrupitve
- Opekline, oparine ali ožganine večjih razsežnosti
- Poškodbe z električnim tokom
- Utemeljen sum na življenjsko ogroženost
- Nesreče v vinjenem stanju
- Nesreče z motornim kolesom

MEDICINSKA UTEMELJITEV

- Motnje dihanja (pomodrelost, neenakomernost dihanja)
- Izguba zavesti (neodzivnost na bolečinski dražljaj)
- Znaki šoka (padec tlaka, pospešen pulz)
- Močne bolečine okrog srca in pljuč
- Močni krči
- Močne krvavitve (želodec, črevesje, ginekološke)
- Odprte poškodbe telesnih votlin (prsni koš, trebuh)
- Zlom stegenice, hrbtenice, medenice, reber ter vsi odprti zlomi
- Poškodbe zaradi vboda
- Prenehanje srčne akcije

Opombe:

- (1) N14°43, 324'; W46°42,526' – zemljepisne koordinate nesreče; 43-letni moški, pik sršena, sum na anafilaktično reakcijo
- (2) Landeskrankenhaus – deželna bolnišnica
- (3) Deželna bolnišnica Wolfsberg – Univerzitetna bolnišnica Celovec
- (4) Österreichischer Auto-Moto Touring Club – avstrijski avto-moto klub
- (5) National Advisory Committee for Aeronautics – lestvica za ocenjevanje resnosti obolenj in teže poškodb (0 – nepoškodovanost, 7 – smrt)
- (6) Landesleitstelle – deželni center za obveščanje
- (7) Gendarmerie – avstrijska okrajna policija

Zdravje žensk

Strokovnjaki SZO ugotavljajo, da je ob koncu prvega desetletja 21. stoletja aids/okužba z virusom HIV na samem vrhu vzrokov smrtnosti pri ženskah med 15. in 44. letom starosti, ki je najbolj spolno aktivna, pa tudi poklicno in ekonomsko perspektivna. Ključni element okužb z virusom HIV in posledičnega zbolevanja za aidsom predstavljajo »lahkomiselni« spolni odnosi, brez ustrezne zaščite, zlasti v rodni dobi, njim ob bok pa stopa tudi pomanjkanje sodobne kontracepcije (onemogočen in otežen dostop, slaba informiranost in nepoučenost oz. neprosvetljenost). Strokovnjaki OZN ugotavljajo, da je danes najmanj 20 odstotkov smrti povezanih z »nevarnimi« spolnimi odnosi, okrog 15 odstotkov smrti pri ženskah pa je povezanih z materinstvom.

Izsledki opisane globalne študije, ki je zajela žensko populacijo v vseh starostnih obdobjih, pričajo, da se neenakost v zdravstvu pri ženskah kaže že v najnežnejšem otroštvu, nato pa se nadaljuje preko mladosti in odraslosti do pozne starosti. Kljub temu pa so po mnenju dr. Margaret Chan ženske privilegirane, saj v povprečju živijo od šest do osem let dlje od svojih moških vrstnikov. V številnih socialnih okoljih so ženske bolj obremenjene od moških, slabše plačane, manj ugledne in spoštovane – ekonomski in zdravstveni sistem je naravnani na potrebe moških, pa tudi socialne norme ženskam niso naklonjene. Vsa naštetá dejstva, vključno z visoko smrtnostjo zaradi aidsa, dr. Chan šteje za tragedijo, ki jo je mogoče preprečiti. Vendar pa se po prepričanju strokovnjakov SZO situacija ne bo spremenila, dokler bo družba ženske obravnavala kot drugorazredno populacijo ter kljub deklarirani enakopravnosti glavni privilegijev in bonitet namenjala moškim.

Vir: SZO

Nina Mazi

Celostna obravnava dislipidemij in nova možnost zdravljenja

Zlatko Fras

Dislipidemija kot dejavnik tveganja za bolezni srca in žilja (BSŽ), povezane z aterosklerozo

Zvišana vrednost holesterola (še posebej holesterola v lipoproteinih nizke gostote ali LDL) je najmočnejši izmed neodvisnih dejavnikov tveganja za pojavljanje klinično izraženih oblik (in/ali zapletov) aterosklerotične (zlasti koronarne) žilne bolezni. Poleg LDL lahko aterosklerozo pospešujejo tudi drugi, s holesterolom in trigliceridi bogati lipoproteini, npr. lipoproteini zelo nizke gostote (VLDL), srednje gostote (IDL) in lipoproteinski ostanki. Zmerno **zvišani koncentraciji trigliceridov** sta pogosto pridruženi **nizka vrednost holesterola HDL** in prisotnost zelo aterogenih **majhnih, gostih delcev LDL** (stanje t.i. aterogene dislipidemije). Znižane vrednosti HDL, dejavnika s sicer zaščitno vlogo, predstavljajo neodvisno stanje povečane ogroženosti za zbolewnost in umrljivost. Znižan HDL je pri koronarnih bolnikih najpogostejša motnja v presnovi krvnih maščob in zanesljiv napovednik za ponovne zaplete, tudi če je vrednost celokupnega holesterola v zelenem območju.

V preprečevanju BSŽ pri osebah brez dotlej znane ateroskleroze (primarna preventiva) velja glede **ciljnih vrednosti** splošno *pravilo 5-3-2-1*: koncentracija celokupnega holesterola naj bo pod 5 mM, LDL pod 3 mM, trigliceridov pod 2 mM, HDL-holesterola pa nad 1 mM. Pri osebah, ki jih na osnovi tabel ogroženosti opredelimo kot zelo ogrožene (> 20-odstotna verjetnost za klinično izraženo bolezen oz. > 5-odstotna verjetnost za usodni srčno-žilni dogodek v prihodnjih 10 letih), ter **pri bolnikih z znano aterosklerotično boleznijo** (na koronarnih, možganskih ali perifernih arterijah) smo glede ciljnih vrednosti strožji. Najnovejše evropske, ameriške, britanske, pa tudi posodobljene slovenske smernice tega področja soglašajo z arbitrarno **mejo pod 4,0 mM za celokupni ter 2,0 mM za holesterol LDL**. Doslednejši smo tudi pri uravnavanju **holesterola HDL, višje od 1,1 mM pri moških oz. 1,3 mM pri ženskah, in trigliceridov, nižje od 1,7 mM**.

V Sloveniji ima med tako rekoč zdravimi odraslimi (v starostnem obdobju od 25 do 65 let) vrednosti celokupnega in holesterola LDL nad zgornjo dopustno mejo (5,0 oz. 3,0 mM) okoli 70 odstotkov (CINDI Slovenija). Kljub temu, da je leta 2007 že kar 92 odstotkov v UKC Ljubljana obravnavanih koronarnih bolnikov prejelo lipolitična zdravila, smo med njimi ugotavljali le 55 odstotkov takih, ki so dosegali ciljne vrednosti LDL nižje od 2,5 mM (EUROASPIRE III).

Kako učinkovito zdraviti dislipidemije v klinični praksi?

Temelj ukrepanja ob dislipidemiji je **svetovanje za spremembo dejavnikov življenjskega sloga, ki povečujejo srčno-žilno ogroženost**, zdravo prehranjevanje, povečanje redne telesne dejavnosti, prenehanja kajenja in drugo. Vendar pa ima vse navedeno precej omejeno vlogo – kar v okoli 1/3 primerov v primarni preventivi in po najnovejših priporočilih pri vsaj 4/5 bolnikov s klinično izraženo aterosklerotično boleznijo moramo uporabiti tudi lipolitična zdravila.

Ta zmanjšajo relativno ogroženost za bolezni srca in žilja za do 37 odstotkov oz. 51 odstotkov (primarna oz. sekundarna preventiva), absolutno ogroženost s srčno-žilnimi zapleti pa za 2 odstotka oz. do 8,5 odstotka (primarna oz. sekundarna preventiva).

Zdravljenje s statini je zelo (najbolj) učinkovit ukrep za zniževanje zlasti celokupnega in holesterola LDL. Znižanje LDL za 1 mmol/L zniža 5-letno pojavnost pomembnih srčno-žilnih dogodkov za 21 odstotkov. Intenzivno zniževanje LDL s statini bistveno izboljša preživetje bolnikov z dislipidemijo in lahko pripelje celo do regresije koronarnih aterosklerotičnih sprememb. Vendar pa kljub temu v praksi pogosto ne uspemo doseči priporočenih vrednosti. Poleg tega utegne bolnikom z osamljenimi ali pridruženo znižanim HDL in/ali zvišanimi vrednostmi trigliceridov bolj koristiti zdravljenje, ki ciljano in/ali učinkoviteje zvišuje HDL. **Kombinirano lipolitično zdravljenje** prihaja v poštev:

1. za intenzivnejše znižanje – doseganje ciljnih vrednosti LDL,
2. za zniževanje celotnega ne-HDL,
3. za dodatno znižanje vrednosti trigliceridov in/ali zvišanje HDL.

Takojšnje intenzivno ukrepanje je smiselno, če so potrebna obsežnejša znižanja LDL, trigliceridov in/ali zvišanje HDL (npr. ob aterogeni dislipidemiji). Tudi v nedavni raziskavi o zdravljenju dislipidemij v Sloveniji smo potrdili sicer znano dejstvo, da se v klinični praksi zdravniki po začetnem ukrepu kljub nedoseganju ciljnih vrednosti le redko odločajo za pomembnejšo modifikacijo v izhodišču izbrana režima zdravljenja.

Kombinirano zdravljenje **z zdravili z različnimi mehanizmi delovanja** uporabimo zlasti pri hujših in kompleksnejših motnjah presnove maščob. Za znatno znižanje LDL so učinkovite zlasti kombinacije statinov s specifičnim zaviralcem absorpcije holesterola (ezetimib) ali vezalci žolčnih kislin (holestiramin, holesevelam). Pri **kombiniranem zdravljenju z ezetimibom in statinom** sočasna zavora obeh virov holesterola zagotovo edinstveno in komplementarno znižanje ravnih holesterola. Zdravilo je indicirano, če pri bolnikih s hiperholesterolemijo zdravljenje s srednje velikimi odmerki statinov ne zadošča, uporaba statina ni primerna ali pa bolnik statinov ne prenaša. Fibrati učinkovito zmanjšujejo srčno-žilno ogroženost pri bolnikih z izolirano znižanimi ravnimi HDL (in/ali zvišanimi trigliceridi). O zdravljenju s kombinacijo **statina in fibrata** se moramo pogosto posvetovati z zdravnikom z ustreznimi specialističnimi znanji glede uravnavanja motene presnove maščob. Pravilno izbrana zdravila in dosleden nadzor zdravljenja sta varna, pregled 36 kliničnih študij je pokazal, da se le pri 0,12 odstotka oseb, ki sočasno jemljejo statin in fibrat, pojavi miopatija, ki so jo opredelili bolečine v mišičju in več kot 10-kratni porast kreatin kinaze. Bistveno varnejša od kombinacije statina in gemfibrozila je uporaba kombinacij statina in fenofibrata oz. bezafibrata. Za zdravljenje visokih vrednosti LDL in nizkega HDL lahko uporabimo **kombinacije statinov in nikotinske kisline** ali pa **vezalcev žolčnih kislin in nikotinske kisline**. Če so zvišani tako trigliceridi kot LDL (pogosto

je ob tem znižan HDL), predstavljajo odlično kombinacijo vezalci žolčnih kislin in nikotinska kislina, možna alternativa pa je tudi kombinacija vezalcev žolčnih kislin in fibrata. **Kombinacije statina z nikotinsko kislino in fibratom** je najbolje prihraniti za bolnike s koronarno boleznijo in hudo kombinirano hiperlipidemijo, ki naj jih praviloma obravnava specialist za motnje presnove maščob.

Nikotinska kislina z laropiprantom – znan in učinkovit lipolitik v sodobni, »uporabnejši« obliki

Nikotinska kislina (niacin) je vodotopni vitamin B-kompleksa, ki ga je veliko v živalski in rastlinski hrani, predvsem v mesu, ribah in žitih. V farmakoloških odmerkih je kot učinkovit lipolitik v uporabi že od sredine 50. let prejšnjega stoletja. **Ima ugodne učinke na vse tri poglavitne razrede plazemskih lipoproteinov** (VLDL, LDL in HDL), koncentracije celokupnega in holesterola LDL zniža za okoli 20 do 30 odstotkov, trigliceridov za 35 do 55 odstotkov, vrednost HDL pa zviša za 20 do 35 odstotkov. Zato je še posebej primerno zdravilo pri bolnikih s kombinirano dislipidemijo (z zvišanim LDL, trigliceridi ter običajno tudi znižanim HDL), pa tudi za tiste s hiperholesterolemijo, ki ob zdravljenju s statini ne dosegajo v smernicah priporočenih ciljnih vrednosti. Niacin naj bi prvenstveno uporabljali **v kombinaciji s statini**, kot monoterapijo pa le, če zdravljenje s statini ne učinkuje oziroma jih bolniki ne prenašajo.

Nikotinska kislina obstaja v treh različnih farmakoloških oblikah:

- s takojšnjim sproščanjem (immediate-release (IR) niacin),
- s počasnim sproščanjem (slow release (SR) niacin),
- s podaljšanim sproščanjem (extended-release (ER) niacin).

Zdravljenje z niacinom dokazano zmanjšuje ogroženost za smrt in srčno-žilne dogodke ter upočasni napredovanje oziroma pomaga k nazadovanju aterosklerotičnih sprememb. Uporabo omejujejo neželeni učinki, med katerimi je najpogostejše močno izraženo in za bolnika zelo moteče zardevanje kože (z ali brez srbeža), zlasti v predelu glave, vratu in zgornjega dela trupa. Zato se je zdravilo kljub dokazani učinkovitosti v klinični praksi malo uporabljalo – po podatkih iz literature je v 12 mesecih po uvedbi prekinilo zdravljenje kar 65 do 85 odstotkov bolnikov.

Različne oblike nikotinske kisline so razvili, da bi zmanjšali pojavnost zardevanja – najboljšo prenosljivost je izkazala oblika s podaljšanim sproščanjem (ERN). Zardevanje je posledica sproščanja prostaglandina D2 (PGD2) v koži, ki se veže na receptor DP1, kar povzroči vazodilatacijo. Zardevanje je mogoče zavreti z dodatkom laropipranta (LRP), ki je močan in selektiven antagonist DP1, pri tem pa ne vpliva na koncentracije lipidov in ne ovira pozitivnih presnovnih učinkov nikotinske kisline.

Izsledki raziskav

Že leta 1975 so objavili rezultate prospektivne, dvojno slepe, randomizirane raziskave *Coronary Drug Project (CDP)*, v kateri so po petih letih zdravljenja z nikotinsko kislino pri bolnikih po prebolelem srčnem infarktu ugotovili pomembno zmanjšanje ponovnih neusodnih srčnih infarktov, med petnajstletnim spremljanjem pa so v skupini, ki je dobivala niacin, ugotovili tudi 11 odstotkov manj smrti kot ob zdravljenju s placebom. V raziskavi *HATS (The High-density lipoprotein (HDL)-Atherosclerosis Treatment Study)* se je izkazalo, da je

mogoče pri koronarnih bolnikih z znižanim HDL (in v času raziskave »normalnimi« vrednostmi LDL) **s kombinacijo simvastatina in nikotinske kisline** »zaustaviti« napredovanje aterosklerotičnega procesa in zmanjšati število pomembnih kliničnih dogodkov. Po treh letih zdravljenja so ugotavljali blago angiografsko regresijo koronarne ateroskleroze (za 0,4 odstotka), v primerjavi z močno izraženim napredovanjem (+ 3,9 odstotka) v skupini, ki je prejela placebo. Pojavnost kliničnih dogodkov je bila v skupini, ki je prejela kombinacijo niacina in simvastatina, v primerjavi s placebom kar za 60 odstotkov manjša.

Učinek dodanega laropipranta na zardevanje kože

V obsežnih kliničnih preskušanjih so ob zdravljenju z niacinom samim ali **v kombinaciji z laropiprantom** glede simptomatike zardevanja ugotovili, da je bilo med bolniki, ki so prejeli zdravilo ERN/LRP, zardevanja manj (pa tudi manj intenzivno je bilo) kot med bolniki, ki so prejeli samo ERN. Pogostnost zmerne ali izrazitejšega zardevanja se je med tistimi, ki so prejeli zdravilo ERN/LRP, približala tisti ob jemanju placeba, manj pa jih je zaradi zardevanja tudi prekinilo zdravljenje.

Zaključek

Veljavna priporočila za intenzivno zniževanje ravni krvnih maščob (zlasti škodljivega, holesterola LDL) v smernicah, tudi slovenskih, so praviloma zelo stroga, ciljne vrednosti lipidograma (poleg LDL tudi zaščitnega, holesterola HDL, in trigliceridov) pa določene na osnovi rezultatov obsežnih in dobro nadzorovanih raziskav. Poudariti velja, da smo v zadnjem obdobju v vsem razvitem svetu pričali skokovitemu naraščanju prevalence kombinirane (aterogene) dislipidemije (in vseh njenih neugodnih posledic za srčno-žilno zdravje), ki se bo po napovedih epidemiologov v prihodnosti še povečevala.

Možnosti za učinkovito uravnavanje plazemskih vrednosti holesterola s pomočjo spreminjanja življenjskega sloga so precej omejene, ocenjujemo, da moramo v približno 1/3 primerov hiperholesterolemij v primarni preventivi, in po najnovejših priporočilih pri večini bolnikov s klinično izraženo aterosklerotično srčno-žilno boleznijo, uporabiti lipolitična zdravila.

Na voljo imamo pregledne in z dokazi iz obsežnih kliničnih raziskav podprepljene algoritme za ukrepanje v klinični praksi. Bistveno večji problem kot oblikovanje priporočil v smernicah je njihovo udejanjanje pri praktični vsakodnevni obravnavi bolnikov, zato bi bilo treba v medsebojni izmenjavi mnenj in izkušenj med strokovnjaki posvetiti bistveno več pozornosti predvsem temu problemu.

Literatura je na voljo pri avtorju.

Izjava o konfliktu interesov

Podpisani doc. dr. Zlatko Fras, dr. med., avtor članka *Celostna obravnava dislipidemij in nova možnost zdravljenja*, predvidevamo za objavo v reviji *Isis*, izjavljam, da sem članek napisal na prošnjo podjetja MSD, ki bo v isti številki oglaševalo svoj izdelek, ki se je izkazal v raziskavah kot učinkovit pri zdravljenju dislipidemij. Moj članek ne vsebuje reklamnih sporočil, ki bi se kakor koli nanašala le na izdelek MSD, in je pregled znanstveno potrjenih dejstev o vlogi lipolitičnih zdravil pri zdravljenju dislipidemij.

Razmišljanja ob kongresu Evropske zveze za kognitivno-vedenjsko terapijo

Irma Kuhar

V Dubrovniku je med 16. in 19. septembrom potekal 39. kongres **Evropske zveze za vedenjsko-kognitivno terapijo** (EABCT) z naslovom »Nove perspektive v kognitivno-vedenjski terapiji«. Udeležencev je bil preko 600 iz 51 držav, od tega nas je bilo kar 42 predstavnikov iz Slovenije.

Organizator je bilo hrvaško združenje za kognitivno-vedenjsko terapijo, ki je od leta 1998 enakovreden in aktiven član Evropskega združenja za kognitivno-vedenjsko terapijo.

Kongres se je osredotočil predvsem na raziskovalno področje. Predstavljene so bile številne raziskave s področja kognitivno-vedenjske terapije (KVT), v katerih se je potrdilo doslej že dobro znano dejstvo, da je KVT učinkovita terapija za zdravljenje depresije, anksioznih motenj ter številnih drugih psihičnih motenj, kot na primer stresnih motenj, kroničnih telesnih obolenj, motenj hranjenja, v zadnjih letih pa ugotavljajo njeno učinkovitost celo pri bipolarni motnji in shizofreniji.

Organizatoriki kongresa, prof. Ivanka Živčić Bečrovič in prof. Nada Anič



Kaj je KVT

Kognitivno-vedenjska terapija je oblika psihoterapije, ki temelji na kognitivnem modelu, po katerem sta naše čustvovanje in odzivanje v tesni povezanosti z mišljenjem oziroma našimi bazičnimi prepričanji. Različne psihične stiske, čustvene motnje ali vedenjske težave so posledica disfunkcionalnih misli in prepričanj. V KVT zato pacienta naučimo prepoznati te disfunkcionalne misli in prepričanja ter jih tekom terapije spreminjamo v bolj funkcionalna. KVT je usmerjena predvsem na reševanje problemov »tu in sedaj«, vendar se tekom zdravljenja usmerimo tudi na spreminjanje bazičnih prepričanj, ki se oblikujejo na temelju zgodnjih izkušenj. Spreminjanje bazičnih prepričanj je predpogoj za trajno izboljšanje težav.

Številne klinične raziskave so dokazale, da je KVT kratkoročno vsaj tako učinkovita kot antidepresivna terapija pri zdravljenju depresije in anksioznih motenj, njena bistvena prednost pa je dolgoročna učinkovitost. Po ukinitvi medikamentozne terapije je namreč pogostost relapsov kar od 50 do 78 odstotkov, medtem ko s KVT pogostost relapsov zmanjšamo na 20 do 36 odstotkov. Angleški inštitut za klinično odličnost NICE (National Institute for Clinical Excellence) je preveril dokaze o učinkovitosti različnih načinov zdravljenja in na osnovi tega že v letu 2004 izdelal klinične smernice, po katerih je KVT zdravljenje prvega izbora za depresijo, anksiozne motnje in številne druge psihične motnje.

KVT v Angliji

Na kongresu smo poslušali zanimivo predavanje prof. Davida M. Clarka iz King's College v Londonu, ki je prikazal angleški nacionalni projekt zdravljenja depresivnih in anksioznih motenj. Poudaril je, da se danes zdravljenje osredotoča na psihoze, ki prizadenejo 1 odstotek populacije, medtem ko vsaj 16 odstotkov populacije trpi zaradi anksioznosti in depresije.

Poleg psihičnega trpljenja, ki ga te motnje predstavljajo za posameznika, pa pomenijo tudi veliko ekonomsko breme za državo. V Angliji so izračunali, da zaradi izgube delovne sposobnosti zaradi teh motenj izgubijo 17 milijard funtov na leto, od katerih je kar 9 milijard neposreden strošek za državno blagajno.

Zato so v Angliji naredili oceno stroškov, ki jih predstavljajo psihične motnje za državo, in prihranka, ki ga prinaša uspešno zdravljenje. Ocenili so, da stroški zdravljenja s KVT v povprečju znašajo 750 funtov na pacienta, saj je KVT kratkotrajna in zelo

učinkovita metoda zdravljenja. Uspešno zdravljenje pomeni manj bolniških odsotnosti in s tem manj stroškov za bolniška nadomestila, kar je prvi prihranek za državno blagajno. Ker pa s KVT dosežemo trajno izboljšanje psihičnih motenj, imajo ti pacienti dolgoročno večjo možnost za zaposlitev, kar pomeni več prispevkov v državno blagajno ter boljše kakovost življenja. Ugotovili so, da bo državna blagajna z vsakim pacientom, ki ga uspešno pozdravimo s KVT, prihranila 1200 funtov. Na osnovi teh izračunov se je vlada že v letu 2005 odločila, da bodo namenili 306 milijonov funtov za izobraževanje in zaposlitev dodatnih 3600 terapevtov kognitivno-vedenjske psihoterapije, da bodo zadostili potrebam po zdravljenju anksioznih motenj in depresije. Naredili so šestletni nacionalni načrt v skladu s smernicami NICE ter ustanovili nove centre za zdravljenje depresije in anksiozne motnje.

Druge izkušnje s KVT

Pacienti z anksioznimi motnjami pogosto prihajajo v urgentne ambulante, saj so fiziološki znaki anksioznosti lahko podobni npr. infarktu ali drugim telesnim obolenjem. Ocenjuje se, da je kar polovica vseh obiskov v urgentnih službah posledica stanj, ki »somsatsko niso razložljiva«. V Ameriki so ugotovili, da ljudje, ki trpijo zaradi anksiozne motnje, na leto stanejo za nepsihiatrično zdravljenje 350 dolarjev več od ostalih. Zato bi z uspešnim zdravljenjem teh motenj lahko zmanjšali tudi število nepotrebnih obiskov v urgentnih ambulantah.

Ugotavljajo še, da so prihranki uspešnega zdravljenja tudi na sekundarnem nivoju. Manj je potrebe po obiskih in preiskavah pri specialistih, manj je hospitalizacij. V eni od študij se je pokazalo, da se je v primeru, ko so imeli splošni zdravniki možnost

paciente poslati na Center za kognitivno-vedenjsko terapijo, število obiskov pri specialistih zmanjšalo celo za 80 odstotkov. Ta odstotek se je po ukinitvi Centra za KVT ponovno zvišal na prejšnjo raven.

KVT v Sloveniji

Že število udeležencev na kongresu EABCT kaže, da je v Sloveniji veliko zanimanje za KVT. Povsem drugo podobo pa pokaže pogled v prakso. V zeleni knjigi npr. KVT sploh ni navedena med možnimi psihoterapevtskimi ukrepi psihiatra. Če pa upoštevamo še »predpisano« število pacientov, ki naj bi jih letno pregledali v psihiatričnih ambulantah, ugotovimo, da je kakršna koli psihoterapevtska obravnava nemogoča, če hočemo zadostiti vsem pogojem, ki nam jih predpisuje zavarovalnica, saj za kaj več, kot je kratek psihoterapevtski ukrep in predpisovanje zdravil, ni časa. Zato večina pacientov nima možnosti psihoterapevtske obravnave, zaradi česar je večja potreba po medikamentoznem zdravljenju, kar pa seveda zvišuje stroške zdravljenja.

Zaključek

Kot smo slišali na kongresu, je KVT tako klinično kot ekonomsko najbolj učinkovita metoda zdravljenja za številne psihične motnje in v svetu opredeljena kot zdravljenje prvega izbora za anksiozne motnje in depresijo. Zato bi bilo smiselno izkušnjo iz Anglije preučiti tudi v Sloveniji in morda začeti kognitivno-vedenjsko terapijo bolj sistematsko in intenzivno uporabljati v zdravljenju depresije in anksioznih motenj, še zlasti če vemo, da je cenejša, predvsem pa dolgoročno učinkovitejša od medikamentozne terapije in nekaterih drugih oblik psihoterapije.

Prvo jugovzhodnoevropsko pediatrično gastroenterološko srečanje

Marjeta Sedmak

Klinični oddelek za pediatrično gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko Pediatrične klinike UKC Ljubljana in katedra za pediatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani sta 25. in 26. septembra 2009 organizirala prvo jugovzhodnoevropsko pediatrično gastroenterološko srečanje – First South-Eastern European Pediatric Gastroenterology Meeting – SEEPEG. Na SEEPEG smo ponosni, saj je srečanje organiziralo pet pediatričnih gastroenterologov s pomočjo soorganizatorjev (Pacient in Društvo za promocijo in razvoj zdravega življenja Asklepij) in sponzorjev. Častni pokrovitelj je bilo Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.

SEEPEG je potekal v Ljubljani v lepi secesijski Unionski dvorani. Strokovni program smo razdelili v štiri tematske sklope:

- pediatrično nutricionistiko,
- gastroezofagealno reflukso bolezen pri otrocih,
- alergijske bolezni prebavil,
- kronične vnetne črevesne bolezni pri otrocih.

Posebej so potekale ustne predstavitve najboljših posterskih del.

Vabljeni predavatelji so se odzvali iz vseh koncev sveta: prof. Yvan Vandenplas iz Belgije, prof. Hania Szajewska iz Poljske,





prof. Andras Arato iz Madžarske, prof. Sanja Kolaček iz Hrvaške, prof. Petar Mamula iz Philadelphije, ZDA, prof. Alexandra Papadopoulou iz Grčije, prof. Elena Daniela Serban iz Romunije, prof. Aco Kostovski iz Makedonije in prof. Vladimir Perišić iz Srbije. Poleg njih smo predavali prim. Marjeta Sedmak, doc. dr. Rok Orel in prof. Dušanka Mičetić Turk iz Slovenije.

V tematskem sklopu o pediatrični gastroezofagealni refluksni bolezni (GERB) je bila predstavljena nova definicija GERB ter nova priporočila za diagnozo in zdravljenje GERB pri otrocih. Vabljen predavatelj je imel prof. Yvan Vandenplas, eden vodilnih strokovnjakov Evropskega združenja za pediatrično gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko ESPGHAN. Predstavil je delovno skupino ESPGHAN in NASPGHAN (severnoameriškega združenja za pediatrično gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko), ki je pripravila nove smernice. Nova definicija se glasi, da gastroezofagealni refluks pomeni pasajo želodčne vsebine v požiralnik, z ali brez regurgitacije in bruhanja. Gastroezofagealni refluks je normalen fiziološki proces, ki lahko nastopi pri zdravih dojenčkih, otrocih, mladostnikih in odraslih ljudeh. Večina epizod gastroezofagealnega refluksa pri zdravih otrocih traja manj kot tri minute, pojavi se po jedi in ne povzroča veliko simptomov in težav. Gastroezofagealna refluksna bolezen pa je prisotna takrat, kadar refluks želodčne vsebine povzroča težave oz. simptome in/ali zaplete. Moderna diagnostika gastroezofagealnega refluksa poteka s pomočjo natančne anamneze in fizikalnega pregleda ter diagnostičnih preiskav. Prof. Vandenplas je poročal o pomenu 24-urne pH-metrije pri otroku ter o novi metodi kombinirane multiple intraluminalne impedance. Poudaril je, kje je mesto motilitetnih študij, endoskopije, histologije, scintigrafskih preiskav, rentgenskih in UZ-preiskav ter preiskav ušesnega in pljučnega aspirata v diagnostiki GERB. Novost v pediatrični gastroenterologiji

je vsekakor empirični poizkus štiritedenskega zdravljenja z inhibitorjem protonске črpalke, ki se kot diagnostični »PPI« test ne priporoča v obdobju dojenčka in majhnega otroka, za razliko od mladostnikov, kjer je priporočljiv. Novosti so tudi na področju zdravljenja GERB, kjer smernice priporočajo dva- do štiritedensko empirično zdravljenje z ekstenzivnim hidrolizat-om pri dojenčkih, saj je alergija na kravje mleko lahko vzrok za bruhanje in nepojasnen jok v tem starostnem obdobju. Podana so bila tudi priporočila za farmakološko in kirurško zdravljenje GERB pri otrocih

Pediatrična nutricionistika je bila predstavljena s številnimi zanimivimi predavanji. Ta sklop predavanj je bil pomemben predvsem zaradi predstavitve novih smernic za prehrano dojenčkov v Sloveniji. V delovni skupini za nutricionistiko za predstavitev prehranskih smernic so sodelovali strokovnjaki terciarnih centrov UKC Ljubljana in UKC Maribor ter predstavniki primarnega nivoja pediatrične oskrbe. Izhodišče za smernice so bila nova priporočila ESPGHAN in SZO za prehrano dojenčkov. Priporočila veljajo za vse zdrave ob terminu rojene dojenčke. Sodobne smernice priporočajo izključno ali polno dojenje do okrog šestega meseca starosti. Če dojenje ni možno, naj otrok dobi mlečno formulo glede na priporočila standarda Kodeks Alimentarius, obnovljenega leta 2007. Splošnih priporočil za antiregurgitacijske otroške formule in formule z dodatkom prebiotikov, probiotikov in simbiotikov še ni možno narediti. Sojine mlečne formule niso prva izbira za prehrano zdravih dojenčkov. Uvajanje dopolnilne prehrane, to je čvrste hrane in tekočine poleg materinega mleka ali mlečne formule, naj se začne pri dojenčkih uvajati med 17. in 26. tednom starosti. V času dopolnilne prehrane mora biti preko 90 odstotkov železa pokritih preko dopolnilne prehrane, v prehrani pa mora biti zadostna količina bio razpoložljivega železa. Kravje mleko je

slab izvor železa in se ne sme uvajati pred 12. mesecem starosti, majhne količine pa se lahko dodajajo dopolnilni prehrani.

Priporočila za minimalni dnevni vnos vitamina D za novorojenčke, otroke in adolescente je 400 IE dnevno. Novost je, da se začetek uvajanja vitamina D premakne na prvi teden po rojstvu, enaka doza je potrebna za dojene in nedojene otroke. Uvajanje hrane, ki vsebuje gluten, naj ne bo prezgodnje, torej pred četrtrim mesecem starosti, in ne prepozno, po sedmem mesecu starosti, v tem varnem »oknu« pa se priporoča uvajanje glutena, najbolje ob dojenju med šestim in sedmim mesecem starosti, saj to morda zmanjša tveganje za razvoj celiakije, sladkorne bolezni tip 1 in alergije na pšenico. Med naj se uvaja šele po prvem letu starosti. Pri otrocih se ne priporoča veganska ali makrobiotska dieta, če pa dobiva vegetarijansko hrano, pa mora otrok dobiti vsaj 500 ml materinega mleka ali mlečne formule. Posebej je bilo poudarjeno, da se vegetarijanska prehrana ne priporoča, če pa otrok že dobiva vegetarijansko prehrano, pa mora biti pod stalno kontrolo zdravnika, saj že manjše nepravilnosti v sestavi vegetarijanske prehrane lahko vodijo do težkega pomanjkanja osnovnih prehranskih snovi, kot so npr. železo in cink, ter do razvoja bolezni pri otroku.

V istem sklopu pediatrične nutricionistike je bila obravnavana tudi enteralna prehrana v otroškem obdobju, kjer je bilo poudarjeno, da je enteralna prehrana tudi pri najtežje kritično bolnem otroku možna, če so prebavila vsaj še deloma funkcionalna. Vnos enteralne prehrane pri hudo bolnem otroku, tudi če je le v minimalnih količinah, pospeši funkcijo prebavil, zmanjšuje možnost razvoja sepse in lahko prepreči nadaljnje poslabšanje stanja pri otroku.

Posebna skupina predavanj je obravnavala alergije na prehrabene alergene z gastrointestinalno simptomatiko pri otrocih, ki se lahko manifestirajo po IgE ali po ne IgE tipu imunske reakcije. Prav gastrointestinalne manifestacije alergije so običajno posledica ne IgE mehanizmov. Predstavljen je bil algoritem preiskav in zdravljenje alergij. Poudarek je bil tudi na preprečevanju alergij v dojenčkovem obdobju.

Četrty del predavanj in razprav je obravnaval biološko zdravljenje pri kroničnih vnetnih črevesnih boleznih pri otrocih. Vabljeni predavatelj je bil prof. Petar Mamula, direktor endoskopskega centra oddelka za gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko iz Philadelphie, ZDA. Omenil je razvoj novih bioloških zdravil za odrasle in otroke. Poudaril je predvsem raziskave varnosti in učinkovitosti bioloških zdravil. Biološka zdravila so registrirana za zdravljenje kroničnih vnetnih črevesnih bolezni od leta 1998. Infliksimabu, himernemu IgG1 monoklonalnemu protitelesu anti TNF- α , je sledilo protitelo druge generacije, ki je humanizirano – adalimumab in certolizumab (pegilirani Fab/fragment anti TNF- α). Natalizumab pa je humanizirano monoklonalno protitelo proti adhezijskim molekulam alfa-4 integrin. Na SEEPEGU je bila predstavljena ne le že do sedaj uveljavljena »step-up« oblika zdravljenja, temveč tudi nova, še ne dokončno sprejeta »top-down« in mono-biološka terapija v otroškem obdobju. Mono-biološko zdravljenje bi lahko

omogočilo zmanjšano tveganje za pojav malignosti, posebno hepatospleničnega T-celičnega limfoma pri mladih osebah, ki je bil opisan le pri sočasni terapiji z imunomodulatorno terapijo ob bioloških zdravilih in izključni imunomodulatorni terapiji pri Crohnovi bolezni. Pomembna pri novih načinih zdravljenja sta tudi pozitivni učinek na rast in razvoj ter kostno zdravje otroka. Poudarek je bil tudi na možnosti razvoja genetskih markerjev za določanje algoritma individualnega zdravljenja za posameznega pacienta za doseg dolgoročnejšega zdravljenja pri bolnem otroku.

Mladi zdravniki so zelo pohvalili zadnjo sekcijo kratkih ustnih predstavitev najboljših posterjev. Ob predstavitev so se razvile obsežne razprave izkušenih strokovnjakov z različnih področij, z vsemi dilemami in možnimi rešitvami problemov pri zdravljenju otrok z obolenji prebavil.

SEEPEG je bil odlično organiziran, največ zaslug ima predsednik doc. dr. Rok Orel, dr. med., nenazadnje tudi za zabavni program, saj je poleg »Rock partyzanov« zapel nekaj odličnih pesmi na temo »I did it my way«.

Organizacijo srečanja sta poleg ostalih omogočila Medis in Pliva, Medicinski razgledi pa so omogočili tiskanje prispevkov.

Na tem mestu bi vse bralce povabili na prvo »Delavnico o boleznih požiralnika pri otrocih«, ki bo septembra 2010 na Pediatrični kliniki UKC Ljubljana. Šola bo potekala v obliki predavanj in praktičnih delavnic, kjer se bodo udeleženci lahko naučili novih diagnostičnih in terapevtskih metod pri zdravljenju gastroezofagealne refluksne bolezni, eozinofilnega ezofagitisa in endoskopskih intervencijskih tehnik. Delavnico in šolo bodo vodili priznani domači in tuji strokovnjaki.

(Pre)drage razvade

Organizmu neprijazne, nezdrave navade in razvade ne škodijo le človekovi psihofizični integriteti, marveč občutno izčrpavajo tudi njegov bančni račun. Kadilec, ki na dan pokadi škatlico cigaret (povprečna cena 2 evra), naj bi bil samo zaradi svoje zasvojenosti s tobakom vsako leto revnejši vsaj za 730 evrov; ker pa so ta sredstva zavezana dohodnini, se znesek povzpne na skoraj 1000 evrov). Sicer pa je takih pri nas malo – glavčina jih pokadi okrog 2 škatlici na dan. V Sloveniji prodajo trgovci vsak teden 2,2 škatlice cigaret na prebivalca – glede na to, da delež kadilcev med prebivalci RS znaša le dobrih 17 odstotkov, tisti, ki kadijo, presežejo škatlico na dan. Med drage razvade sodi tudi »zasvojenost« s hitro prehrano in sladkarijami, »tanoreksija«, alkoholizem itd.

Vir: HealthToday

Nina Mazi

Strokovno srečanje

Na dokazih osnovana medicina in otroška prehrana

Borut Bratanič

Evropska pediatrična zveza (European Paediatric Association, EPA/UNEPSA) je ob sodelovanju Cochrane Child Health Field in založbe Wiley-Blackwell organizirala znanstveno srečanje o otroški prehrani. Srečanje je 3. decembra 2009 potekalo v kongresnem centru Fortezza di Basso v Firencah. Predsednik srečanja je bil Armido Rubino iz Neaplja.

Po uvodnih nagovorih predsednika srečanja in predsednika EPA/UNEPSA Andreasa Konstantopoulou iz Aten je sledilo prvo predavanje, in sicer o dokazih v prid dojenju, ki ima v razvijajočih in razvitih državah, pri otrocih in materah, dokazan vpliv na umrljivost in obolevnost. Posebej v nerazvitem svetu je lahko dojenje odločilen dejavnik preživetja otrok. Prepoznaven vpliv na obolevanje otrok ima dojenje pri okužbah črevesja in akutnih okužbah srednjega ušesa. Pri doječih materah novejši podatki kažejo na zmanjšano tveganje za sladkorno bolezen tip II, karcinom dojke in ovarijski karcinom. Po podatkih iz analize vprašalnikov, poslanih predstavnikom 29 evropskih držav, v 14 začenja po porodu dojeti več kot 90 odstotkov mater (v Sloveniji 97 odstotkov). Najnižje odstotke (< 60) imajo v Franciji, na Irskem in na Malti. Poudarjena je bila velika vloga zdravstvenega osebja, posebno pediatrov, ki imajo s pozitivnim in strokovnim odnosom do dojenja dokazano odločilen vpliv na spodbujanje in zaščito dojenja.

Na področju dopolnilnega hranjenja je v literaturi dokazano, da je šest mesecev zaželeno izključno dojenje (brez dopolnilne prehrane). Dopolnilnega hranjenja (čvrsta hrana in tekočine, ki niso materino mleko, formula ali spremljevalna formula) po doktrinarnem stališču Evropske zveze za pediatrično gastroenterologijo, hepatologijo in prehrano (ESPGHAN, 2008) starši ne smejo uvajati pred 17. tednom in ne po 26. tednu starosti dojenčka. Ni prepričljivih znanstvenih dokazov, da izogibanje ali kasno uvajanje potencialno alergogenih hranil, kot so ribe in jajca, zmanjša pojav alergije. To velja tako za dojenčke s povečanim tveganjem za razvoj alergij kakor tudi za tiste brez tveganja. V času hranjenja z dopolnilno hrano ob dojenju več kot 90 odstotkov potreb po železu zadovolji dopolnilna hrana, v kateri pa mora biti biološko aktivno železo. Kravje mleko je slab vir železa in ga starši ne smejo uporabljati pred 12. mesecem starosti otroka.

Na področju bazičnega raziskovanja prehrane nedonošenčkov neonatologi na splošno (pre)hitro prehajamo iz raziskav na uporabo novih izsledkov v praksi. Večina opazovalnih študij ima metodološke težave. Zato je v zadnjem času močno naraslo število metaanaliz, ki jih je na tem področju celo več

kot ustrezno načrtovanih temeljnih raziskav. W. Mihatsch je natančneje obravnaval metaanalize o vplivu probiotikov na pojav nekrotizantnega enterokolitisa (NEC) pri nedonošenčkih. Po podrobnem pregledu v metaanalizo vključenih študij se je izkazalo, da je le manjše število upoštevanih študij ustrezno zasnovanih. Ko je bila opravljena metaanaliza samo ustreznih študij, ni bilo dokazov za vpliv probiotikov na pojav NEC. Iz dodatnih primerov je povzel opozorilo, da moramo kritično in natančno vrednotiti raziskovalne študije, da dobimo s pravimi dokazi podprte rezultate in kasneje ustrezno klinično prakso.

Na Danskem so kritično vrednotili nove rastne tabele Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) za dojene donošene in zdrave otroke. Ugotavljali so, da so izključno dojeni otroci presejali normative iz rastnih tabel SZO. Omenili so povezavo med hitrim pridobivanem teže v zgodnjem življenjskem obdobju in kasnejšim razvojem metabolnega sindroma pri odraslih (debelost, diabetes tipa II, povečana inzulinska rezistenca, dislipidemija, ateroskleroza s posledicami). Pri analizi nadaljevanja hitre rasti v zgodnjem obdobju so iz 20-letnih podatkov iz različnih držav povzeli, da se je sekularni trend rasti otrok ustavil na severu Evrope (skandinavske države in Nizozemska) ter v Italiji. Povprečne višine mladostnikov pa se še vedno povečujejo v Belgiji, na Portugalskem in v Španiji.

V drugem predavanju o novih rastnih standardih je koordinatorica SZO posredovala mednarodne izkušnje z novimi rastnimi tabelami/standardi za zdrave dojene otroke v redni pediatrični praksi. Od leta 2007 jih je privzelo v uporabo 106 držav, še 63 držav se pripravlja na uvajanje. Ob pozitivnih dejavnikih, kot so vzpostavljanje dojenja kot normalnega začetnega hranjenja, boljše spremljanje rasti in zgodnja diagnostika podhranjenosti in debelosti otrok, lažjem usklajevanju z mednarodnimi priporočili o prehrani dojenčkov – IYCF, primerljivosti podatkov o rasti med različnimi državami, so nekatere države (Norveška, Belgija) ugotovile, da so pri izključno dojenih otrocih pri spremljanju rasti in uporabi novih rastnih standardov možna odstopanja, kar ima lahko posledice pri kliničnem odločanju. Boljše rezultate spremljanja rasti so objavili po uporabi novih rastnih tabel pri hrvaških otrocih.

V prvem predavanju o glutenu v otroški prehrani so poudarili, da je prezgodnje uvajanje glutena (pred starostjo štiri mesece) ali prepozno (po starosti sedem mesecev) lahko povezano s povečanim tveganjem za razvoj med ostalimi tudi celiakije, ki v sodobnem času prizadene od enega do tri odstotke prebivalstva (ali morda tudi več). Pri dojenih vsaj tri mesece ali dalj, v

primerjavi z otroki, hranjenimi s formulo, pride do značilno kasnejšega začetka bolezni. Mehanizem delovanja dojenja je lahko povezan z imunomodulatornimi molekulami (npr. TGF beta), s specifičnimi protitelesi ali z minimalnimi količinami antigena v mleku. Ob postopnem uvajanju glutena v prehrano sicer zdravih otrok je nadaljevanje dojenja dokazano kot zaščitni dejavnik pred razvojem celiakije.

V drugem predavanju je Raanan Shamir iz Izraela opisal dilemo o uporabi ovsa (*Avena sativa*) v dieti bolnikov s celiakijo. Dosmrtna dieta brez gliadina je učinkovita pri doseganju remisije bolezni, vendar je za paciente dokaj težavna. Zato iščejo alternativne metode zdravljenja, kot so dodajanje encimov, ki razgradijo gluten v hrani, razvoj gensko spremenjenih žitaric, ki ne vsebujejo glutena, uporabo sestavin, ki uravnavajo prepustnost črevesne sluznice in preprečijo vstopanje glutena preko epitelija, uporabo različnih vrst imunoterapije in ovsu, ki pa mora biti popolnoma čist. Prednosti ovsu v dieti so okusnejša hrana, več vlaknin in večja izbira hranil. Oves izboljša vnos vitamina B₁, magnezija in železa. V ostalih žitaricah obsega gliadin od 40 do 50 odstotkov celotnih beljakovin, v ovsu pa avenin predstavlja le od 5 do 15 odstotkov beljakovin. Avenin vsebuje zaporedja aminskih kislin, ki delujejo toksično. Vendar kaže, da je količina v dieti, ki vsebuje oves, premajhna, da bi povzročila imunski odziv črevesa. V petletni spremljevalni študiji na majhnem številu pacientov s celiakijo na dieti z ovsom na koncu ni bilo značilnih razlik v primerjavi s kontrolno skupino na drugačni dieti. Ob metaanalizi rezultatov študij ovsu v celiakalni dieti so zaključili, da čisti oves pacienti lahko prenašajo, vendar dolgotrajni učinki še niso znani. Potrebno je natančno spremljanje, vključno z rednimi biopsijami črevesne sluznice. Kanadčani priporočajo odraslim pacientom dnevno do 70 g, otrokom pa do 25 g čistega ovsu, ki odgovarja strogim standardom Food Inspection Agency and Health Canada.

V popoldanskem programu je bilo zanimivo predavanje o enteralni prehrani. Uporaba je nujna pri hudi podhranjenosti, ki poveča umrljivost otrok in v kasnejšem obdobju zmanjša kognitivno učinkovitost. V povprečju je pri podhranjenih otrocih IQ manjši za 4,2 točke. Vendar tudi pri hudi podhranjenosti priporočajo vsaj del prehrane uvesti preko črevesa in izogibanje intravenski poti, kadar je le mogoče. V uporabi so posebni pripravki, ki so prilagojeni starosti pacientov. Formule za odrasle so v uporabi od 8. do 10. leta starosti dalje. Na splošno je gostota formul 1 kal/ml, energetske gostejše dosežajo 1,5 kal/ml. So brez glutena in laktoze ter imajo osmolarnost med 300 in 350 mOsm/kg. Mesta enteralne infuzije so želodec (najboljše) in ozko črevo, če je potrebno zmanjševati pogostnost refluksa in posledično pljučnih okužb. Najpogostejši problemi so prevelika prehranjenost s hiperglikemijo in hiperlipidemijo. Upoštevati je treba »refeeding« sindrom, ko pri hudi podhranjenosti iz katabolne faze presnove ob enteralnem hranjenju pride do akutnega anabolnega obrata. Kritičen je prvi teden, ko lahko nastopa hipofosfatemija, preobremenjenost s tekočino in srčna odpoved.

Znanstveni odbor je s pomočjo vodilnih evropskih strokovnjakov dosegel visoko raven predavanj na pomembnem in vedno aktualnem področju. Morda bi kazalo k temi povabiti še nekaj predavateljev z ostalih celin.

Dan pred kongresom, v torek, 2. decembra 2009, je bila v hotelu Westin Excelsior organizirana skupščina EPA/UNEPSE. Prisotni smo bili predstavniki 19 evropskih pediatričnih združenj (od 32). Skupščini je predsedoval Andreas Konstantopoulos. Potrjen je bil zapisnik sestanka skupščine, ki je zasedala ob evropskem kongresu, Evropediatrics, 4. julija 2009 v Moskvi. Razpravi o amandmajih k statutu EPA/UNEPSE in o poročilu blagajnika sta bili ovirani, ker se je prtljaga s podatki poročevalca (Jochena Ehrlicha) med poletom iz Berlina izgubila. Šlo je za uvedbo možnosti individualnega članstva v EPA/UNEPSE, članarina za posamezne člane pa bi bila 50 evrov na leto. Članarina bo omogočala popuste pri kotizacijah kongresov in naročnino na »Evidence Based Child Health Journal«. Blagajna posluje pozitivno, natančnih podatkov pa zaradi omenjenega zapleta s prtljago ni bilo. V nadaljevanju sestanka je bil na programu sprejem dveh novih pediatričnih organizacij iz držav (Romunija, Turčija), ki že imata predstavnike v EPA/UNEPSE. Obe kandidaturi sta bili začasno odloženi in bodo o njihju razpravljali po pridobitvi mnenj pediatričnih združenj iz obeh držav. Posebna točka je bila tudi sodelovanje z EAP/CESP, organizacijo, s katero je prihajalo doslej do rahlih trenj in prekrivanja delovanja. 1. in 2. decembra so predstavniki obeh organizacij na skupnih sestankih sprejeli šest točk o sodelovanju in zastopanju v IPA (International pediatric association).

Volitve novih članov upravnega odbora so potekale gladko, za razliko od glasovanja o mestu 5. kongresa leta 2011. Četrtri Evropediatrics bo avgusta 2010 v Johannesburgu. Novi (stari) predsednik EPA/UNEPSE je Andreas Konstantopoulos iz Grčije, generalni sekretar Massimo Pettoello-Mantovani iz Italije, podpredsednik Aleksander Baranov iz Rusije, blagajnik Jochen Ehrlich iz Nemčije, svetovalec Laszlo Szabo iz Madžarske. Za organizacijo petega kongresa Evropediatrics, ki bo leta 2011, so kandidirali Dunaj, Budimpešta, Vilnius in Alicante. Šele po petih krogih je s pomočjo vmesnega žrebanja zaradi večkratnega mrtvega teka dobil organizacijo v letu 2011 Dunaj. Evropska pediatrična zveza, kjer sodeluje tudi Slovenija, je usmerjena v strokovno izpopolnjevanje pediatrov predvsem na primarni ravni. Glede na dober odziv pediatrov in zelo uspešne letne kongrese (Evropediatrics) ji to dobro uspeva.

Elektronska pošta

Zaradi nezanesljivega elektronskega omrežja obveščamo avtorje, da bomo vsa sporočila, ki jih bomo prejeli, potrdili s povratno pošto. V kolikor od nas ne prejmete potrdila o prejeti elektronski pošti, vljudno prosimo, da nas pokličete ali ponovno pošljete prispevek.

Uredništvo

Prvi kongres slovenskega združenja za zdravljenje bolečine

Marija Cesar Komar, Zoran Rodi

Na Bledu se je 9. in 10. oktobra 2009 odvijal za Slovensko združenje za zdravljenje bolečine (SZZB) velik strokovni dogodek. Nanj smo čakali 13 let. Prvi kongres našega združenja smo organizirali v sodelovanju s Sekcijo za klinično nevrofiziologijo pri Slovenskem zdravniškem društvu in Inštitutom za klinično nevrofiziologijo iz Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani.

Slovensko združenje za zdravljenje bolečine je bilo ustanovljeno v Ljubljani leta 1996. Je multidisciplinarno združenje zdravnikov različnih specialnosti, glavne naloge pa so prizadevanje za boljše zdravljenje bolečine, za strokovni razvoj protibolečinske medicine in za organizacijo ambulant za zdravljenje bolečine. Na kongresu je sodelovalo veliko število vabljenih predavateljev, tudi priznani strokovnjaki iz Slovenije, Italije, Velike Britanije, Francije, Irske, Švice, Avstrije, Češke, Danske, Amerike in Hrvaške. Ker je bil to naš prvi kongres, smo želeli podati pregled najnovejših doktrin, terapevtskih metod in spoznanj protibolečinske medicine v Sloveniji, Evropi in svetu. Obravnavali smo štiri najvažnejša tematska področja – zdravljenje akutne in kronične bolečine, organizacijo služb za zdravljenje akutne in kronične bolečine ter invazivne metode v zdravljenju bolečine. V okvir kongresa so bile vključene tudi delavnice za ultrazvočno diagnostiko struktur, pomembnih za terapijo in radiofrekvenčno terapijo bolečine.

Ponosni smo, da je naš kongres odprl predsednik Evropske federacije odsekov IASP (European Federation of IASP Chapters – EFIC, IASP pa je Mednarodna zveza za študij bolečine – International association for study of pain), prof. Giustino Varrassi iz Italije, s preglednim predavanjem o analgeziji v urgentnih okoliščinah. V sklopu invazivnega zdravljenja bolečine smo poslušali predavanje gosta iz Irske Johna Loughreya o uporabi ultrazvoka pri regionalni blokadi obporodne bolečine. V kongresnem programu je bil sklop o najnovejših invazivnih metodah za zdravljenje kronične nemaligne bolečine, v katerem so sodelovali priznani predavatelji iz tujine: John Loughey iz Irske, prof. Slobodan Gligoričević iz Švice, Zbigniew Kirkor iz Velike Britanije, iz Slovenije prof. Milan Roman Gregorič, Nivenka Krčevski Škvarč in prof. Silvo Lipovšek iz Celja. Obravnavane so bile terapije z botulin toksinom, ultrazvočna metoda za blokade v porodni analgeziji, najnovejša blokada za roko, stimulacija hrbtenjače in infiltrativna metoda po operacijah otrok.

Sklop o organizaciji služb za zdravljenje kronične in akutne bolečine in porodne analgezije je podal pregled teh služb v Sloveniji, Avstriji in na Hrvaškem. Sodelovali so profesorji Rudolf Likar iz Avstrije, Vesna Golubović z Reke in Aleksander

Manohin iz Slovenije ter Marija Cesar Komar, Gorazd Požlep, Alenka Pleško Mlakar, ena od začetnic uporabe epiduralne analgezije pri porodu v Sloveniji. Z najnovejšimi doktrinami s področja zdravljenja akutne bolečine, pooperacijske iz različnih operativnih področij in centralne bolečine so nas seznanili profesorji: Višnja Majerić Kogler iz Hrvaške, Katarina Šakić iz Hrvaške, Vesna Novak Jankovič iz UKC Ljubljane, Mirt Kamenik iz UKC Maribor ter Ksenija Mahkovic Hergouth.

Diagnostične in terapevtske možnosti zdravljenja kronične bolečine so poudarili in opredelili Sanja Huterer z Dunaja, profesorji Perry Richardson iz Washingtona, Uwe Junker iz Nemčije, Zmagor Turk iz UKC Maribor, Dušan Logar iz UKC Ljubljana, Zvezdan Pirtošek iz UKC Ljubljana ter Krunoslav Margić in Slavica Lahajnar Čavlovič. Med nevrološko zastavljenimi predavanji je prof. Giorgio Cruccu, nevrolog iz Rima, podal smernice za zdravljenje nevropatske bolečine, o najnovejših spoznanjih o centralni bolečini pa je govoril Viktor Švigelj. O zdravljenju bolečine z botulinom sta predavala prof. Milan Roman Gregorič in prof. Zvezdan Pirtošek.

Pridruženi Simpozij o klinični nevrofiziologiji bolečine s spominskim predavanjem dr. Janeza Faganela je ponudil pregled kliničnih nevrofizioloških metod za diagnostiko nevropatske bolečine. Simpozij je bil zastavljen tako, da so predavatelji v dopoldanskem času predstavili diagnostične metode in tehnike, popoldne pa so to praktično pokazali v delavnicah. Klinična nevrofiziologija s svojimi metodami doseže na periferiji le debela mielinizirana živčna vlakna in z njimi povezane dele osrednjega živčevja. Zato ima slepo pego za bolečino, ki se prevaja po tankih in nemieliniziranih vlaknih. Vendarle pa je nekaj metod, ki omogočajo konkreten in objektivni vpogled v svet bolečine.

Simpozij se je začel s predavanjem v spomin dr. Janeza Faganela, ki ga je imel prof. Giorgio Cruccu iz Rima. Prof. Cruccu je nevrolog in nevrofiziolog in se že dalj časa ukvarja z diagnostičnimi in terapevtskimi vidiki nevropatske bolečine. Je vodilni član skupine za nevropatsko bolečino pri Evropski federaciji nevroloških združenj (EFNS), ki je izdala priporočila za diagnostiko in zdravljenje nevropatske bolečine. Markus Kofler iz Innsbrucka in Ivana Stetkarova iz Prage sta v predavanjih in v delavnici predstavila metodo in tehniko tihe kožne periode (*silent cutaneous period*). To je hrbtenjačni inhibicijski refleks, ki kakih 50 milisekund po bolečinskem dražljaju (električni dražljaj na prstu) za kakih 30 milisekund napravi spodnji motorični nevron nevzdražljiv. Ta refleks nam pomaga, recimo, da spustimo vroč predmet. Parametri refleksa se dajo lepo izmeriti z EMG-aparatom. Bolnik z nevropatijo tankih vlaken ali z okvaro zadajšnje korenine ali zadajšnjega roga ima to refleksno inhibicijo zmanjšano ali pa je

sploh nima. Ole Kæseler Andersen iz Aalborga na Danskem je predaval o umaknitvenih refleksih in jih kasneje tudi prikazal. Za razliko od tihe kožne periode, kjer po bolečinskem dražljaju mišična aktivnost utihne, se pri umaknitvenih refleksih sproži. Tudi ti refleksi so hrbtenjačni in omogočajo, da – recimo – dvignemo nogo, če stopimo na trn. Oslabijo jih opiat (ki na tiho kožno periodo ne vplivajo). Giandomenico Iannetti, Italijan v Oxfordu, Luis Garcia Larrea, Španec v Lyonu, in Praveen Annand, Indijec v Londonu, so imeli predavanja in delavnico o evociranih potencialih po bolečinskih dražljajih. Bolečinski dražljaji so v tem primeru toplotni dražljaji na nekaj kvadratnih centimetrih kože. Take toplotne dražljaje dobimo lahko z laserjem (ki se kože ne dotika, ampak jo samo hitro za kako sekundo segreje) ali pa s t.i. termodo (nekakšna sonda, ki se položi na kožo). Take dražljaje ponavljamo in iz EEG-ja s tehniko povprečenja »izlučimo« časovno na dražljaj vezane evocirane potenciale. To je bolečinska paralela že dobro poznanim vidnim, somatosenzoričnim in slušnim evociranim potencialom in je zaenkrat praktično najbolj obetavna metoda za diagnostiko okvar bolečinskih poti v osrednjem živčevju.

Vso zainteresirano javnost smo v času priprav na kongres in simpozij povabili, naj pridejo svoje delo predstaviti s plakatom. Programski odbor je uvrstil v strokovni program 11 plakatov, strokovna komisija v sestavi prof. Vesna Novak Jankovič, prof. David Božidar Vodušek in prof. Mirt Kamenik pa je plakate ocenila in avtorje treh najboljših nagradila s knjigami.

V okviru kongresa smo imeli tudi predstavitve novih zdravil za zdravljenje bolečine ali stranskih učinkov, ki se ob tej terapiji pojavljajo. Kongres se je končal s poslovilno zabavo na blejskem gradu, kjer nam je pri blaženju pokongresnih muk pomagal tudi

priložnostni rokovski koncert skupine nevrologov s priložnostnim imenom *The Pain Killers*.

Program kongresa je bil sicer obsežen, vendar smo se potrudili uskladiti velike želje ob 1. kongresu z realnimi možnostmi, naš cilj pa je bil dobiti celostno podobo zdravljenja bolečine pri nas in v svetu. Izdali smo zbornik, kjer so zbrana vsa predavanja in izvlečki plakatov. Zbornik je v celoti dosegljiv tudi s spletne strani inštituta za klinično nevrofiziologijo (<http://www.kclj.si/ikn/>), in sicer v rubriki »pretekli simpoziji«.

Veseli smo, da nam je uspelo organizirati tako velik strokovni dogodek, na katerega smo se pripravljali vrsto let. Kongres je pritegnil precej pozornosti raznih strokovnjakov; bolečina je pač tema, ki zadeva vse specialnosti medicine. Sklenili smo, da bomo kongres odslej organizirali vsako tretje leto.



Organizacijski odbor pred štartom

Sestanek Evropske delovne skupine za kakovost v družinski medicini

Zalika Klemenc Ketiš

Od 5. do 7. novembra 2009 je na Bledu potekal 36. sestanek Evropske delovne skupine za kakovost v družinski medicini (EQuIP). Sestanek sta organizirala predstavnika Slovenije v tej delovni skupini prof. Janko Kersnik in doc. Marija Petek Šter. Sestanka se je udeležilo 25 predstavnikov iz 17 držav, ki so predstavili poročila o zagotavljanju kakovosti v njihovih okoljih. Poudarki so bili predvsem na pomenu kakovostnega sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom, na projektih kakovosti obravnave in vodenja posameznih skupin bolnikov ter ocenjevanja kakovosti dela zdravnikov družinske medicine. Predstavniki so nanizali tudi številne probleme, s katerimi se srečujejo pri svojem delu: uvajanje kazalcev kakovosti s strani zavarovalnic, težave s financiranjem, težave z uvajanjem specializacije iz družinske medicine ipd.

Večina dela je bilo narejenega v okviru štirih delovnih skupin. Delovna skupina za kazalce kakovosti oblikuje stališča o psihosocialnih vidikih konzultacije med zdravnikom in bolnikom. V prihodnjem delu se bo skupina posvetila predvsem pripravi stališč, opredelitvi pojma »dobra konzultacija« in vpeljavi kazalcev kakovosti in oskrbe, sestavnim delom dobrega zdravja, obvladovanju kroničnih bolezni, preventivi in dejavnikom tveganja ter vključevanja bolnikov v zdravljenje. Delovna skupina za metode in orodja vpeljuje internetno stran o metodah in orodjih, ki bodo v pomoč izboljševanju kakovosti v splošnih ambulantah. Končni uporabniki te strani bodo zdravniki družinske medicine. Skupina je izpostavila nekaj težav, s katerimi se srečujejo pri vpeljevanju tega projekta, predvsem glede ocenjevanja orodij in metod ter možne kategorizacije. Predlagali so naslednje

kategorije: osnovni pojmi, organizacijski razvoj, oskrba kroničnih bolnikov, odnos zdravnik - bolnik, varnost bolnikov, vključevanje bolnikov v zdravljenje, zadovoljstvo bolnikov in medicinska dokumentacija. Delovna skupina za kakovost poučevanja razvija vprašalnik o kakovosti poučevanja, s pomočjo katerega bomo dobili vpogled v stanje na tem področju v Evropi. V sodelovanju z gibanjem Vasco da Gama in Evropsko delovno skupino za poučevanje v družinski medicini (EURACT) bo oblikovala projekt podpore razvoja kakovosti poučevanje, ki bo predstavljen na konferenci Evropskega združenja zdravnikov družinske medicine (Wonca Europe) jeseni 2010 v Malagi, Španija. Skupina bo v prihodnosti oblikovala stališča o izboljševanju kakovosti poučevanja. Delovna skupina za profesionalno

zdravje je organizirala uspešno delavnico na konferenci Wonca Europe, ki je bila letos jeseni v Švici.

Na deževnem Bledu smo uspeli najti čas tudi za družabne aktivnosti. Odpeljali smo se na avtobusni ogled znamenitosti Bleda, natančneje pa smo si ogledali blejski grad s stalno etnološko zbirko. Zeliščna galerija, grajska tiskarna in grajska klet pa so bile na veliko žalost udeležencev zaprte. Udeleženci so lahko ob obrokih poskusili nekatere od značilnih slovenskih jedi, slavnostne večerje v petek, 6. novembra, pa se je udeležil tudi predsednik Wonca Europe prof. Igor Švab.

Naslednja sestanka bosta v Londonu od 29. aprila do 1. maja 2010 in v Malagi od 6. do 7. oktobra 2010.

Poročilo s 4. kongresa ginekologov in porodničarjev Slovenije z mednarodno udeležbo

Jure Knez, Iztok Takač

V Portorožu je od 11. do 13. novembra potekal 4. kongres ginekologov in porodničarjev Slovenije z mednarodno udeležbo. Tudi tokrat je srečanje potekalo v hotelu Bernardin. Kongres so z uvodnimi nagovori odprli minister za zdravje Borut Miklavčič, predsednica ZZS prim. Gordana Kalan Živčec in prof. dr. Adolf Lukanovič, strokovni direktor Ginekološke klinike v Ljubljani.

Sledila so plenarna predavanja. V uvodu je prof. dr. Iztok Takač predstavil organizacijo ginekološko-porodniške službe v Sloveniji in izpostavil trenutno pomanjkanje kadra, potrebnega za zagotavljanje kakovostnih storitev, stanje pa se bo v prihodnosti samo še zaostri. Nato je prof. dr. Velimir Šimunić iz Zagreba prikazal pozitivne in neželene učinke hormonske kontracepcije. Pojasnil je manjšo stopnjo pojavnosti stranskih učinkov pri oralni hormonski kontracepciji tretje generacije in utemeljil primernost uporabe pri večini žensk, razen pri tistih s povečanim tveganjem za nastanek venskih tromboembolij. Doc. dr. Martina Ribič Pucelj je v svojem predavanju o globoki infiltrativni endometriozii poudarila, da je izbirna metoda zdravljenja te patologije korenita kirurška odstranitev lezij, danes pa je izbirni način laparoskopski pristop. O razvoju reproduktivne medicine v Evropi je spregovoril prof. dr. Veljko Vlasisavljević, ki je med drugim predstavil delovanje organizacije ESHRE (European Society of Human Reproduction & Embryology) in opozoril na vse večjo vlogo OBMP v zdravstvenih politikah držav v Evropi.

Naslednje jutro je bilo v znamenju Združenja za perinatalno medicino. Kazalci kakovosti perinatalnega varstva v zadnjih petih letih kažejo na porast porodov s posegom in upad porodov

brez medicinskega poseganja. Navkljub temu, da so nosečnice bolj izobražene in prihajajo na prvi pregled bolj zgodaj kot v preteklosti, pogostnost prezgodnjih porodov narašča, zmanjšuje pa se neonatalna umrljivost. Slovenski perinatalni informacijski sistem omogoča zbiranje velikega števila podatkov o nosečnosti, porodu in poporodnem poteku, kritična ocena teh podatkov in s tem tudi dela v preteklosti pa ustanovam in posameznikom omogoča vpogled v njihovo delo in odpira možnosti za načrte izboljšav in prihodnosti.

Na onkološkem delu srečanja je sledila razprava o zgodnji detekciji raka materničnega vratu. V zadnjih letih se je v Sloveniji z uvedbo organiziranega presejanja (program ZORA) stopnja obolevnosti znižala z 200 na 150 bolnic letno. Program cepljenja proti HPV bo v prihodnosti zavzel pomembno vlogo kot oblika preprečevanja raka materničnega vratu. Najpogostejši način zdravljenja predrakastih sprememb v našem prostoru predstavljajo ekscizijske tehnike, ki omogočajo tudi histopatološko analizo vzorca. Pri tem je najpomembnejša popolna odstranitev predrakastega tkiva; v tem primeru je stopnja 5-letne ozdravitve okrog 95 odstotkov. Ob napredovanju predrakastih sprememb v rakaste je potrebno uporabiti invazivnejše kirurške postopke. Tukaj pridobiva vse večjo vlogo laparoskopija. Trenutno se ta postopek opredeljuje predvsem kot asistiran poseg v vaginalni kirurgiji, predvsem zaradi laparoskopске pelvične limfadenektomije, vendar postopno presega ta okvir in v prihodnosti predstavlja velik izziv na področju ginekološke kirurgije.

Srečanje se je nadaljevalo s tematiko reproduktivne medicine. Ob primerjavi slovenskih rezultatov programa oploditve z

biomedicinsko pomočjo (OBMP) z evropskimi lahko ugotovimo, da znaša delež otrok, rojenih iz postopkov OBMP, v Sloveniji 3,9 odstotka. To nas uvršča celo na 1. mesto v Evropi, medtem ko se po dostopnosti storitev OBMP uvrščamo na 7. mesto. V zadnjem času se hkrati z višjo kakovostjo storitev skuša zmanjšati tveganje zaradi večplodnih nosečnosti s prenosom enega zarodka (SET – angl. single embryo transfer), kar v Sloveniji od leta 2008 podpira tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje s povrnitvijo stroškov za šest postopkov namesto štirih. Analiza rezultatov v mariborskem centru je pokazala, da se je tudi zaradi tega delež večplodnih nosečnosti zmanjšal s 40 odstotkov na 14,4 odstotka. K uspešnosti SET je pripomogel tudi program vitifikacije zarodkov, ki omogoča višjo stopnjo zanositve po uporabi zamrznjenih zarodkov. Sledili so prispevki o potencialu *in vitro* zorenja jajčnih celic ter o razvoju jajčnim celicam podobnih celic iz pluripotentnih celic površinskega epitelija jajčnika pri ženskah s prezgodnjo menopavzo. Ob zaključku sklopa je sledila razprava o izzivih varovanja reproduktivnega zdravja mladostnikov, ki je pritegnila mnogo zanimanja.

Popoldne je sledil sklop predavanj Društva za rabo ultrazvoka, v okviru katerega je bila obravnavana vloga UZ-meritve dolžine materničnega vratu in možnosti ukrepanja ob potrjeni diagnozi kratkega materničnega vratu. Seznanjeni smo bili z možnostmi uporabe 2D/3D/4D UZ-preiskave v obravnavi neplodnega para, sklop pa se je zaključil s prispevkom o vplivu implantacije zarodkov na lastnosti endometrija v lutealni fazi ciklusa.

Problematika atrofičnega vaginitisa je naznanila del predavanj Združenja za ambulantno ginekologijo. Temu je sledila predstavitev spletne svetovalnice Zavoda za zdravstveno varstvo Celje www.tosemjaz.net, ki se je izkazala kot učinkovito orodje na področju krepitve zdravja in preventivnega informiranja mladine. Uroginekološki del kongresa se je začel s predavanji o uporabi matičnih celic in funkcionalni magnetni stimulaciji, zelo obetavni metodi pri zdravljenju urinske inkontinence. Sledile so predstavitve celjskih izkušenj v zdravljenju motenj statike medeničnega dna s polipropilensko mrežico ter prikaz prednosti modificirane radikalne histerektomije pred klasično radikalno histerektomijo v smislu ohranitve pelvičnih živcev in funkcije spodnjih sečil ob neokrnjenem 5-letnem preživetju bolnic.

Zadnji dan kongresa je bil zaznamovan s težavami v menopavzi in se je začel s pregledom novih vidikov diagnostike in zdravljenja osteoporoze. Zdravljenje osteoporoze je v zadnjem času postalo kompleksna naloga, ob napredku zdravljenja na tem področju pa je potreben predvsem individualen pristop k pacientu. Prispevki so se navezovali predvsem na uporabo hormonskega zdravljenja, topično estrogensko zdravljenje v uroginekologiji, povezavo med hormonskim nadomestnim zdravljenjem (HNZ) in rakom dojk ter pojavom srčno-žilnih bolezni. Raziskave, ki so proučevale to problematiko, zaradi vključenosti različnih starostnih skupin dajejo različne rezultate, kljub vsemu pa se HNZ priporoča predvsem mlajšim ženskam po menopavzi za odpravljanje menopavznih težav, kar ne poveča tveganja za srčno-žilne bolezni, ampak ga morda celo zmanjša. Sledilo je izredno

zanimivo predavanje Maria Harapina o kriznem komuniciranju v zdravstvu. Kot zdravnik in novinar hkrati je predstavil pravičen način komunikacije med zdravstveno ustanovo oz. delavci in mediji v primeru izrednih razmer v zdravstvu.

Nadaljevanje je bilo namenjeno medicinski genetiki. Poslušali smo predstavitev programa EUROCAT (European Surveillance of Congenital Anomalies oz. Epidemiološko sledenje prirojnih razvojnih nepravilnosti v Evropi). Prispevki, ki so sledili, so govorili o izkušnjah s predimplantacijsko genetsko diagnostiko (PGD), pomenu informiranosti o prednatalni diagnostiki kromosomskih nepravilnosti ter o genetskih vzrokih ženske neplodnosti in pomenu zgodnjega odkrivanja le-teh. Senološki del kongresa je prinesel pregled preiskovalnih metod pri odkrivanju raka dojk. V zadnjih letih smo bili priča napredku v postopkih rekonstrukcije pri bolnicah po operativni terapiji raka dojk. Pri tem je izredno pomemben timski pristop in dostopnost do takšnega načina zdravljenja. Seznanjeni smo bili še z možnostmi zdravljenja klimakteričnih težav pri bolnicah z rakom dojk in omejenimi alternativami hormonskemu nadomestnemu zdravljenju z estrogeni.

Predsednik ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology) Nuno Martins je spregovoril o organizaciji specializacije iz ginekologije in porodništva po Evropi, možnostih izmenjave specializantov in pomembnosti bogatenja znanja z mednarodnimi izmenjavami. Tudi slovenski specializanti imamo to možnost, slišali smo, kako je z opravljanjem dela specializacije v Veliki Britaniji. Temu je sledila predstavitev Sekcije specializantov ginekologije in porodništva Slovenije – SATOG, ter zanimiva primerjava med opravljanjem specializacije na periferiji Slovenije in velikimi centri (Ljubljana, Maribor). Kongres smo sklenili s skupščino Združenja ginekologov in porodničarjev Slovenije.

Vse to je seveda spremljala tudi bogata razstava plakatov, med katerimi so bili najboljši tudi nagrajeni. Nagrade organizacijskega in znanstvenega odbora za najboljši plakat so prejeli:

1. nagrada: Nina Jančar, Boštjan J. Kocjan, Maja M. Lunar, Željka Bogovac, Mario Poljak, Jasna Šinkovec, Eda Vrtačnik Bokal: Rezporeditev genotipov humanih virusov papiloma pri slovenskih bolnicah z rakom materničnega vratu in podtypeske različice HPV 16, HPV 18 in HPV 33;

2. nagrada: Katja Knez, Irma Virant Klun, Branko Zorn, Tomaž Tomažević, Eda Vrtačnik Bokal: Nova klasifikacija morfologije spermijev pred ICSI pod 6000-kratno povečavo;

3. nagrada: Sara Korošec, Irma Virant Klun, Tomaž Tomažević, Helena Meden Vrtovec: Uporaba hialuronana v postopku zunajtelesne oploditve s prenosom ene blastociste.

Priznanja Združenja ginekologov in porodničarjev Slovenije pa so prejeli:

- **Zlato priznanje:** Nina Slabe, Renata Košir, Helena Meden Vrtovec, Martina Ribič Pucelj, Špela Smrkolj: Pojavljanje avtoimunskih bolezni pri bolnicah z endometriozo;

- **Srebrno priznanje:** Sabina Verem, Boštjan Lovšin, Zdenka Guzej, Janja Zver Skomina, Janislav Ravnikar, Dušan Deisinger, Andreja Smajila: Epiduralna porodna analgezija v Splošni bolnišnici Izola;
- **Bronasto priznanje:** Marijan Lužnik: Triletne izkušnje z anteriorno transobturatorno mrežico (ATOM) in posteriorno ishiorektalno mrežico (PIRM).

Vsekakor je kongres ginekologov in porodničarjev Slovenije pomembno srečanje, ki omogoča vpogled v aktualno prakso, trenutne raziskave in prihodnost sicer zelo širokega področja ginekologije in porodništva v Sloveniji.

Zakaj ploskaš: da pohvališ ali da zbudiš tiste, ki so zaspali?

Živa Novak Antolič

Poročilo s sestanka SCTA (Standing committee for training and assessment) in Sveta EBCOG, ki je bil 27. in 28. novembra 2009 v Bruslju.

SCTA (Standing committee for training and assessment)

Dr. Angélique Goverde je predlagala, da delavnice Training the trainers (TTT) predlagamo Svetu EBCOG kot obvezne, saj so zelo pomembne za dobro specializacijo. V nekaterih državah take delavnice že potekajo, v večini pa ne. Na Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani se lahko pohvalimo že z devetimi delavnicami TTT, ki sem jih s prim. dr. Cerarjem, doc. dr. Zvonko Renner Primec in asist. mag. Lili Steblovnik organizirala za glavne mentorje specializantom. UKCL je namreč sprejel, da je delavnica TTT za glavne mentorje vseh specialnosti obvezna; vabljeni so seveda tudi neposredni mentorji in drugi, ki jih področje zanima. Za zaposlene v UKCL je delavnica brezplačna, tisti izven UKCL pa plačajo kotizacijo 200 EUR. Zaradi pravzaprav »zelo velikih izkušenj« (devet delavnic v Ljubljani, po ena v Lizboni, Berlinu in Ankari, predavanja o tej temi v Beogradu in Sarajevu) sem bila na Svetu EBCOG predlagana, da v okviru EBCOG vodim to področje naprej s ciljem, da bi v vseh državah vpostavili sistem TTT.

Na sestanku je Joe Jordan predstavil, kako v Veliki Britaniji avditirajo specializante iz kolposkopije. Računalniški program, ki so ga sestavljali tri leta, sedaj omogoča vsakemu specializantu, da preko spleta pošilja svoje primere v zvezi s kolposkopijo. Program sedaj vodi British Society for Colposcopy and Cervical Pathology in ga brezplačno ponujajo drugim državam, če katera želi.

Dr. Jacky Nizard je na kratko predstavil poučevanje metodologije kliničnega raziskovanja; na kratko zato, ker se z uvedbo tega v program specializacije iz ginekologije ne strinja, saj bi se to morali naučiti že na medicinski fakulteti! Na spletni strani EBCOG (www.ebcog.org) bo označil, kaj naj specializant zna in ponudil bo naslove kakovostnih spletnih strani. Prof. Jurij Wladimiroff je poročal o tem, kako obiski za akreditacije vplivajo na kakovost izvajanja specializacije. V več kot desetih letih

je EBCOG opravil več kot 100 obiskov za akreditacijo (med temi dva na Ginekološki kliniki UKC Ljubljana in en obisk na Kliniki za ginekologijo in perinatologijo v UKC Maribor). Iz poročil teh akreditacijskih obiskov je ugotovil, da so specializanti na začetku redko seznanjeni:

V zvezi z vsebino specializacije:

- z natančno vsebino specializacije (naj spomnim, da je ZZS sprejela EBCOG vsebino specializacije, dostopno na spletni strani www.ebcog.org),
- z zahtevami po teoretičnem in praktičnem znanju,
- z uporabo Dnevnika specializanta (*Log book*). V Sloveniji uporabljamo papirnat (in elektronski) List specializanta. Papirnat je definitivno boljši za vpisovanje tako imenovane »pogodbe« med glavnim mentorjem in specializantom. Vsako leto vnaprej napišeta načrt za pridobivanje teoretičnega in praktičnega znanja. Nato redno pregledujeta izvrševanje te »pogodbe«, ugotovita, kje je specializant dosegel cilje in kje ne, in naredita dodaten načrt, kako jih bo,
- s stalnim preverjanjem znanja, veščin in odnosa.

V zvezi s stalnim preverjanjem znanja veščin in odnosa:

- da je treba sproti ugotavljati, ali se teoretično znanje, veščine in odnos izboljšujejo s specializacijo, kar je namen.

V zvezi z mentorskim sistemom:

- da je klasični odnos mojster - vajenec preživet; prav tako specializacija brez strukture, brez univerzitetnih bolnišnic. Specializacija naj bo definitivno organizirana po sistemu mentor - specializant. Slovenski sistem je formalno zelo dobro zastavljen; vsi glavni in neposredni mentorji ter specializanti pa ne poznajo prednosti tega sistema in ga seveda zato tudi ne uporabljajo. Bistvo je spomniti specializanta, da prevzame svoj del odgovornosti za učinkovito specializacijo.

V zvezi z veščinami:

- cilji morajo biti jasno postavljeni. Število posegov je zaradi sprememb v stroki včasih težko doseči: v bodoče bo vse več

vaje na mehaničnih in virtualnih modelih. Specialist porodništva in ginekologije pa posege mora znati opraviti.

V zvezi s specializacijo, ki se izvaja v univerzitetnih bolnišnicah skupaj z drugimi bolnišnicami:

- jasno mora biti, kaj se kje učijo in naučijo. Bolnišnice, kjer se izvaja specializacija, morajo biti zelo povezane. Podatek o preverjanju znanja mora spremljati specializanta, ko se seli na primer iz periferne bolnišnice v univerzitetno.

V zvezi s socialnimi in finančnimi vidiki:

- je prof. Jurij Wladimiroff priporočal upoštevati EWTD (European working time directive); plača mora biti jasna za celotno obdobje specializacije, priporočal je kritje stroškov za delavnice o etiki, varnosti pacientov, epidemiologiji, z dokazi podprto medicino, ekonomiko v zdravstvu.

Dr. Rudi Campo, predstavnik Akademije, Leuven (www.theAcademyhouse.org), je predstavil sistem za treniranje večšin in testiranje praktičnega znanja iz endoskopije na preprostem, poceni, učinkovitem modelu, ki ga prodajajo direktno, brez posrednikov, le za ceno materiala (torej brez dobička). Model je pokazal, da je treniranje in testiranje izvedljivo in objektivno. Dr. Campo meni, da se mora vsak specializant osnovnih psihomotornih veščin (laparoscopic psychomotor skills, LPS) naučiti na modelu LASTT, preden gre v operacijsko. Na spletni strani Akademije je provokativen plakat z napisom: **»Si dovolj dober za svoje paciente?«** Člani SCTA so se strinjali, da naj SCTA predlaga Svetu EBCOG v sprejem, da ima vsak za izvajanje specializacije akreditiran center validiran sistem za certifikacijo endoskopskih osnov. Predlagamo tudi, da je v vprašalniku pri obiskih za akreditacijo vprašanje o tem, ali ima inštitucija validiran sistem.

Tudi na Kliničnem oddelku za reprodukcijo Ginekološke klinike UKC Ljubljana se je doc. dr. Martina Ribič Pucelj osebno zelo zavzela in priskrbela ta model; odziv za uporabo s strani specializantov pa ni tak, kot bi si želeli. **Vaja dela mojstra, če mojster dela vajo!** Dokazano je (pri športnikih, glasbenikih in tudi pri endoskopistih), da vsakodnevna vaja izrazito izboljša performanco. Specializanti ne smejo misliti, da bodo z enkratnim treniranjem na modelu postali dovolj dobri, da bodo endoskopirali; tudi violinist ne igra samo na koncertu! Ideja – da mora specializant LPS obvladati **preden** gre operirati pacientko – je vsekakor vredna, da jo uvedemo tudi pri nas; posebej še, ker se bo v bodoče vedno več veščin in posegov treba naučiti »virtualno«. Primerov iz klinične prakse bo premalo, poseg pa bo treba znati opraviti.

Svet EBCOG

Ko sem se pred 15 leti pridružila EBCOG, so se stvari odvijale zelo počasi, spremembe iz leta v leto so bile komaj opazne. Sedaj pa je to močna organizacija, upoštevana v Evropi in svetu. Res je, da se na Svetu EBCOG pogovarjamo, rekli bi, o »političnih« vsebinah, ne o strokovnih. Ampak šele sedaj ugotavljam, da so prav te **politične** vsebine zelo pomembne, da stroka

vsebinsko deluje. To sem napisala zato, da bodo specializanti in mladi specialisti nekaj svoje energije usmerili tudi v organizacijo stroke in drugo »politiko« porodništva in ginekologije in na ta način bolje, učinkoviteje in predvsem tudi lažje delali strokovno odlično. Predsednik EBCOG, prof. dr. Peter Hornnes, je v svojem poročilu omenil obiske nacionalnih združenj na srečanjih, na katera je bil povabljen. Na slovenski kongres ni bil vabljen. Relativno zelo dolga razprava je bila posvečena Italiji z več organizacijami ginekologov, kar me je spomnilo na slovensko situacijo.

Predsednik sekcije UEMS prof. Bill Dunlop je poročal o seji Sveta UEMS v Istanbulu. Bodoče iniciative, zanimive za več specialnosti, so nekaj novega v okviru UEMS: Multidisciplinary joint committee (MJC). Na področju seksualne medicine bodo sodelovali psihiatri, ginekologi, endokrinologi, urologi. Nameravajo narediti tudi evropski izpit. Naši predstavniki so dr. Kirschner, prof. Bitzer in prof. Hornnes, čeprav se ne strinjamo z evropskim izpitom. Predstavnica v MJC *pain committee* je dr. Lone Hvidman.

Specializacija v Grčiji je problem. Vsak se lahko prijavi za specializacijo, ki jo želi, neposredno na institucijo. Študentov medicine, zdravnikov in specialistov porodništva in ginekologije je že itak preveč, vendar državne politike na tem področju ni. Specializacija v majhnih bolnišnicah se sicer lahko začne, vendar mora specializant nato čakati na mesto specializanta v univerzitetni bolnišnici tudi pet let, da lahko specializacijo zaključi! O tem so že obvestili ministra, pa verjetno čaka, da bo uredil za vse specializacije skupaj. Predstavniki Grčije v Svetu EBCOG so zato prosili za pomoč in jo bodo dobili.

Na Madžarskem so tudi problemi: mest za specializacijo je malo, specializant dobi specializacijo samo za eno leto, ne ve, kaj bo delal naslednje leto! Po dolgi razpravi je bilo sklenjeno, da se kot EBCOG moramo potruditi, da bodo inštitucije akreditirane za izvajanje specializacije, da bo število mest za specializacijo v skladu s potrebami v državi, da bo specializantu zagotovljena plača za celotno obdobje specializacije; ves čas se mi je motalo po glavi, da je pravzaprav v Sloveniji to s strani ZZS idealno urejeno!

Podpredsednik prof. Johann Van Wiemeersch je opisal naraščajoči belgijski problem (v razpravi se je izkazalo, da imajo tudi druge države podobne probleme): v Belgiji se dogaja, da mož zahteva, da ženska zdravnica pride od doma v urgentno ambulanto in pregleda njegovo ženo, ker zaradi verskih razlogov ne pusti, da bi jo pregledoval moški zdravnik. Možje so tudi verbalno in fizično nasilni. V razpravi je bilo jasno, da si bolnice, ki želijo posebno neurgentno obravnavo, to lahko vnaprej uredijo. Če pa gre za urgentne obravnave, je inštitucija dolžna poskrbeti za strokovne kadre, ustrezno obravnavo in nič drugega. Problem je zelo občutljive narave in ga je tako treba tudi reševati. Na Finskem so se lotili pragmatično: če bolnica (v neurgentni obravnavi) ni zadovoljna s starostjo/spolom/barvo kože/vero zdravnika, ji dajo nov datum – čez tri mesece. Ne želijo, da bi se tudi iz tega razloga nižalo že tako majhno število

moških študentov medicine in specializantov porodništva in ginekologije.

Komunikacija med nacionalnimi združenji in EBCOG je slaba. Verjamem: v Sloveniji je sploh ne more biti, ker krovnega nacionalnega združenja nimamo. Na Svetu EBCOG je svojo organizacijo predstavil generalni sekretar Evropskega združenja za ginekologijo; le-ta se ukvarja predvsem s kontracepcijo in menopavzo (t.i. »medicinski ginekologi«), nič s perinatalno medicino in ginekološko kirurgijo. Članstvo je, za razliko od EBCOG, kjer so včlanjena nacionalna združenja, individualno. Mnenje EBCOG je znano že veliko let: tako imenovane specializacije »medicinske ginekologije« ne odobrava; delo, ki ga opravljajo »medicinski ginekologi«, opravljajo družinski zdravniki in babice.

Predsednik ENTOG, organizacije specializantov porodništva in ginekologije 29 držav v Evropi, je poročal o izmenjavah specializantov, ki potekajo vsako leto v drugi državi. V letu kongresa EBCOG v državi, ki kongres organizira (tako je bila izmenjava 2008 na Portugalskem, 2010 bo v Belgiji, 2012 pa v Estoniji – ki ji bodo z mesti v bolnišnicah pomagale Finska, Latvija in Litva); 2009 je bila izmenjava na Madžarskem, 2011 bo v Veliki Britaniji – vedno v času Sveta EBCOG, tako da se srečamo specialisti in specializanti. Na kongresu 2010 v Antwerpnu bo ENTOG obravnaval »mediko legalne« vidike, psihosomatiko in bodočnost porodništva in ginekologije. Ukvarjajo se tudi z European training project: ENTOG bo pomagal posameznikom najti povezave z inštitucijami v drugih državah, kjer bi lahko opravili del specializacije. S tem specializant dobi

več znanja, nauči se drugačnega pristopa k problemom, najde kontakte za sodelovanje in raziskave za vse svoje poklicno življenje. Trenutno je sodelovanje ponudilo 14 za specializacijo akreditiranih bolnišnic v Evropi. Že dlje kot ENTOG obstaja zveza specializantov pri ACOG (American College of Obstetrics and Gynecology): z dobrimi nasveti (glede e-učenja, motiviranju za specializacijo) svetujejo ENTOG. Stvari so torej že domišljene, »pesmi so že napisane« in ni treba odkrivati tople vode! Več tudi na www.entog.org.

Spletno stran EBCOG, obraz organizacije, bo od sedaj naprej urejala specialistka dr. Erica Werner (dosedanja predsednica ENTOG). Zanesljivo bo postala spletna stran bolj prijazna do uporabnikov z veliko informacijami o EBCOG, sprejetih dokumentih, o delu in članih izvršnega odbora in sveta, o prihajajočih srečanjih, o možnostih raziskovanja in še o čem.

Kongres EBCOG bo od 5. do 8. maja 2010 v Antwerpnu, Belgija, www.EBCOG2010.be. Šest mesecev pred kongresom imajo že 60 izvlečkov. Kot vse od kongresa v Torinu 2006, kjer smo uvedli HOT (*hands on topics* – ki so takoj postali vroča tema), je kongres zelo zanimiv tudi za specializante. Kongres 2012 bo v Estoniji, v Tallinnu, od 9. do 12. maja 2012 v popolnoma novem Nokia centru.

Naslednji sestanek Sveta EBCOG bo v času 21. kongresa EBCOG v Antwerpnu maja 2010.

Literatura je na voljo pri avtorici.

Strokovni simpozij

Ob 90. obletnici ustanovitve Oddelka za očesne, ušesne, nosne in vratne bolezni UKC Maribor

Dušica Pahor, Bogdan Čizmarevič

12. novembra 2009 smo svečano in delovno proslavili visoki jubilej delovanja Oddelka za očesne, ušesne, vratne in ustne bolezni s strokovnim simpozijem, ki sta ga organizirala Oddelk za očesne bolezni in Oddelk za otorinolaringologijo in maksilofacialno kirurgijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor in katedri za oftalmologijo in otorinolaringologijo Medicinske fakultete Univerze v Mariboru.

Pred 90 leti, 8. novembra 1919, je bil odprt v takratni mariborski bolnišnici Oddelk za očesne, ušesne, nosne in vratne bolezni. Prvi predstojnik skupnega oddelka je bil prim. Janko Dernovšek. Leta 1943 se je skupni oddelk razdelil na dva

samostojna oddelka, na Oddelk za očesne bolezni in Oddelk za otorinolaringologijo. Od leta 1943 pa vse do selitve v novo stavbo 1. oktobra 2007 sta bila oba oddelka na isti lokaciji. Predstojnica Oddelka za očesne bolezni je od leta 2001 dalje prof. dr. Dušica Pahor, predstojnik Oddelka za otorinolaringologijo in maksilofacialno kirurgijo pa od leta 2004 doc. dr. Bogdan Čizmarevič.

Ob tej priložnosti, ki je sovpadala z 90. obletnico slovenske mariborske splošne bolnišnice, je bila dan poprej, 11. novembra 2009, v razstavnih prostorih UKC Maribor v avli kirurške stolpnice odprta razstava, ki prikazuje razvoj slovenske bolnišnice

v Mariboru in tudi obeh oddelkov od leta 1919 do danes. Za pripravo razstave so zaslužni prof. dr. Elko Borko, predsednik Medikohistorične sekcije, prim. Bojan Gračner in Anton Munda, dr. med., nekdanja predstojnika obeh oddelkov, ki so s svojim znanjem, potrpljenjem in navdušenjem pripravili res nepozaben dogodek.

1. oktobra 2007, po 10 letih gradnje, je bil svečano odprt nov Oddelek za očesne bolezni in Oddelek za otorinolaringologijo in maksilofacialno kirurgijo UKC. Tudi tokrat je usoda hotela, da oddelka ostaneta še naprej skupaj, v isti, tokrat novi stavbi z naj sodobnejšo opremo.

Ker oba oddelka povezuje ne le skupna začetna zgodovina in razvoj, ampak tudi skupni bolniki, smo želeli ob tem jubileju pokazati, da ta vez še vedno obstaja in da se ti dve sicer popolnoma različni medicinski stroki še vedno na številnih področjih križata, dopolnjujeta in izpolnjujeta. Namen srečanja je bil prikazati skupne pristope pri zdravljenju nekaterih bolezni, kot so bolezni solznih poti, poškodbe očnice, dekompresija orbite in vidnega živca. Prikazati smo želeli naj sodobnejše možnosti diagnostike in zdravljenja nam zaupanih bolnikov. Predstavljenih je bilo 27 različnih prispevkov, ki so se med seboj dopolnjevali. Še posebej smo bili ponosni na številne mlade specializante in specialiste, ki so pokazali visok nivo znanja.

Simpozij je bil zanimiv za zdravnike obeh strok, hkrati pa tudi za vse ostale udeležence srečanja. Oba oddelka sta v zadnjih letih dosegla zavirljivo raven, pri tem pa ne gre pozabiti na



Udeleženci simpozija, od leve proti desni prim. Gračner, nekdanji predstojnik Oddelka za očne bolezni, prim. Pivec, direktor UKC Maribor, prof. dr. Pahorjeva, sedanja predstojnica Oddelka za očne bolezni, doc. dr. Čizmarevič, sedanji predstojnik Oddelka za ORL in MFK, dr. Munda, nekdanji predstojnik Oddelka za ORL in CFK

dolgoletno podporo vodstva bolnišnice, zlasti prim. Gregorja Pivca, dr. med., ki je v vseh preteklih letih podpiral razvoj obeh oddelkov, še zlasti v obdobju gradnje. Veseli smo ugotovitve, da smo znali izkoristiti možnosti, ki so nastale z novimi pogoji dela, vključno z ustanovitvijo Medicinske fakultete v Mariboru, in razviti oba oddelka na zavirljivo strokovno raven.

Tradicionalni sestanek Slovenskega nefrološkega društva

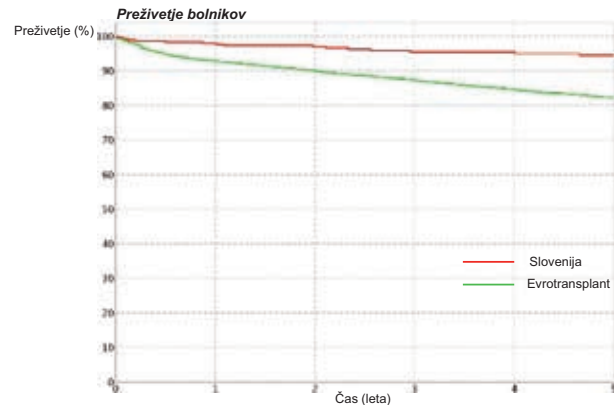
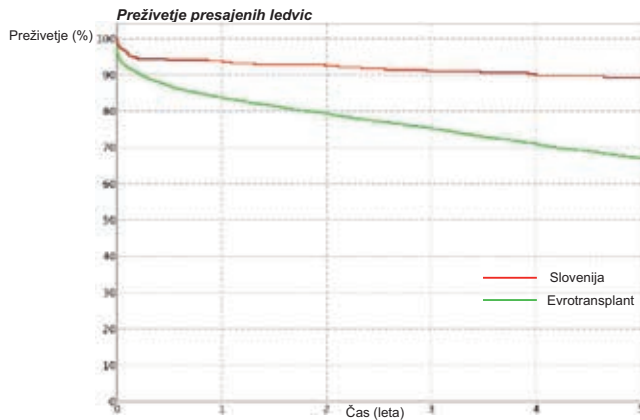
Boštjan Kersnič

Slovensko nefrološko društvo je na standardni lokaciji v hotelu Lek v Kranjski Gori priredilo svoj tradicionalni 23. strokovni sestanek, ki je potekal 4. in 5. decembra 2009. V Kranjski Gori smo ob prihodu zagledali že težko pričakovani sneg, ki se je odločil, da bo polepšal pokrajino in naredil Miklavžev prihod nekoliko bolj romantičen. Kljub slabemu vremenu se je sekcija začela kot načrtovano, nekajminutne časovne zamude pa se skoraj ne sme omenjati.

Popoldansko sekcijo sta pričela predsedujoča prof. Breda Pečovnik Balon in mag. Miha Benedik, ki sta vodila zelo zanimivo in široko tematiko, sestavljeno tako iz kostne patologije kot tudi transplantacije in predstavitve študij, dve sta bili tuji in ene domača. S predavanji je pričel mag. Janez Varl z naslovom NeoSTART – vpogled v obravnavo bolnikov s kronično ledvično boleznijo. Asist. dr. Miha Arnol je v sodelovanju s prof. Aljošo Kandusom predstavil predavanje z naslovom Transplantacija ledvic umrlega darovalca v Sloveniji in v Evrotransplantu, kjer

je prikazal naše rezultate v primerjavi s podatki iz Evrotransplantu, ki kažejo, da je preživetje naših bolnikov in presajenih ledvic med najboljšimi.

Mladi nefrolog iz Maribora Martin Hren, ki je ostal dolžnik iz prejšnjega leta, se je tokrat izkazal in predstavil delo, sicer pod vodstvom dr. Sebastjana Bevca s sodelavci, z nekoliko spremenjenim naslovom od lanskega leta, in sicer Gleženjski indeks in srčno-žilna umrljivost hemodializnih bolnikov, kjer je prikazal, da lahko z relativno enostavnimi meritvami že znanih indeksov veliko napovemo za ledvične bolnike na hemodializi. Kljub temu, da sta vodila popoldansko sekcijo, sta se izkazala tudi kot odlična predavatelja: mag. Miha Benedik je predstavil nove KDIGO-smernice metabolizma kosti in mineralov pri bolnikih s kronično ledvično boleznijo, prof. Breda Pečovnik Balon pa je imela predavanje Neresnice in resnice o kalciju. Prof. Jürgen Bommer iz Heidelberga je predstavil predavanje z naslovom Zgodnja terapija hiperfosfatemije in zdravljenje



Kaplan-Meierjeva analiza preživetja presajenih ledvic in bolnikov v obdobju od 1. januarja 2000 do 31. decembra 2008. Prikazana je primerjava rezultatov v Sloveniji s celotnim območjem Evrotransplanta. Po petih letih je preživetje presajenih ledvic boljše za 20 odstotkov, preživetje bolnikov pa za 10 odstotkov.

z novimi preparati, kjer je predstavil predvsem uporabnost preparata sevelamernegega karbonata. Doc. dr. Andreja Marn Pernat je predstavila nizozemsko študijo Vital, s katero so začeli raziskovati vpliv receptorjev za vitamin D in posledično možno zniževanje albuminov pri sladkorni ledvični bolezni. Nefrolog iz splošne bolnišnice Slovenj Gradec asist. Bojan Vujkovic je v sodelovanju s kardiologinjo Andrejo Cokan Vujkovic predstavil študijo z naslovom Odkrivanje bolnikov s končno ledvično odpovedjo za Fabryjevo bolezen, na koncu je predlagal vsesplošno slovensko raziskavo pri bolnikih na hemodializnem zdravljenju.

Po odmoru s kavo je bil na vrsti prof. Rafael Ponikvar, predsednik Slovenskega nefrološkega društva, ki je predstavil poročilo o delu društva v zadnjem letu. Poročilo je bilo več kot odlično, prav tako pa prikaz dela skozi vse leto, kjer ne smemo pozabiti zimske šole v sklopu Evropskega združenja za umetne organe, nefrološke šole o boleznih ledvic in arterijski hipertenziji, šole o presaditvi ledvic (o vseh treh smo poročali tudi v Izidi). Poročilo o finančnem stanju je podal tudi blagajnik nefrološkega društva mag. Miha Benedik. Sledile so volitve nove tajnice Slovenskega nefrološkega društva. Vodila jih je volilna komisija, ki smo jo sestavljali predsednik prof. dr. Rajko Kenda in člana Igor Rus in moja malenkost, Boštjan Kersnič. Komisija je svoje delo opravila hitro, saj smo na predlog predsednika volilne komisije v skladu s statutom izvedli javno glasovanje, kjer smo ponovno izvolili dosedanjo tajnico društva, doc. dr. Andrejo Marn Pernat. Večer smo nadaljevali s slavnostno večerjo in se ob pijači in dobri glasbi družili pozno v noč. Kot skoraj že tradicionalno, se je izkazal »nefrološki« bend Rock art. Zabava se je zavlekla precej v jutranje ure, imeli pa smo tudi možnost izmenjati nekaj mnenj s kolegi psihiatri, ki so imeli v istem hotelu svojo šolo.

Ne glede na zabavo pa je stroka na strokovnem srečanju na prvem mestu in v soboto se je točno ob uri ponovno začela strokovna plat sekcije. Tokratno dopoldansko sekcijo, kjer smo tematski sklop posvetili predvsem terapevtski aferezi, sta vodila

prof. dr. Rafael Ponikvar in prof. dr. Aljoša Kandus. Tako je za uvod prof. dr. Rafael Ponikvar predstavil uvodno predavanje z naslovom Osnove plazmafereze, doziranje, indikacije, komplikacije. Sledilo je predavanje hematologa doc. dr. Dušana Andoljška z naslovom TTP/HUS (trombotična trombocitopenična purpura/hemolitično-uremični sindrom), v katerem je predstavil osnovno klinično sliko in etiopatogenezo obeh stanj. Nadaljevala je doc. dr. Andreja Marn Pernat, ki je predstavila zdravljenje primarnega TTP s plazmaferezo. Sledilo je predavanje mlade nefrologinje Vanja Peršič z naslovom Afereza pri hiperviskoznem sindromu in plazmocitomu. Naslednje predavanje v sklopu sem imel sam in predstavil aferezo pri krio-globulinemiji. Nato je prim. Matija Cevc predstavil Sodobno terapijo težkih dislipidemij, kjer se je osredotočil predvsem na medikamentozno terapijo, sledilo pa je predavanje mag. Vladimirja Premruja, ki je predstavil alternativo medikamentoznemu zdravljenju, in sicer LDL-aferezo. Nato je mladi nefrolog dr. Jakob Gubenšek predstavil dva sklopa predavanj, in sicer aferezo pri hiperlipemičnem akutnem pankreatitisu ter aferezo pri fosfolipidnem sindromu.

Po kratkem odmoru s kavo je sledilo predavanje nevrologa prim. Viktorja Šviglja, ki nam je predstavil Zdravljenje nevroloških bolezni s plazmaferezo. Nato je doc. dr. Andreja Marn Pernat predstavila vloga afereze pri akutnem sindromu Guillain Barre, sledilo pa je predavanje doc. dr. Bojana Knapa o vloga afereze pri kronični inflamatorni demielinizacijski polinevropatiji (CIDP). Mag. Janez Varl je predaval o vlogi afereze pri myastenii gravis. Prof. dr. Rafael Ponikvar je predstavil vlogo afereznega zdravljenja pri fokalni segmentni glomerulosklerozi presajene ledvice in pri zdravljenju humoralne zavrnitve presajene ledvice. Predstavil je tudi naslednji tematski sklop z uporabo afereza pri pemfigus vulgarisu, kompletnem srčnem bloku ploda, artrogripi ploda ter aferezo otrok in aferezo pri septičnem šoku. Zadnji dve predavanji je predstavil asist. dr. Janko Kovač. Naslov prvega sklopa je bil Afereza pri sindromu



Goodpasture, vaskulitisih, RPGN (hitro napredujoči glomerulonefritis), drugi del pa je imel naslov Akutna jetrna insuficienca, kjer je med drugim predstavil tudi primer bolnika, ki smo mu ob popolni odpovedi jeter s pomočjo hemodialize in afereze pomagali do uspešne presaditve jeter.

Ob koncu sekcije se je porodila ideja, da predstavitev v najkrajšem času objavimo tudi na spletni strani, samo da dobimo pooblastila vseh avtorjev. V kolikor bi vas torej zanimalo kakšno poglavje, vam svetujem, da obiščete stran slovenskega nefrološkega društva na <http://www.nephro-slovenia.si>.

Za konec bi bilo na mestu, da povzamem misli, ideje, vtise tokratne sekcije. Razmere v svetu se namreč kljub napovedim še

ne izboljšujejo, zdravstveni sistem znotraj naše države je pod vse večjim pritiskom tako s strani finančnih kot drugih resorjev. Vsi, ki smo aktivno vključeni v delo, vidimo in imamo pred sabo v prvi vrsti bolnike, za katere naredimo, kar se le da. Včasih je videti neuspešno, a takrat, ko naredimo eno dobro stvar, je, kot da smo poplačali vse ostalo. Če smo to kdaj pokazali, smo to morda omenili na tokratni sekciji, kjer smo predstavil aferozo, ki je zavarovalnica v tem trenutku finančno ne pokriva.

Vendar čas teče dalje in pred nami je novo leto z novimi, lahko še težjimi izzivi, težjimi časi, ki jih bomo skupaj z dobro voljo in dobrim vzdušjem lažje premagali. Naj zaključim tako kot lansko leto, samo z novo številko: Srečno 2010!

Recesija in depresija

V času aktualne gospodarske recesije in finančne krize je poraba antidepresivov narasla za 300 odstotkov. Zdravstvene statistike v EU beležijo trikratno povečanje količine zdravil za izboljšanje razpoloženja, zlasti antidepresivov. Zato je izvršni odbor Mental Health Europe (MHE-SME) pozval Evropsko unijo, naj od papirnih resolucij in načrtov preide k dejanjem. Največji dobičkarji v recesiji so po ugotovitvah najvplivnejših nevladnih in neprofitnih organizacij na področju duševnega zdravja v EU farmacevtska podjetja.

Strokovnjaki iz evropskih nevladnih organizacij, združenih v MHE-SME (vključuje 67 organizacij iz 30 držav) ugotavljajo, da je recesija povzročila, da se ljudje, ki so izgubili delo ali pa jih je kriza kako drugače prizadela, vse pogosteje zatekajo

k jemanju zdravil proti anksioznosti in depresiji. Čeprav so jim na voljo tudi druge, bolj učinkovite, organizmu prijazne metode. Odbor MHE-SME predvideva, da se bodo kljub napovedani gospodarski konjunkturi in pričakovanemu obratu na boljše stiske ljudi še poglobile. Zatekanje v omamo zdravlil in beg pred bremeni krize lahko stroka omili s pomočjo humanitarnih, nevladnih organizacij, katerih potenciali pogosto ostajajo neizkoriščeni. Stroka in vlade jim posvečajo premalo pozornosti, čeprav izsledki številnih raziskav pričajo, da so te organizacije zelo učinkovite pri preprečevanju, blaženju in odpravljanju duševnih stisk in depresivnih stanj.

Vira: BBC, Mental Health

Nina Mazi

Martin Kuchling: Umor v zaspanem mestu

Marjan Kordaš

Slovenske večernice 159. (1) Celjska, Goriška in Celovška Mohorjeva, 2009, 223 + 1 str.

Ker gre za kriminalko v slovenščini, si bom privoščil daljši uvod:

Na prvo »pravo« kriminalko sem naletel okoli leta 1943. Seveda v *zlati jami* moje mladosti, v Steletovi knjižnici v Kamniku. Naslovljena je bila *Skrivnost dr. Fu-Mančuja*, izšla pa je v zbirki Slovenceva knjižnica. Za privilegij branja smo se skoraj topli in jaz sem si jo priboril med zadnjimi. Kmalu potem, že po kapitulaciji Italije, so se po *Oberkrainu* začele pojavljati domobranske postojanke, kjer so domobranci(!) vpricho nacistične oblasti(!) prodajali slovenske(!) knjige. Za nakupe je skrbela moja mama, jaz sem pa sodeloval pri izboru. Zdi se mi, da sem tako v domobranski postojanki v Vodichah naletel na knjigo H. R. Berndorffa *Vohuni* (prevedel Josip Vandot, založba Slovenija, Ljubljana 1930; zdaj, ko pišem, jo imam pred sabo!). To sicer ni bila prava kriminalka, mi pa je – kot trinajstletniku – ob dokumentiranju vohunskih trikov *Mate Hari* (ki jih takrat še nisem razumel, branje pa je bilo že prijetno) zelo razširila moje obzorje. Nadgradnjo slednjega (zares: *upgrade*), ki je sledila enako znameniti zgodbi o *polkovniku Redlu*, bom pa morda nekoč obdelal drugje.

Sherlock Holmes se je »zgodil« skoraj hkrati, a ne v knjigah. *Londonski ponarejevalci denarja* in seveda *Baskervillski pes* so – zamaščeni in razcefrani – med nami krožili kot predvojne časopisne priloge. In vse, kar sem prebral, me je utrjevalo v domnevi, da je kriminalka, ki bi se »dogajala« v Sloveniji, nekaj nemogočega. V zadnjih letih sta me v tej domnevi nekoliko omajali zgodbi *Pokrajina št. 2* ter *Predmestje* Vinka Mödendorferja. Problem sem končno rešil tako, da sem ju izločil iz kriminalk. Preveč seksa in preveč nasilja, ki sta sama sebi v namen. Po mojem mora biti kriminalka v bistvu intelektualni napor povezovanja drobcev v smiselno celoto.

Dobre kriminalke rad berem. Delim jih na dve skupini: na resnične, pri katerih je zgodba pravzaprav dokumentacija, ter na bolj ali manj izmišljene, v katerih se dogajanja opisujejo ter presojajo tudi s filozofsko-etičnih vidikov. Slednjo vrst zelo cenim; sem prištevam npr. Fredericka Forsytha *Zadeva OdeSSa* (Cankarjeva založba, Ljubljana, 1975). Odlomek o Salomonu Tauberju, njegovi ženi ter Hauptsturmführerju Röschmannu sem večkrat uspešno – tj. v grobni tišini – prebral medicincem.

Kuchlingovo zgodbo štejem v slednjo skupino. »Dogaja« se ne v Sloveniji, temveč v Celovcu in je v bistvu preprosta in hkrati zelo zapletena. Posebej se bom moral potruditi, da ne bom razkril razpleta:

Sredi noči v Celovcu najdejo človeško truplo moškega spola. Identifikacija pokaže, da gre za Igorja Tropino, vodjo biroja za (slovensko) narodno skupnost pri deželni vladi v Celovcu. Pokojnik je umrl zaradi udarca z železnim kolom po glavi. Preiskava – vodi jo policist Berger, ki hkrati v prvi osebi pripoveduje zgodbo – pokaže več možnih motivov za uboj: moška ali ženska ljubosumnost; zamera koroških nemškonacionalnih krogov do Slovenca Igorja Tropine, razmeroma pomembnega uradnika v administraciji Deželne vlade; neugotovljena zamera Slovencev iz Slovenije do koroškega Slovenca.

Pri preiskavi ima Berger pomočnika s priimkom Tscheinigg (sic!). Ko začeta s preiskavo, se najprej izkaže, da Berger zna slovensko in da je to zanj pri tej preiskavi prednost. Vrh tega Berger svojega pomočnika po malem draži, da priimek slednjega izgovarja slovensko (tj. ne bolj mehko na »gg«, temveč trdo, na »k«), četudi se Tscheinigg nikakor nima za Slovenca. Berger šele v 3. poglavju ter po nekakšnih akrobacijah pove, da je Slovenec, da je bil njegov izvorni priimek *Bregar* med vojno spremenjen v *Berger*.

Tako Berger/Bregar plete svojo zgodbo dlje in dlje in končno tudi kot uradni predstavnik celovške (avstrijske) policije sodeluje s slovensko policijo v Ljubljani. Ker je kot koroški Slovenec dvojezičen, zna samoumevno enako dobro plavati tako v slovenskih vodah južno od Karavank kot v nemških vodah na severu. A ni edini. Nekje sredi 7. poglavja je ljubek in hkrati nepopisno smešen vložek o Berger/Bregarjevem šefu. Ki ne prizna, da zna slovensko, ki pa v uradnih stikih s slovensko policijo tekoče govori slovensko. In ki se zna v Berger/Bregarjevi družbi v gostilni tudi nesmrtno napiti (nem. »sich total besaufen«), peti slovenske pesmi in jih celo razumeti!!

Če sodimo po vedenju v gostilni, sta tako Berger/Bregar kot njegov šef čistokrvna Slovenca. Po kaki dlakocepski ameriški definiciji bi bilo mogoče oba opredeliti kot alkoholika, na srečo pa slovenska Koroška (še) ni Amerika.

Medtem ko je Berger/Bregar o svojem slovenstvu zelo eksplíciten, je o drugih vidikih precej zastrt. Zdi se, da je samski, da nima stalne ženske, da pa tozadevne čare zaznava zelo tankočutno. O morebitnem izvajanju ali celo izvedbi tozadevnih čarnih dejanj pa diskretno molči. Ceni dobro jedačo in pijačo in se neuspešno zaveda pogubnih posledic za svoje telo. Ki ga pa nikjer ne kvalificira kot kako posebnost, kot *tempelj* (kot so neuspešno učili mene), iz česar sklepam, da je *Freigeist*. V slovenstvu je trden, očitno pa sprejema različnost. Domnevam tudi, da si morebitne partnerice ne bi izbiral po narodnostnih, temveč po

pametnih načelih. Sicer pa je predan policist, s svojo pobudo pri iskanju materialne resnice, se zna v pametnem obsegu upreti šefu, je do sodelavcev kolegialen, do sodelavk vrh tega tudi rahločuten. Je pa tudi ozračje v celovski policiji prijetno.

Pravzaprav je celovška policija prikazana tako, da vseskozi in v vseh vidikih ostaja brezmadežna. Ker ne živim v Celovcu, nimam dokazov, da to velja. Slovenska oz. ljubljanska policija je sicer orisana bolj na kratko, v načelu pa enako prijetno in prijazno kot severna sosedka. Sicer nimam dokazov, da to ne velja. Ker pa živim v Sloveniji, o Kuchlingovem opisu slovenske policije dvomim. Tudi zato, ker sem večni dvomljivec, razkolenik in krivoverec. Verjamem pa, da ni več meje. Pa ne zato, ker se je Berger/Bregar iz Celovca v Ljubljano odpravil enako samoumevno kot na Djekše. Da meja ni več, verujem le zato, ker sem doslej že devetkrat šel čez mejo in devetkrat so bile vse stražnice zaklenjene in devetkrat kljub iskanju nisem našel nobenega policista!

V sicer tekočem besedilu sta pa dve mesti, ki sta pravzaprav vložka in bi po moje morali biti opombi. Sredi 4. poglavja je vložek o ustoličenju na Gosposvetskem polju, knežjem kamnu ter vojvodskem prestolu. V 13. poglavju je vložek o tragični usodi slovenskih domobrancev v maju in juniju 1945, ko so jih Angleži izročili partizanom. Kuchling je očitno domneval, da bralec ni dovolj poučen o preteklosti, ki še zdaj obremenjuje življenje v tem delu Evrope. Kuchling bralcu tako pove, da gre za dve bremenima:

- V avstrijskem delu Koroške je to dediščina plebiscita iz leta 1920.
- V Sloveniji pa gre za breme, ki se je začelo oblikovati že v času med obema vojnama. V letih 1941–45 pa se je zaostrilo do skrajnosti, v t.i. *slovensko katastrofo*, fundamentalistični razkol med desnico (s spodbudo sprva fašizma in pozneje nacizma, pod vodstvom ljubljanske Cerkve, ki je bila bolj papeška kot Vatikan in papež Pij XII.) in levico (pod vodstvom Komunistične partije Slovenije), oborožen spopad ter po koncu vojne največji zunajsoadni pomor v slovenski zgodovini; zagrešila ga je zmagovita stran.

Opomba pa seveda ne sodi v kriminalko. Jaz, če bi znal pisati, bi opombi poskusil oblikovati kot pogovor (lahko dialog, lahko polemika) s Tscheiniggom, saj ni zadržan. Priložnost za vprašanje, zakaj se ne čuti (več) kot Slovenec. Povedal bi mu vic, ki kroži med Slovenci, da tudi »ggg«, se pravi trije »g« ne morejo zakamufilirati izvirmika. Da pa bi bil lahko Nemeč tudi kot »Čajnik«. Tudi Barfus(s), ki se čuti Slovenca (13. poglavje), ni nekakšen »Bos(j)ak«.

Sicer me pa ta kriminalka nekako spominja na **Kinsey Reports**, ki so izzvali javno zgražanje ne zaradi bolj ali manj znanih dejstev ter javnih skrivnosti, temveč zato, ker jih je Kinsey dokumentiral. Tako sem vedel, da na avstrijskem Koroškem **večina** ugovarja, če se **izjavi**, da je cesar nag. Dokler Kuchlingove kriminalke nisem prebral, pa res nisem vedel, da na avstrijskem koroškem **že dolgo vsi vedo**, da je cesar nag.

Kriminalka **Kdo je počil Igorja Trpina** je torej izšla kot knjiga in je prijetno branje. Sicer nima tiste napetosti kot npr. Fredericka Forsythja *Četrty protokol* (ko sem jo bral v srbo-hrvaščini, je skoraj nisem mogel odložiti). Nasprotno pa ima nekaj sporočil (bodisi spoznanj, bodisi vprašanj), ki jih *Četrty protokol* nima in ne more imeti:

- Naj bo zločin še tako hud, z ubojem, še manj pa z zakonito usmrtnitvijo katerega koli človeka zločina ni mogoče omiliti.
- Človeka je najlažje ubiti tako, da mu vzameš identiteto. A prav to je tisto, kar je najtežje.
- Kaj je tista izkrivljena logika, prek katere morilec pride do sklepa, da se mora maščevati tako, da ubije nedolžnega človeka?
- Kaj je tista *vzvišena* vsebina vsakega jezika (narodnosti), ki je bistvena vsebina individualne ter kolektivne identitete?
- Kaj je tista *zla* vsebina vsakega jezika, zaradi katere praviloma npr. narod A hoče narodu B odtujiti natančno tisto, kar je narodu A največja svetinja?
- Ko so sovjetske čete prvič stopile na tla Hitlerjevega Reicha, je nacizem skoval tole geslo: »Če jih ne bomo ustavili zdaj, bodo oni nam storili tisto, kar smo mi storili njim!« Ali to geslo še vedno velja? Ali večina še vedno ne ve, kaj je (bil) vzrok in kaj je (bila) posledica?

Opomba:

(1) Martin Kuchling: **Kdo je počil Igorja Trpina?** Ilustracije Hanzi Mlečnik. Počitniško branje (priloga časopisa *Nedelja*, 14 poglavij oz. 5 nadaljevanj), Celovec, julij - avgust 2008.

Spoštovani avtorji prispevkov za revijo Isis,

sporočamo vam, da smo se v uredništvu odločili za spremembo datuma, do katerega sprejemamo prispevke za naslednjo številko. Novi rok za oddajo prispevkov v naše uredništvo je do 5. v mesecu za naslednjo številko. Gradivo za marčevsko številko bomo torej sprejemali do 5. februarja.

Za spremembo roka oddaje prispevkov smo se odločili, da bi imeli na voljo nekoliko več časa za ureditev, lektoriranje prispevkov in oblikovanje revije. Prosimo za razumevanje.

Uredništvo

ENOTNA PRIJAVNICA ZA UDELEŽBO NA ZDRAVNIŠKIH SREČANJIH, OBJAVLJENIH V IZIDI

(velja tudi fotokopirana prijavnica)

prijavljam se za udeležbo
(ustrezno obkrožite oz. dopišite) prosim, pošljite informacije drugo _____

srečanje _____

ime in priimek udeleženca _____

naslov stalnega bivališča _____

Izjava – davčni zavezanec (obkroži) da ne davčna številka: _____

IZPOLNITI, ČE UDELEŽENEC NI PLAČNIK PLAČNIK JE BOLNIŠNICA, ZAVOD ALI KDO DRUG

Plačnik udeležbe – kotizacije _____

Naziv plačnika _____

Točen naslov sedeža plačnika _____

Telefon _____ Faks _____ E-pošta _____

Kontaktna oseba _____

Izjava – davčni zavezanec (obkroži) da ne davčna številka _____

IZPOLNITI SAMO ZA TISTA STROKOVNA SREČANJA, KI JIH ŽELITE UVELJAVLJATI ZA PODALJŠANJE LICENCE

Kraj rojstva _____

Datum rojstva _____

Naziv delovne organizacije _____

Delovno mesto _____

Želim sodelovati:

kot predavatelj (predavanje, poster, drugo) kot udeleženec na praktične usposabljanju

Prosim informacije o možnostih nočitve da ne

Kotizacijo za srečanje bom poravnal(a) s položnico ob prijavi

Datum _____ Podpis _____

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
1. • PRAKTIČNA DERMATOLOGIJA 1. IN 2. DEL: (1. del – AKNE, ROZACEA IN SEBOROIČNI DERMATITIS, 2. del – KRIOTERAPIJA IN LASERJI – z delavnicami)			
LJUBLJANA UKC Ljubljana	120	podiplomski seminar za zdravnike in specializante družinske medicine, pediatrije, dermatologije in druge zainteresirane zdravnike	Eroica, d.o.o., prof. dr. Miloš Pavlovič
4. ob 15.30 • VODENJE KRONIČNEGA BOLNIKA: SRČNO-ŽILNE BOLEZNI podroben program na spletni strani zbornice			
MARIBOR Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, multimedijška predavalnica, VI. nadstropje, Vošnjakova 2–4	60	učna delavnica je namenjena zdravnikom družinske medicine	Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Združenje zdravnikov družinske medicine, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med.
4.–6. • UČNA DELAVNICA: OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME. POUK BOLNIKA Z ASTMO. VODENJE BOLNIKA S KOPB podroben program na spletni strani zbornice			
BLED Hotel Astoria, ostale šole bodo v hotelu Lek v Kranjski Gori: 8.–10. april 2010, 20.–22. maj 2010 in 11.–13. november 2010	25	delavnica je namenjena predvsem zdravnikom splošne/družinske medicine, vabljeni tudi specializanti in sekundariji ter specialisti drugih strok (dermatologi, otorinolaringologi, internisti, pediatri)	Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Golnik
5. ob 9.30 • 32. IATROSSKI ALPE–JADRAN – POSVETOVANJE ŠPORTNE MEDICINE in SMUČARSKO TEKMOVANJE ZDRAVNIKOV DEŽEL ALPE–JADRAN podroben program na spletni strani zbornice			
KRANJSKA GORA	ni omejeno	posvet in smučarsko tekmovanje	Zdravniško društvo IATROS
5.–6. ob 8.30 • 26. UČNA DELAVNICA ZA MENTORJE V DRUŽINSKI MEDICINI: MEDIKALIZACIJA podroben program na spletni strani zbornice			
IZOLA Belvedere hoteli in turizem, Dobrava 1 a, Izola	60	učna delavnica je namenjena sedanjim in bodočim mentorjem študentov in specializantov s področja družinske medicine	Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., asist. mag. Davorina Petek, dr. med.
5.–6. ob 18.00 • 8. MEDNARODNI SIMPOZIJ: POTAPLJANJE IN POTAPLJANJE ZA LJUDI S POSEBNIMI POTREBAMI (AST 2010) podroben program na spletni strani zbornice			
ZREČE Terme Zreče, Hotel Dobrava	ni omejeno	strokovni posvet je namenjen vsem zdravnikom (5. 2. 2010 – okrogla miza za strokovno javnost)	Mednarodna zveza društev IAHD Adriatic, dr. Petar J. Denoble, dr. med.
12.–14. • TEČAJ METODE CYRIAX ZA ZDRAVNIKE podroben program na spletni strani zbornice			
TREBNJE ZD Trebnje, Goliev trg 3, 8210 Trebnje (sejna soba in telovadnica)	20	učna delavnica je namenjena zdravnikom splošne in družinske medicine, fiziatrom, ortopedom, travmatologom	ZD Trebnje, Elizabeta Žlajpah, dr. med.
19. ob 9.00 • CEDENS – XVI. DAN CELJSKEGA ZOBOZDRAVSTVA podroben program na spletni strani zbornice			
CELJE Narodni dom Celje, Trg celjskih knezov 9	ni podatka	strokovno srečanje za vse zobozdravnike	Društvo zobozdravstvenih delavcev Celje

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave: DCP, d.o.o., Parmova 53, Ljubljana, F: 01 436 48 66, informacije: T: 01 436 63 30, F: 01 436 48 66, E: info@dcp.si	predvidoma 200 EUR	***
informacije in prijave: ga. Anka Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10	kotizacije ni	v postopku
informacije in prijave: Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	250 EUR, vključuje zbornik, potrdilo o udeležbi, opravljanje zaključnega izpita, prehrano, animacijo	18
do 1. februarja 2010 na naslov: Franci Koglot, dr. med., Bolnišnica Nova Gorica, 5290 Šempeter pri Gorici, T: 041 775 705, ali E: melitamakuc@gmail.com	tek 30 EUR, vsl. 50 EUR, skupaj tek in vsl. 60 EUR, spremljevalci 15 EUR na TR Zdravniško društvo IATROS, TR: 04750-0001224094	***
prijave in informacije: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	kotizacije ni	8
prijave: E: info@iahd-adriatic.org, branko.ravnak@siol.net, informacije: W: http://www.iahd-adriatic.org/diving-ast/ , Branko Ravnak, Alenka Fidler, T: 031 342 855, 031 625 729, E: branko.ravnak@siol.net	50 EUR do 25. 1. 2010, 60 EUR po 25. 1. 2010, 80 EUR na dan simpozija, za upokojene zdravnike in študente je kotizacija simbolična	***
prijave: ZD Trebnje, Goliev trg 3, 8210 Trebnje, informacije: Elizabeta Žlajpah, T: 041 319 578, Jožica Zupančič, T: 07 348 17 82	300 EUR	v postopku
informacije: Nikola Potočnik, dr. dent. med., Mestni trg 5, 3310 Žalec, T: 03 571 60 44, E: nikola.potocnik@siol.net	100 EUR na TRR: DZD Celje, 06000-0052407750, za Cedens	5

STROKOVNA SREČANJA

FEBRUAR

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
27. ob 9.00 • STROKOVNO SREČANJE ZDRAVNIKOV, KI DELAJO V DOMOVIH STAREJŠIH OBČANOV podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Krka, Dunajska 65, 1000 Ljubljana	ni podatka	srečanje zdravnikov družinske medicine, ki delajo v domovih starejših občanov	Sekcija mladih zdravnikov družinske medicine v soorganizaciji z Združenjem zdravnikov družinske medicine

MAREC

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
4. ob 8.00 • 6. SOOČENJE MNENJ SPECIALISTOV – INTERAKTIVNA KONFERENCA: OBRAVNAVA BOLNIKA Z ŽILNIMI BOLEZNIMI podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Dvorana Smelt, Dunajska 160	ni omejeno	interaktivna učna delavnica je namenjena vsem zdravnikom	Univerzitetni klinični center Ljubljana, KO za gastroenterologijo, Rado Janša
5. ob 9.00 • MANJ JE VEČ – MINIMALNO INVAZIVNA TERAPIJA V VSAKODNEVNI PRAKSI			
BRDO PRI KRANJU Kongresni center Brdo pri Kranju	ni omejeno	seminar je namenjen zobozdravnikom	Stomatološka sekcija SZD, Aleksandar Velkov, dr. dent. med.
5. ob 7.00 • ČETRTE ŠOLA O MELANOMU podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, stavba C, predavalnica	70	učna delavnica je namenjena specialistom in specializantom splošne medicine, medicine dela, prometa in športa, dermatologije, plastične in splošne kirurgije, internistične onkologije, radioterapije	Onkološki inštitut Ljubljana, Sekcija za internistično onkologijo SZD, doc. dr. Janja Ocvirk, dr. med.
5.–6. ob 12.30 • VI. ŠOLA ANTIKOAGULACIJSKEGA ZDRAVLJENJA			
LJUBLJANA Slovensko zdravniško društvo, Dalmatinova 10	25	podiplomski seminar je namenjen vsem zdravnikom	Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje in preprečevanje tromboemboličnih bolezni, Alenka Mavri
5.–6. ob 8.00 • 4. MEDNARODNO SREČANJE ZA REFRAKTIVNO MEDICINO			
LJUBLJANA Hotel Union, Miklošičeva 1	100	strokovno srečanje je namenjeno oftalmologom	Društvo za razvoj minimalno invazivne kirurgije, mag. Kristina Mikek, dr. med., Vesna Morela, dr. med.
6. • FLEBOLOŠKA ŠOLA – 2. STOPNJA podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA predavalnica na Dermatovenerološki kliniki	30	flebološka šola za zdravnike	UKC Ljubljana, Dermatovenerološka klinika
11.–13. ob 9.00 • XI. PODIPLOMSKA ŠOLA BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKA HIPERTENZIJA			
LJUBLJANA UKC Ljubljana, predavalnica 1	ni omejeno	podiplomska šola z učnimi delavnicami je namenjena zdravnikom splošne medicine, specializantom interne medicine, internistom	Slovensko zdravniško društvo, Slovensko nefrološko društvo, doc. dr. Damjan Kovač, dr. med.

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
informacije: E: marko.drescek@gmail.com	kotizacije ni	***

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave: KO za gastroenterologijo, Japljeva 2, 1000 Ljubljana, Melita Šušmelj, E: melita.susmelj@kclj.si, informacije: Rado Janša, Melita Šušmelj, T: 01 522 26 39, F: 01 433 41 90	kotizacije ni	***
informacije in prijave: Stomatološka sekcija SZD, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, Aleksandar Velkov, Katarina Jovanovič, T: 041 648 316, 041 703 347, F: 01 434 25 84, E: stomatoloska-sekcija.szd@ordinacija.net	150 EUR	***
informacije in prijave: Andreja Mavec, E: amavec@onko-i.si, prijava možna do 26. 2. 2010 (zadnji dan prijave)	kotizacije ni	***
prijave: W: www.trombo.net, informacije: Alenka Mavri, E: alenka@trombo.net, W: www.trombo.net	120 EUR	8
prijave: kmikek@morelaokulisti.si, informacije: mag. Kristina Mikek, dr. med., W: www.lj-refracitve.com, T: 01 510 23 40, F: 01 510 23 42	220/250 EUR oftalmologi, 100/150 EUR specializanti, 50 EUR medicinske sestre, zdravstveni tehniki, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	***
informacije in prijave: Verica Petrovič, tajnica Dermatovenerološke klinike KC, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, T: 01 522 42 80, F: 01 522 43 33, E: verica.petrovic@kclj.si	180 EUR, za specializante in sekundarije kotizacije ni	***
prijave: Klinični oddelek za nefrologijo, Hospitalni oddelek, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, informacije: doc. dr. Damjan Kovač, dr. med., doc. dr. Jelka Lindič, dr. med., prof. dr. Marko Malovrh, dr. med., asist. dr. Jernej Pajek, dr. med., T: 01 522 31 10, F: 01 522 24 08, E: damjan.kovac@kclj.si	200 EUR	***

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
12.–13. • XXVIII. PODIPLomsKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE: SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2 podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Univerzitetni klinični center Ljubljana	25	podiplomska šola je namenjena zdravnikom družinske/splošne medicine in tudi ostalim zainteresiranim zdravnikom	Univerzitetni klinični center Ljubljana, Interna klinika, KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni
12.–13. • UČNA DELAVNICA O TEŽKI INTUBACIJI – PODIPLomSKI SEMINAR podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Univerzitetni klinični center Ljubljana	50	podiplomski seminar	KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, Kirurška klinika, UKC Ljubljana in KO za pljučne bolezni in alergije, Interna klinika, UKC Ljubljana v sodelovanju s Slovenskim združenjem za anesteziologijo in intenzivno medicino SZD in Društvom za razvoj pulmologije
13. ob 8.00 • OTORINOLARINGOLOŠKI DAN 2010 podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Medicinska fakulteta Ljubljana, Korytkova ulica 2, srednja predavalnica	ni omejeno	podiplomski seminar je namenjen zdravnikom v osnovnem zdravstvu, otorinolaringologom	Klinika za ORL in CFK, UKC Ljubljana, Združenje otorinolaringologov Slovenije SZD, Medicinska fakulteta UL, prof. dr. Irena Hočevar Boltežar
18.–19. ob 9.00 • 45. PODIPLomSKI TEČAJ IZ KIRURGIJE – KIRURŠKI DNEVI podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA UKC Ljubljana, predavalnica 1	50	podiplomski tečaj je namenjen specializantom kirurgije, sekundarijem	Kirurška klinika, UKC Ljubljana, Združenje kirurgov Slovenije, asist. dr. Anže Kristan, dr. med.
19. ob 8.30 • PREKINITEV NOSEČNOSTI Z ZDRAVILI V 1. IN 2. TRIMESEČJU podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Predavalnica Ginekološke klinike, Šlajmerjeva 3	80	seminar je namenjen specialistom in specializantom ginekologije in porodništva, medicinskim sestram, babicam	UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, sodelujoči center SZO za raziskovanje in izobraževanje na področju reproduktivnega zdravja in Evropsko združenje za kontracepcijo in reproduktivno zdravje, Združenje za perinatalno medicino, SZD, Andreja Štolfa Gruntar, dr. med.
19.–20. ob 9.00 • MEDICINA V IZREDNIH RAZMERAH podroben program na spletni strani zbornice			
PORTOROŽ Kongresni center LifeClass (hotel Slovenija)	ni omejeno	podiplomski seminar je namenjen specializantom in specialistom splošne in družinske medicine, anesteziologije, urgentne medicine, vseh operativnih strok, organizatorjem zdravstvene službe v izrednih razmerah, diplomiranim zdravstvenikom in zdravstvenim tehnikom iz reševalnih postaj, PHE in iz urgentnih ambulant v bolnišnicah	Splošna in učna bolnišnica Celje, Medicinska fakulteta Ljubljana, Medicinska fakulteta Maribor, Društvo travmatologov Slovenije, Ministrstvo za zdravje RS, prof. dr. Radko Komadina, dr. med., svetnik, predstojnik Oddelka za raziskovalno delo in izobraževanje SB Celje
19.–20. ob 9.00 • 13. SCHROTTTOVI DNEVI			
LJUBLJANA Cankarjev dom, Linhartova dvorana	250	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske/splošne medicine, specializante, lekarniške farmacevte, zdravnike specialiste MDPŠ in ostale, ki jih vsebine zanimajo	Katedra za družinsko medicino, Združenje zdravnikov družinske medicine in Zavod za razvoj družinske medicine

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave: E: franc.mrevlje@kclj.si, informacije: T: 522 31 36 ali 522 28 37	kotizacije ni	***
prijave: ga. Sabina Perko, tajništvo, KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, Kirurška klinika, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, T/F: 01 522 22 34, E: sabina.perko@kclj.si	200 EUR + DDV (vključuje predavanja in vaje ter pisno gradivo)	***
prijave: E: tatjana.zeleznik@kclj.si, informacije: ga. Tatjana Železnik, dipl. ekon., E: tatjana.zeleznik@kclj.si, F: 01 522 48 15	100 EUR	v postopku
informacije in prijave: ga. Saša Rus, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Kirurška klinika, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 47 88, F: 01 522 22 09, E: sasa.rus@kclj.si	teoretični del 80 EUR, teoretični in praktični del 180 EUR	v postopku
informacije in prijave: UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Enota za raziskovalno delo, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, Martina Pečlin, T: 01 522 60 20, F: 01 439 75 90, E: martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si	specializanti, med. sestre, babice, zdravstveni delavci 20 EUR, specialisti 50 EUR	***
prijave in informacije: SB Celje, prof. dr. Radko Komadina, T: 03 423 30 96, F: 03 423 30 99, E: sbcrdi@guest.arnes.si	100 EUR (brez vštetege DDV)	v postopku
Katedra za družinsko medicino Ljubljana, Poljanski nasip 58, ga. Ana Artnak, T: 01 438 69 15 ali E: kdrmed@mf.uni-lj.si	250 EUR	v postopku

STROKOVNA SREČANJA

MAREC

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
26.–27. ob 16.00 • 21. ZBOR ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV SLOVENIJE			
OTOČEC konferenčna dvorana Šport hotela na Otočcu	250	srečanje je namenjeno zasebnim zdravnikom in zobozdravnikom	Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije in Zdravniška zbornica Slovenije
26.–27. ob 9.00 • INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2010 – NOVOSTI V INFEKTOLOGIJI, OKUŽBE PRI STAROSTNIKI podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA UKC Ljubljana, predavalnica 1	ni omejeno	simpozij je namenjen vsem zdravnikom	Sekcija za kemoterapijo SZD, Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo MF, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana, prof. dr. Bojana Beovič, dr. med.
26.–27. • 21. DNEVI REHABILITACIJSKE MEDICINE: Z DOKAZI PODPRTA REHABILITACIJA (EVIDENCE BASED REHABILITATION) podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Linhartova 51 (predavalnica v 4. nadstropju)	ni omejeno	strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom specialistom fizikalne in rehabilitacijske medicine, družinske medicine, ortopedije, travmatologije, nevrologije, specializantom, drugim zdravstvenim delavcem ter ostalim strokovnjakom s tega področja	Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Katedra za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, Medicinska fakulteta Ljubljana
26. –27. ob 15.00 • ASTMA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE S SPECIALIZIRANIMI UČNIMI DELAVNICAMI (Vzporedno bo potekala tudi Astma šola za sestre)			
LJUBLJANA Pediatrska klinika, Bohoričeva 20	30	šola je namenjena pediatrom	Pediatrska klinika, Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, asist. mag. Andreja Borinc Beden, dr. med.
26.–27. ob 16.00 • AKUTNI KORONARNI SINDROM V SLOVENIJI 2010 podroben program na spletni strani zbornice			
BLED Hotel Golf	ni omejeno	podiplomski simpozij je namenjen vsem zdravnikom	Društvo Akutni koronarni sindrom v Sloveniji, prof. dr. Marko Noč, dr. med.
26.–27. ob 8.00 • ODGOVORNOST V ZDRAVSTVU – 19. POSVETOVANJE MEDICINA IN PRAVO			
MARIBOR Univerza Maribor, Slomškov trg 15, Velika dvorana	ni omejeno	posvet in učna delavnica sta namenjena vsem zdravnikom in pravnikom ter študentom obeh strok	Zdravniško društvo Maribor in Pravniško društvo Maribor v sodelovanju z Univerzo Maribor, prim. Jelka Reberšek Grošek, dr. med.

APRIL

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
9.–10. ob 8.30 • ŠOLA URGENTNE NEVROLOGIJE			
ŠMARJEŠKE TOPLICE	45	delavnica s področja urgentne nevrologije je namenjena specialistom in specializantom družinske medicine, specializantom nevrologije, psihiatrije in interne medicine	Združenje nevrologov Slovenije, prof. dr. Anton Mesec, dr. med.
9.–10. • SIMPOZIJ O HRBTENICI			
LJUBLJANA Ortopedska klinika	ni omejeno	simpozij je namenjen fiziatrom, zdravnikom družinske medicine, ki se ukvarjajo s patologijo hrbtenice	Slovensko združenje za hrbtenico in Oddelek za ortopedsko kirurgijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana, doc. dr. Rok Vengust, dr. med

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave niso potrebne, rezervacijo za nočitev/večerjo pošljite neposredno na kraj dogodka, informacije: pisarna Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Vojkova 4, 1000 Ljubljana, T: 01 433 85 35, F: 01 439 76 00, in Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, T: 01 30 72 123	kotizacije ni	***
prijave: Tajništvo Klinike za infektivne bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, T: 01 522 42 20, 01 522 21 10, F: 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si	120 EUR z DDV	***
prijave in informacije: najpozneje do 22. marca 2010 : Ela Loparič, URI – Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 475 84 41, F: 01 437 65 89, E: ela.loparic@ir-rs.si	200 EUR (za oba dneva), 100 EUR (za en dan), 100 EUR (za specializante in sekundarije) - DDV je vključen	v postopku
informacije in prijave: Pediatrična klinika, Bohoričeva 20, Mihaela Jurčec, E: mihaela.jurcec@kclj.si	200 EUR	***
prijave: E: blaz.mrevlje@gmail.com, informacije: Marko Noč, Blaž Mrevlje, E: blaz.mrevlje@gmail.com, T: 041 665 627	kotizacije ni, udeleženci dobijo brezplačno pogostitev in Priporočila AKS - navodila 2010	***
informacije in prijave: UKC Maribor, Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, Jelka Reberšek Gorišek, Majda Petek, E: j.grosek@ukc-mb.si, T: 02 321 26 22, F: 02 321 26 57	200 EUR z DDV, za upokojene zdravnike in pravnike ter študente kotizacije ni	***

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave: Nevrološka klinika, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, Anka Žekš, informacije: Anka Žekš, T: 522 23 11, 522 30 37	kotizacije ni	***
prijave: W: www.spineslovenia.si, E: registration@cd-cc.si, Cankarjev dom, Kulturni in kongresni center, Prešernova 10, SI-1000 Ljubljana, Alenka Kregar, E: alenka.kregar@cd-cc.si, T: 386 1 2417 133, informacije: Ortopedska klinika, Irena Cotman, T: 386 1 522 41 74, F: 386 1 522 24 74, E: irena.cotman@kclj.si	300 EUR ob plačilu do 9. februarja 2010, kasneje 360 EUR, 150 EUR specializanti	***

STROKOVNA SREČANJA

APRIL

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
16. • OSNOVE OTROŠKE DERMATOLOGIJE I podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA UKC Ljubljana, Dermatovenerološka klinika	30	izobraževanje za pediatre in zdravnike družinske medicine	Dermatovenerološka klinika UKC Ljubljana
16.–17. ob 10.00 • 16. SLOVENSKI PARODONTOLOŠKI DNEVI			
BLED Festivalna dvorana	ni omejeno	strokovni seminar je namenjen vsem zobozdravnikom, zobnim asistentkam, zobnim tehnikom, ustnim higienikom	Združenje za ustne bolezni, parodontologijo in stomatološko implantologijo, SZD, akad. prof. dr. Uroš Skalerič, dr. dent. med.
16.–17. • XX. SREČANJE PEDIATROV V MARIBORU in VII. SREČANJE MEDICINSKIH SESTER V MARIBORU podroben program na spletni strani zbornice			
MARIBOR Kongresni center Habakuk	ni podatka	srečanje pediatrov in medicinskih sester	Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za pediatrijo, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Katedra za pediatrijo, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije
22.–23. • 3. DELAVNICA IN SIMPOZIJ O ZDRAVLJENJU RAKA DANKE			
LJUBLJANA	ni omejeno	delavnica in simpozij sta namenjena onkologom, radiologom, kirurgom	Onkološki inštitut Ljubljana, Sekcija za onkološko kirurgijo SZD, asist. mag. Ibrahim Edhemović, dr. med.
22.–23. ob 9.00 • 5. SIMPOZIJ O KRONIČNI RANI, OKUŽBI MEHKIH TKIV IN SKELETA Z MEDNARODNO UDELEŽBO			
PORTOROŽ Hotel Slovenija	180	simpozij (novosti v zdravljenju ran, okužb in biomedicinskega inženiringa tkiv) je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram	Klinični oddelek za kirurške okužbe, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, prof. dr. Dragica Maja Smrke, dr. med.

MAJ

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
7. ob 9.00 • 6. KOGOJEVI DNEVI – URGENTNA STANJA V DERMATOVENEROLOGIJI podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Hotel Mons	300	srečanje je namenjeno družinskim zdravnikom	Dermatovenerološka klinika Ljubljana, v. d. predstojnika Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med.
14.–15. ob 14.00 • BOLEZNI ŠČITNICE, PODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE			
LOGARSKA DOLINA Hotel Plesnik	30	strokovno izobraževanje za zdravnike	Slovensko združenje za nuklearno medicino, prof. dr. Sergej Hojker, dr. med.
20. ob 8.30 • I. STIKI ZDRAVSTVENE NEGE: ZDRAVSTVENA NEGA V OKOLJU, KI ZAGOTAVLJA VARNO IN KAKOVOSTNO OBRAVNAVO BOLNIKA			
CELJE Celjski dom, Krekov trg 3	ni omejeno	seminar z mednarodno udeležbo je namenjen medicinskim sestram in zdravnikom	Visoka zdravstvena šola v Celju, doc. dr. Zlatka Felc

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
informacije in prijave: Verica Petrovič, Dermatovenerološka klinika, UKCL, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, T: 01 522 42 80, E: verica.petrovic@kclj.si	180 EUR, TRR: številka 01100-6030277894, sklic na številko: - Osnove otroške dermatologije - 299 30 34 / 7204599	***
informacije in prijave: doc. dr. Rok Gašperšič, Center za ustne bolezni in parodontologijo, Stomatološka klinika, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana, T: 01 522 4998, 041 338 705, E: rok.gaspersic@mf.uni-lj.si, rezervacija prenočišč: Albatros Bled, T: 04 57 80 350, F: 04 57 80 355, E: info@albatros-bled.com	250 EUR (zobozdravniki), 150 EUR (zobne asistentke, tehniki, ustni higieniki), za študente kotizacije ni	***
informacije in prijave: glej program na spletni strani zbornice	glej program na spletni strani zbornice	***
prijave: Kongres, d.o.o., C. Dolomitskega odreda 44, 1000 Ljubljana, informacije: Mojca Sojar, W: www.kongres.si, T: 05 901 22 85, E: info@kongres.si	250 EUR	***
prijave: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za kirurške okužbe, Njegoševa ulica 4, 1000 Ljubljana, E: tajnistvo.koko@kclj.si, informacije: Spletno stran za konferenco najdete: spletna stran UKC LJ – kirurška klinika, klinični oddelek za kirurške okužbe ali W: http://www3.kclj.si/index.php?m=3&s=10&odd=0&o=1 ali www.sasma.si , Janja Nikolič in Nataša Klemenčič, T: 01 522 24 20, 01 522 23 19, F: 01 522 23 98	350 EUR za zdravnike, 250 EUR za medicinske sestre	***

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
informacije: Verica Petrovič, Dermatovenerološka klinika Ljubljana, tajništvo, T: 01 522 42 80, F: 01 522 43 33, E: verica.petrovic@kclj.si	180 EUR do 10. 4. 2010, nato 230 EUR, za specializante in sekundarije kotizacije ni	***
informacije in prijave: doc. dr. Simona Gaberšček, dr. med., Slovensko združenje za nuklearno medicino, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 051 687 352, F: 01 522 22 37, E: simona.gaberscek@kclj.si	100 EUR	***
prijave: info@vzsce.si, Jerneja Kronovšek, T: 03 428 79 00, F: 03 428 79 06, E: info@vzsce.si, informacije: Visoka zdravstvena šola v Celju, Mariborska cesta 7, 3000 Celje, Jerneja Kronovšek, T: 03 428 79 00, F: 03 428 79 06, E: info@vzsce.si	80 EUR	v postopku

STROKOVNA SREČANJA

MAJ

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
21.–22. • 36. SREČANJE DELOVNIH SKUPIN: KAKOVOSTNA OBRAVNAVA BOLNIKA V DRUŽINSKI MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Dvorana GIO, Dunajska 160	ni podatka	srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom in fizioterapevtom, ki sestavljajo strokovno skupino v osnovnem zdravstvu. Program je oblikovan s posebnim poudarkom na skupinskem pristopu k reševanju obravnavanih vsebin v obliki predavanj in delavnic	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
21.–22. • 28. RADENSKI DNEVI			
RADENCI Hotel Radin, Terme Radenci d.o.o., Zdraviliško nas. 12, 9252 Radenci. Rezervacije: T: 02 520 27 20, 02 520 27 22 F: 02 520 27 23, E: info@terme-radenci.si	120-150	redno letno srečanje Združenja kardiologov Slovenije z mednarodno udeležbo. Glavna tema: Farmakoterapija v srčno-žilni medicini, dva skupna simpozija z ESC: akutni koronarni sindrom, srčno popuščanje, proste teme. Srečanje je namenjeno kardiologom, internistom, zdravnikom splošne/ družinske medicine, ostalim specialistom	Združenje kardiologov Slovenije, prof. dr. Miran F. Kenda, dr. med.
22. • IX. MEDNARODNI MEDICINSKI DUATLON IN VII. POLETNI MEDICINSKI TEK			
BRDO PRI KRANJU	ni omejeno	športna prireditev za zdravnike	prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat

JUNIJ

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
4. ob 9.00 • REHABILITACIJA NEKOČ, DANES IN JUTRI – 50. OBLETNICA USTANOVITVE INŠTITUTA ZA FIZIKALNO IN REHABILITACIJSKO MEDICINO UKC MARIBOR podroben program na spletni strani zbornice			
MARIBOR Univerza v Mariboru, Slomškov trg 15, velika predavalnica	ni podatka	strokovno srečanje	UKC Maribor, Inštitut za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, Univerza Maribor, Medicinska fakulteta, Katedra za fizikalno in rehabilitacijsko medicino
4.–5. ob 9.00 • 35. SREČANJE STOMATOLOGOV SLOVENIJE »IZ PRAKSE ZA PRAKSO« IN 5. KONGRES STOMATOLOGOV SLOVENIJE			
PORTOROŽ Avditorij	ni omejeno	strokovno izpopolnjevanje je namenjeno zobozdravnikom	Stomatološka sekcija SZD, Aleksandar Velkov, dr. dent. med.

JULIJ

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
4.–7. • ESM 2010 – 31. LETNI KONGRES EVROPSKEGA ZDRUŽENJA ZA MIKOBakteriologijo			
BLED Hotel Golf	200–250	ni podatka	Evropsko združenje za mikobakteriologijo, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Golnik, Univerza v Ljubljani, Veterinarska fakulteta

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

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave: Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si. Prijavnica mora vsebovati podatke o plačniku (ime, sedež, davčna številka, davčni zavezanec da/ne), na podlagi prijavnice vam bo računovodstvo Zavoda za razvoj družinske medicine poslalo račun. Informacije: asist. mag. Nena Kopčavar Guček, dr. med., T: 01 200 45 00, in asist. mag. Davorina Petek, dr. med., T: 01 436 82 17. Prijavnica in informacije tudi na W: http://www.drmed.org	kotizacija (DDV ni vključen) za udeležbo na predavanjih za zdravnike znaša 160 EUR, za medicinske sestre in zdravstvene tehnike 110 EUR. Pri zgodnji prijavi zdravnika in medicinske sestre istega tima do 30. 4. 2010 je kotizacija 200 EUR	v postopku
prijave: Združenje kardiologov Slovenije, Ul. stare pravde 6, 1000 Ljubljana, ga. Saša Radelj, informacije: T: 01 43 42 100, F: 01 43 42 101, E: sasa.radelj@kclj.si	300 EUR, 150 EUR za sekundarije, med. sestre in zdrav. teh, na srečanju samem 350 EUR oz. 200 EUR, za upokojene člane Združenja kardiologov Slovenije in študente kotizacije ni	***
informacije: prof. dr. Milivoj Veličković Perat, T: 031 318 161, E: mvelickovicp@guest.arnes.si	ni podatka	***

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
informacije: UKC Mb, Inštitut za rehabilitacijo, prim. dr. Zmago Turk, dr. med., E: zmago.turk@ukc-mb.si	80 EUR	***
informacije in prijave: Stomatološka sekcija SZD, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, Aleksandar Velkov, Katarina Jovanovič, T: 041 648 316, 041 703 347, F: 01 434 25 84, E: stomatoloska-sekcija.szd@ordinacija.net	150 EUR	***

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
Informacije in prijave: Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, F: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si , W: http://www.klinika-golnik.si/ESM2010/	ni podatka	v postopku



Uredništvu revije Isis
Dalmatinova 10
p.p. 1630
1001 Ljubljana

faks: 01 30 72 109



V reviji Isis želimo objaviti priloženo obvestilo o strokovni prireditvi.

Prvo obvestilo želimo objaviti v _____ številki Izide.

Ustrezni program strokovnega srečanja naj bo objavljen na spletni strani zbornice.

Datum prireditve _____ Začetek, ura _____

Kraj _____

Prostor, kjer bo prireditev _____

Naslov strokovnega srečanja _____

Število poslušalcev _____ (če je določeno) _____ (neomejeno)

Vsebina in vrsta strokovne prireditve (podiplomski seminar, posvet, učna delavnica...)

Komu je namenjena (vsem zdravnikom, zdravnikom v osnovnem zdravstvu, kirurgom, internistom...)

Organizator (medicinska fakulteta, klinika, sekcija Slovenskega zdravniškega društva...)

Predstavniki ali strokovni vodja _____

Naslov za pošiljanje prijav _____

Informacije, kontaktne osebe _____

Njihove tel. številke in št. faksa _____

Višina kotizacije _____

Brezplačna kotizacija da ne za upokojene zdravnike in študente _____

MALI OGLASI

**ZDRAVSTVENI DOM –
ZOBOZDRAVSTVENO
VARSTVO NOVA GORICA**

zaposli

**zobozdravnika specialista čeljustne
in zobne ortopedije (m/ž)**

Pogoji:

- končana medinska fakulteta, oddelek za dentalno medicino;
- opravljeno pripravništvo in strokovni izpit;
- specialistični izpit iz čeljustne in zobne ortopedije;
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije;
- potrdilo zbornice, da je zobozdravnik vpisan v register zdravnikov RS, kot to veleva Zakon;
- aktivno znanje slovenskega jezika, pasivno znanje enega tujega jezika;
- slovensko državljansko ali

dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji;

- vozniški izpit B-kategorije;
- poskusno delo 6 mesecev;
- znanje uporabe računalnika in osnovnih pisarniški računalniških programov (Word, Excel).

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas s polnim delovnim časom za potrebe ortodontije. Nastop dela po dogovoru. Nudimo tudi kadrovske stanovanje!

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju razpisanih pogojev pošljite na naslov: Zdravstveni dom – zobozdravstveno varstvo Nova Gorica, Gradnikove brigade 7, 5000 Nova Gorica.

**ZASEBNA ZOBNA
ORDINACIJA
DR. NINO KNEZ, D.O.O.**

pogodbeno ali za določen čas zaposli
zobozdravnika (dr. dent. med.) (m/ž)

Pogoji:

- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- soglasje delodajalca,
- samostojnost in izkušnost pri delu.

Prijave: Dr. Nino Knez, d.o.o., Majorja Lavriča 12, Ljubljana, T: 040 292 347, E: vilma.knez@gmail.com

PRODAM

- zobno ambulanto, primerno za specialistično dejavnost, velikost 90 m² (3 delovna mesta), opremljeno, z vsemi potrebnimi dovoljenji, parkirišče;
- zdravstveno ambulanto, primerno za specialistično kirurško, ginekološko in dermatološko dejavnost, velikost 135 m², z vsemi potrebnimi dovoljenji, parkirišče.

Informacije: Simed, d. o. o., E: simed@siol.net

**ZDRAVNIK SPECIALIST
ANESTEZIOLOGIJE IN
REANIMATOLOGIJE (m/ž)**

- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice**; nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice, Černelčeva 15, 8250 Brežice; rok prijave 15 dni
- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje**; nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje; rok prijave 30 dni

**ZDRAVNIK SPECIALIZANT
ANESTEZIOLOGIJE IN
REANIMATOLOGIJE (m/ž)**

- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje**; nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje; rok prijave 30 dni

**ZDRAVNIK SPECIALIST
EPIDEMIOLOGIJE (m/ž)**

- **Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana**, lahko tudi specialist javnega zdravja ali specialist splošne/

družinske medicine ali specialist infektologije, za opravljanje dejavnosti cepljenja, preučevanja nalezljivih bolezni in epidemij, dejavnost antirabične ambulante, svetovanje potnikom pred potovanji; nedoločen čas; Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, Zaloška cesta 29, 1000 Ljubljana; rok prijave 15 dni

**ZDRAVNIK SPECIALIST
DRUŽINSKE/SPLOŠNE
MEDICINE (m/ž)**

- **Zdravstveni dom Izola**, lahko tudi specialist pediatrije oz. šolske medicine; nedoločen čas; Zdravstveni dom Izola,

Kadrovska služba, Oktobrske revolucije 11, 6310 Izola, T: 05 663 50 53; rok prijave 8 dni

- **Zdravstveni dom Logatec**, ambulanta splošne medicine in ambulanta za nujno medicinsko pomoč; lahko tudi zdravnik po končanem sekundarijatu; nedoločen čas; Zdravstveni dom Logatec, Notranjska 2, 1370 Logatec; rok prijave 15 dni
- **Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor**, služba splošne medicinske dejavnosti; nedoločen čas; Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Služba za pravne in kadrovske zadeve, Ul. talcev 9, 2000 Maribor, T: 02 228 62 59; rok prijave 15 dni
- **Zdravstveni dom Osnovno varstvo Nova Gorica**, urgentna ambulanta; nedoločen čas; Zdravstveni dom Osnovno varstvo Nova Gorica, Rejčeva ulica 4, 5000 Nova Gorica; rok prijave 15 dni
- **Javni zavod Zdravstveni dom Ptuj**, lahko tudi specialist šolske medicine ali pediatrije; nedoločen čas; JZ Zdravstveni dom Ptuj, Potrčeva 19 a, 2250 Ptuj; rok prijave 30 dni
- **Javni zavod Zdravstveni dom Radeče**, opravljen podiplomski tečaj iz varstva otrok in žena; nedoločen čas; Javni zavod Zdravstveni dom Radeče, Ulica OF 8, 1433 Radeče, direktorica Ingrid Kus Sotošek, dr. med., T: 03 568 02 00
- **Zdravstveni dom dr. Janeza Oražma Ribnica**, ambulanta v socialnovarstvenem zavodu in splošna ambulanta v Ribnici in Loškem Potoku; nedoločen čas; Zdravstveni dom dr. Janeza Oražma Ribnica, Majnikova ulica 1, 1310 Ribnica
- **Zdravstveni dom dr. Janeza Oražma Ribnica**, delo v splošni ambulanti v Zdravstveni postaji Sodražica; nedoločen čas; Zdravstveni dom dr. Janeza Oražma Ribnica, Majnikova ulica 1, 1310 Ribnica
- **Zdravstveni dom Sevnica**, lahko tudi specializant družinske medicine z opravljenim licenčnim izpitom; nedoločen čas; Zdravstveni dom Sevnica, Trg svobode 14, 8290 Sevnica, direktorica Vladimira Tomšič, T: 07 816 15 00
- **Zdravstveni dom Slovenska Bistrica**, lahko tudi zdravnik; nedoločen čas;

Zdravstveni dom Slovenska Bistrica, Partizanska ulica 30, 2310 Slovenska Bistrica; rok prijave 30 dni

- **Zdravstveni dom Šmarje pri Jelšah, ZP Rogaska Slatina**; nedoločen čas; Zdravstveni dom Šmarje pri Jelšah, Celjska cesta 16, 3240 Šmarje pri Jelšah, direktorica Irena Nunčič, univ. dipl. ekon., univ. dipl. prav., T: 03 818 37 30; rok prijave 30 dni
- **Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj, OE Zdravstveni dom Škofja Loka**; lahko tudi specializant družinske medicine ali zdravnik brez specializacije po opravljenem sekundarijatu; nedoločen čas; Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Škofja Loka, Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka; rok prijave do zasedbe razpisnega delovnega mesta
- **Zdravstveni dom Trbovlje**, tri prosta delovna mesta, lahko tudi zdravnik po končanem sekundarijatu; Zdravstveni dom Trbovlje, Kadrovska služba, Rudarska cesta 12, 1420 Trbovlje; rok prijave 8 dni
- **Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj, OE Zdravstveni dom Tržič**, ambulanta splošne/družinske medicine s stalno populacijo in občasno ambulanta nujne medicinske pomoči; lahko tudi zdravnik z opravljenim sekundarijatom oziroma v fazi zaključevanja sekundarijata in licenčnim izpitom; nedoločen čas; OZG, OE Zdravstveni dom Tržič, Blejska cesta 10, 4290 Tržič, ali E: tajnistvo@zd-trzic.si; rok prijave do zasedbe delovnega mesta

ZDRAVNIK SPECIALIZANT DRUŽINSKE MEDICINE (m/ž)

- **Javni zavod Zdravstveni dom Radeče**, lahko specializant pediatrije; nedoločen čas; Javni zavod Zdravstveni dom Radeče, Ulica OF 8, 1433 Radeče, direktorica Ingrid Kus Sotošek, dr. med., T: 03 568 02 00

ZDRAVNIK SPECIALIST GINEKOLOGIJE IN PORODNIŠTVA (m/ž)

- **Zdravstveni dom dr. Božidarja Lavriča Cerknica**; polni delovni čas ali vsaj 28 ur tedensko; Zdravstveni dom dr. Božidarja Lavriča Cerknica, Cesta 4. maja 17, 1380 Cerknica, T: 051 601 313
- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje**; nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje; rok prijave 30 dni

ZDRAVNIK SPECIALIZANT GINEKOLOGIJE IN PORODNIŠTVA (m/ž)

- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje**; nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje; rok prijave 30 dni

ZDRAVNIK SPECIALIST INTERNE MEDICINE (m/ž)

- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice**; nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice, Černelčeva 15, 8250 Brežice; rok prijave 15 dni
- **Splošna bolnišnica Izola**, delo na področju revmatološke dejavnosti; nedoločen čas; Splošna bolnišnica Izola, Polje 35, 6310 Izola; rok prijave do 15. 2. 2010
- **Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj**, lahko tudi specializant interne medicine (za določen čas); nedoločen čas; Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, Potrčeva cesta 23, 2250 Ptuj; rok prijave 8 dni;
- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje**; nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje; rok prijave 30 dni

ZDRAVNIK SPECIALIZANT INTERNE MEDICINE (m/ž)

- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje;** nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje; rok prijave 30 dni

ZDRAVNIK SPECIALIST MEDICINE DELA, PROMETA IN ŠPORTA (m/ž)

- **Zdravstveni dom Krško,** za delo v dispanzerju MDPŠ; nedoločen čas, nastop dela po dogovoru; Zdravstveni dom Krško, Cesta krških žrtev 132c, 8270 Krško; rok prijave do zasedbe razpisanega delovnega mesta
- **Zdravstveni dom Slovenska Bistrica;** nedoločen čas; Zdravstveni dom Slovenska Bistrica, Partizanska ulica 30, 2310 Slovenska Bistrica; rok prijave 30 dni

ZDRAVNIK SPECIALIZANT MEDICINE DELA, PROMETA IN ŠPORTA (m/ž)

- **Zdravstveni dom Krško,** za delo v dispanzerju MDPŠ; nedoločen čas, nastop dela po dogovoru; Zdravstveni dom Krško, Cesta krških žrtev 132c, 8270 Krško; rok prijave do zasedbe razpisanega delovnega mesta

ZDRAVNIK SPECIALIST OFTALMOLOGIJE (m/ž)

- **Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor,** služba za skupne potrebe OE MDPŠ; nedoločen čas; Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Služba za pravne in kadrovske zadeve, Ul. talcev 9, 2000 Maribor, T: 02 228 62 59; rok prijave 15 dni

ZDRAVNIK SPECIALIST PEDIATRIJE (m/ž)

- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice;** nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice, Černelčeva 15, 8250 Brežice; rok prijave 15 dni
- **Zdravstveni dom Celje,** dispanzer za predšolske otroke; nedoločen čas; Zdravstveni dom Celje, Uprava, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, s pripisom: za razpis, T: 03 543 42 70, Mojca Jereb Kosí, dr. med.; rok za prijave 15 dni
- **Zdravstveni dom dr. Božidarja Lavriča Cerknica;** nedoločen čas; Zdravstveni dom dr. Božidarja Lavriča Cerknica, Cesta 4. maja 17, 1380 Cerknica, T: 051 601 313
- **Zdravstveni dom Logatec;** določen čas 12 mesecev; Zdravstveni dom Logatec, Notranjska 2, 1370 Logatec; rok prijave 15 dni
- **Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, OE Varstvo otrok in mladine;** nedoločen čas; Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Služba za pravne in kadrovske zadeve, Ul. talcev 9, 2000 Maribor, T: 02 228 62 59; rok prijave 15 dni
- **Javni zavod Zdravstveni dom Radeče;** nedoločen čas; Javni zavod Zdravstveni dom Radeče, Ulica OF 8, 1433 Radeče, direktorica Ingrid Kus Sotošek, dr. med., T: 03 568 02 00
- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje;** nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje; rok prijave 30 dni

ZDRAVNIK SPECIALIZANT PEDIATRIJE (m/ž)

- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje;** nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje; rok prijave 30 dni

ZDRAVNIK SPECIALIST PULMOLOGIJE (m/ž)

- **Zdravstveni dom dr. Božidarja Lavriča Cerknica,** lahko tudi specialist interne medicine z dodatno usposobitvijo iz pulmologije; za poln delovni čas ali vsaj 15 ur na teden; Zdravstveni dom dr. Božidarja Lavriča Cerknica, Cesta 4. maja 17, 1380 Cerknica; T: 051 601 313
- **Zdravstveni dom Domžale,** lahko tudi specialist interne medicine z dodatno usposobitvijo iz pulmologije; nedoločen čas; Zdravstveni dom Domžale, Mestni trg 2, 1230 Domžale; rok prijave do zasedbe prostega delovnega mesta

ZDRAVNIK SPECIALIST PSIHIIATRIJE (m/ž)

- **Javni zdravstveni zavod Psihiatrična bolnišnica Idrija;** (dve delovni mesti) lahko tudi zdravnik brez specializacije z licenco; nedoločen čas; Psihiatrična bolnišnica Idrija, Služba za kadre in organizacijo, Pot sv. Antona 49, 5280 Idrija, z oznako »za razpis delovnega mesta«; rok prijave 15 dni

ZDRAVNIK SPECIALIST RADIOLOGIJE (m/ž)

- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice;** nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice, Černelčeva 15, 8250 Brežice; rok prijave 15 dni
- **Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor,** služba za skupne potrebe OE MDPŠ; nedoločen čas; Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Služba za pravne in kadrovske zadeve, Ul. talcev 9, 2000 Maribor, T: 02 228 62 59; rok prijave 15 dni
- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje;** nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje; rok prijave 30 dni

DELOVNA MESTA

ZDRAVNIK SPECIALIZANT RADIOLOGIJE (m/ž)

- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje**; nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje; rok prijave 30 dni

ZDRAVNIK SPECIALIST SPLOŠNE KIRURGIJE (m/ž)

- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice**; nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice, Černelčeva 15, 8250 Brežice; rok prijave 15 dni
- **Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj**; nedoločen čas; Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, Potrčeva cesta 23, 2250 Ptuj; rok prijave 8 dni

ZDRAVNIK SPLOŠNE MEDICINE (m/ž)

- **Javni zavod Zdravstveni dom Ptuj**, lahko tudi zdravnik specialista splošne/družinske medicine; nedoločen čas; JZ Zdravstveni dom Ptuj, Potrčeva 19 a, 2250 Ptuj; rok prijave 30 dni

ZDRAVNIK Z OPRAVLJENIM PROGRAMOM SEKUNDARIJATA IN OPRAVLJENIM LICENČNIM IZPITOM (m/ž)

- **Javni zavod Zdravstveni dom Radeče**; nedoločen čas; Javni zavod Zdravstveni dom Radeče, Ulica OF 8, 1433 Radeče, direktorica Ingrid Kus Sotošek, dr. med., T: 03 568 02 00

ZOBOZDRAVNIK SPECIALIST ČELJUSTNE IN ZOBNE ORTOPEDIJE (m/ž)

- **Zdravstveni dom dr. Božidarja Lavriča Cerknica**, za polovični delovni čas; Zdravstveni dom dr. Božidarja Lavriča Cerknica, Cesta 4. maja 17, 1380 Cerknica, T: 051 601 313

ZOBOZDRAVNIK SPECIALIST OTROŠKEGA IN PREVENTIVNEGA ZOBOZDRAVSTVA (m/ž)

- **Zdravstveni dom Laško**, lahko tudi zobozdravnik (določen čas – nadomeščanje v času porodniškega dopusta); nedoločen čas; Zdravstveni dom Laško, Kidričeva 5 b, 3270, informacije T: 03 734 36 00, direktor Marko Ratej, dr. med.; rok prijave 15 dni

ZOBOZDRAVNIK SPECIALIST PARODONTOLOGIJE (m/ž)

- **Javni zavod Zdravstveni dom Ptuj**; nedoločen čas; JZ Zdravstveni dom Ptuj, Potrčeva 19 a, 2250 Ptuj; rok prijave 30 dni

ZOBOZDRAVNIK SPECIALIST PROTETIKE (m/ž)

- **Javni zavod Zdravstveni dom Ptuj**; nedoločen čas; JZ Zdravstveni dom Ptuj, Potrčeva 19 a, 2250 Ptuj; rok prijave 30 dni

ZOBOZDRAVNIK (m/ž)

- **Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik**, ambulanta za odrasle; določen čas (od 1. 1. 2010 do 31. 1. 2011) – nadomeščanje za čas bolniškega in porodniškega dopusta; Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik, »Za razpis«, Novi trg 26, 1241 Kamnik; rok prijave 15 dni
- **Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj, OE Zdravstveni dom Škofja Loka**; določen čas (nadomeščanje med porodniškim dopustom) v šolski zobni ambulanti; Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Škofja Loka, Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka; rok prijave do zasedbe razpisane delovnega mesta

LOGOPED – univ. dipl. defektolog (m/ž)

- **Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj, OE Zdravstveni dom Škofja Loka**; nedoločen čas; Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Škofja Loka, Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka; rok prijave do zasedbe razpisane delovnega mesta

Cenik malih oglasov

- razpisi za delovna mesta v enotni obliki - brezplačno
- razpisi za delovna mesta (oglas): 98 EUR, za člane ZZS 50 odstotkov popusta
- oddaja poslovnih prostorov - ordinacij: 98 EUR, za člane ZZS 50 odstotkov popusta
- ostali mali oglasi (prodaja instrumentov, avtomobilov): 135 EUR, za člane ZZS 50 odstotkov popusta
- novoletne in druge osebne čestitke: v okvirčku 1/6 strani 195 EUR, za člane ZZS 50 odstotkov popusta.
20-odstotni DDV ni vračunan v ceno

Ali sem morala biti zdravnica?

Draženka Latinovič

Ali sem morala biti zdravnica,
čeprav sem se v duši
dolgo otepala in bala
tega poklica?

Ali sem morala biti zdravnica,
da bi se me kljub upiranju in dvomom
vendarle dotaknila Božja resnica?

Ali sem morala biti zdravnica,
da bi se na koncu z manj strahu,
togote, grenkobe in z veseljem lotila
tega zahtevnega poklica?

Ali sem morala postati zdravnica,
da bi se kaj sama naučila iz tega
težko predvidljivega poklica?

Ali sem morala dneve in noči
delati kot zdravnica,
da ugotovim, da se
pri zdravju in boleznih
ljudem ne godi pravica?

Ali sem morala čez trnje in skale
tega poklica priti do rajskega vrta
zdravja in bogastva,
ki ju svetu ponuja
le Stvarnikova resnica?

Ali sem morala čez vse hribe
in doline tega poklica,
da dojamem na koncu,
da je le v ljubezni skrita resnica?

Zdaj se mi zdi,
kot da bi vse že prej vedela,
kot petletna deklica,
ko sem v naročju staršev
poslušala nočno petje črička
in ob poletnem dežju opazovala,
kako nebo in zemljo
ljubeče objema mavrica.

Ne želim

Draženka Latinovič

*Ne želim vojne
ne z
ognjenim
ne s
kemičnim
ne z
biološkim
ne z
jedrskim
ne z
ročnim
ne s
hladnim orožjem.*

*Ne vojne z
ostrim jezikom
ne z
zabrbtanim pogledom,
ker vse vojne
zadajajo
bolečine
in rane,
vidne in nevidne
zunanje
notranje
krvaveče
velike
in male
globoke*

*in plitke
začasne
in trajne
hude
pekoče
žgoče
neznosne
smrtne.
Vse se
začnejo
in jih
zanetijo
oko
jezik
um*

*in srce
in jih
sprožijo
podivjana
čustva
v ljudeh,
ki ne čutijo
miru v svoji
notranjosti
in lepote
okoli sebe.
Takšni hladneži
sebični ošabneži
podžigajo požare
sovraštva in*

*smrti,
ker še ne poznajo
in ne ljubijo
Stvarnika.
Ne želim,
da ne bi znala brzdati
misli
jezika
besed
korakov
in svojih rok,
da ne bi povzročila
vojne.*



Čuden je ta svet, kdo ga bo rešil?

Draženka Latinović

Čuden je ta svet,
po eni strani lep,
po drugi grozeče prepleten splet,
odkar se ga vse več prilašča
nesramno zlorabljen internet.

Uničevalen in
nevaren je
virtualnih igric,
prihajajoč kontingent,
ki mladim ljudem
jemlje čustva in pamet.

»Hudobni« se je
vtihotapil in
ugnezdil močno
v družinski svet,
da se ne sliši več
ne staršev in zakoncev duet
ne družinski trio,
kvartet, kvintet,
kaj šele oglašen oktet.

Res čuden in
ničvreden
postaja ta svet,
ko mu je brezglavi,
hudo pohlepni,
globalni in lokalni,
zahodnjaški
in vzhodnjaški,
domači in tuji,
izkoriščevalski »jet set«,
vdihnil ta žar,
da na vse živo gleda
le skozi denar.

Znan hudobni striček,
ta Nenasitni Dobiček,
je obrnil ves svet
na glavo, želeč
le sebi slavo.

Pa vendar ni vse tako črno,
dokler je upanja
vsaj gorčično zrno.

Ko se ustaviš,
globoko vdihneš in
preiščeš
duhovno navdihnjeni,
bogati biblijski svet,
se ozreš do neba
in dna morja,
občutiš in ugotoviš,
da bo le Stvarnik znal rešiti
ta prelepi planet.

Ko se bo stopila
in demontirala vsaka nuklearna
in druga bojna glava,
ubijalskega orožja
utihnila sramotna slava,
bo spet zadihala svobode,
miru in ljubezni popolna
Božja sprava
in bo nekoč
ta čuden svet
postal resničen
rajski planet.

Vsak dih

Draženka Latinović

Vsak dih
nas veže s Teboj,
naš Stvarnik.
Vsak srčni utrip,
vsak korak,
vsak pogled,
vsak dotik,
vsaka misel,
vsak čut
in vsaka beseda,
pa se žal tega
ne zavedamo.

Vse to si nam
Ti dal, podaril
iz svoje bogate,
neusahljive zakladnice,
mi pa mislimo,
da smo za to
zaslužni sami
in da je to
vse samoumevno.

Ti pa tako dolgo
in potrpežljivo čakaš,
da se nam posveti,
da nam klikne,
da končno dojamemo,
da se spametujemo
in se vrnemo k Tebi,
prežeti s hvaležnostjo.

Vsak naš dih
je tudi Tvoj
kakor zrak,
ki si ga Ti ustvaril.

Zaradi Tebe
se vsak naš dih zlije
z dihom celega vesolja.
Ti to od nekdanj več,
a mi vsi še ne.

Prišel bo dan,
in pokazal,
da Tvoje čakanje
ni bilo zaman.
Nekega dne pa
bo preskočila iskra
spoznanja in se
dotaknila vsakega
Zemljana.

Takrat nam bo
vsem jasno
kot beli dan,
da je naš
vsak dih
s Tvojo
ljubeznijo
obdan.

Imeli smo priložnost, da si v slovesnem vzdušju zaželimmo vse dobro

Barba Štemberger Zupan

Božično-novoletna prireditev za bolnike v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani (UKC) je bila zaključno dejanje KUD-a in njegove Likovne sekcije v letu 2009. Stene so krasile barvite slike najboljših del zadnjega ustvarjalnega leta likovnikov Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher (KUD KC MF). Komorni deklški zbor Škofijske klasične gimnazije Ljubljana je s svojim nastopom ustvaril praznik. Ta je bil tokrat prav poseben, saj so bili prisotni minister za zdravje Borut Miklavčič z avstrijsko zdravstveno delegacijo, avstrijski veleposlanik v Sloveniji dr. Erwin Kubesch, generalni direktor UKC mag. Simon Vrhunec in glavna medicinska sestra UKC Erna Kos Grabnar. Minister je nagovoril bolnike, njihove svojce, organizatorje prireditve in vse prisotne z lepimi željami za prihajajoče leto. Njegovemu nagovoru se je s kratkim pozdravom pridružil tudi avstrijski veleposlanik, ki je spremljal obisk koroške zdravstvene delegacije.

Predsednica KUD-a prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., ki je prireditev organizirala in povezovala, je v uvodnem nagovoru ponovno poudarila pomen humanizacije zdravstva. V imenu društva in osebnem imenu je izrekla tudi toplo božično-novoletno voščilo. Besedo je prepustila župniku UKC Miru Šlibarju, ki je prenesel sporočilo betlehemske luči ter pozval vse, da prižgejo lučko v srcu za vsakega od nas, za zdravje in srečo, za medsebojno razumevanje.

Glasba, ki boža

Sledil je božični koncert deklškega komornega zbora Škofijske klasične gimnazije Ljubljana pod vodstvom dirigentke prof. Helene Fojkar Zupančič. Na klavirju jih je spremljala Kristina Mikelj. Zbor je eden izmed petih, ki delujejo na šoli. Njihov zadnji največji uspeh pa je zmaga na prestižnem tekmovanju *Let the Peoples sing* oktobra 2009 v Oslu na Norveškem. Brezhibno so zapele deset pesmi, njihovo delovanje pa je predstavila zborovodkinja. Mladostni član štiridesetglavega zbora samih gimnazijskih deklet, odetih v črno-rdeča oblačila, je objel vse zbrane, priklical spomine na mlada leta, brezskrbnost, predpraznični čas, idilo, ki se le še redko srečuje. Njihovo blagoglasno petje je božalo, kot bolnike božajo pomirjajoče besede njihovih zdravnikov, pridne roke medicinskih sester ali tolažeči glas bolniškega župnika. V bolnišnici so pričarale božični čas.

Lastna likovna govorica članov Likovne sekcije KUD-a KC in MF

Ob božičnem koncertu smo resnično uživali, pogledi pa so nam ostajali na slikah, ki so gosto viseče krasile galerijske stene. Predsednik Likovne sekcije doc. dr. Tone Pačnik je s pohvalo devetinštiridesetim slikarjem odprl razstavo, a želel, da se bolniki in drugi zbrani predvsem sprostijo ob praznični glasbi. Vsak izmed slikarjev razstavljalcev je izobesil svoje najboljšo delo

Minister za zdravje Borut Miklavčič je na koncert pripeljal visoko avstrijsko zdravstveno delegacijo (foto: Biserka Komac).



ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

zadnjega leta oz. delo, ki ima zanj poseben pomen ali sporočilo. To se je odražalo v pestri paleti motivov iz narave, videli smo nekaj slik z abstraktnimi motivi, nekaj kolažev in fotografijo. V zimski sivini očem resnično prijajo sveže in močne barve, saj vplivajo na dobro razpoloženje in boljše počutje. Lepote in barvitosti motivov, ki jih večina obiskovalcev galerije obhodi mimogrede, so slikarji uprizorili v svojem videnju, razmišljanju in občutenju, v svoji lastni likovni govorici.

Doc. dr. Tone Pačnik, predsednik Likovne sekcije KUD-a, je v vabilu na razstavo zapisal, da so si slikarji v sekciji zelo različni, a vendar dovolj blizu, da so njihove pripovedi o stvarnosti in njenem preoblikovanju takšne, da ne razlagajo sami sebi, temveč dajejo možnost drugim, da ob tem odprejo svoja čustva, spoznajo občutek lastnega odnosa do sveta in oblikujejo lastna videnja stvari in dogajanj okoli sebe. To sporočilo je dobrodošlo za bolnike, katerim so razstave prvenstveno namenjene, prav tako pa za ostale obiskovalce in zaposlene v Kliničnem centru.

Veliko zdravja in vse dobro

Četudi se je staro leto zaključilo, ne bomo nehali razmišljati o lepotah, ki smo jih doživeli in videli na prireditvah KUD-a v

Ljubljanskem Univerzitetnem kliničnem centru, temveč bomo o njih premišljevali in se jih spominjali vsak na svoj način, morda tudi tako, da se od videnega kaj naučimo. Vsem želimo, da bi zdravi obiskovali prireditve v UKC Ljubljana.



Mladostno svežino je dal božičnemu koncertu Dekliški komorni zbor Škofjske klasične gimnazije iz Ljubljane pod vodstvom prof. Helene Fojkar Zupančič (foto: Tomaž Rott).

Slikovita Petra – simfonija barv

Tomaž Rott



Soteska Siq z barvitimi skalnatimi stenami, ob robu izklesani vodovodi. Prevoz s kočijo.

Petra sodi v novi seznam svetovnih čudes – poleg Petre še majevsko mesto Chichen Itza, inkovsko mesto Machu Picchu, kip Kristusa Odrešenika (Cristo Redentor) na vrhu hriba Corcovado nad Riom de Janeirom, veliki kitajski zid, mavzolej Tadž Mahal, rimski amfiteater Kolosej – ki dopolnjuje sedem starih čudes sveta, kamor so nekdaj uvrstili hram boginje Artemide v maloazijskem Efezu, kolos z Rodosa, babilonske viseče vrtove, mavzolej v Halikarnasu, svetilnik v Aleksandriji, kip boga Zeusa v Olimpiji in veliko Keopsovo piramido v Gizi. Slednja je edina izmed starih čudes, ki se je ohranila do danes. Že pred tem je bila Petra od leta 1985 vpisana v seznam Unescove svetovne dediščine.

Glavne značilnosti Petre so v živo rožnato-rdečkaste skalne stene iz peščenca mojstrsko izklesane zgradbe, ki predstavljajo enkratne arhitekturne dosežke, ki jih na več mestih bogatijo slikoviti barvni vzorci kamnin, prava simfonija barv od pastelnih belih in blede rumenih do intenzivno rdečih in rjavih, ponekod pa še modrih, vijoličastih in črnih, skorajda v razponu svetlobnega spektra, ki nastajajo zaradi različnih rudninskih primesi, predvsem železovih spojin.

Petra je bila več stoletij glavno mesto Nabatejcev, nomadskih arabskih plemen. Judje so v Nabatejcih, ki so bili neke vrste južni Semiti, videli potomce Abrahamovega sina Izmaela in so jih tako imeli za svoje daljne sorodnike. Imenovali so jih tudi Arabci. Nabatejci, danes izginulo ljudstvo, ki je govorilo arabsko in kasneje aramejsko, je prišlo pred 2600 do 2400 leti



Kraljevske grobnice: od leve palačna, korintska, svilnata, žarna.

z arabskega polotoka in se naselilo najprej v severno-zahodni Arabiji, kjer so potekale trgovske poti med Asirijo in Egiptom ter Kitajsko, Indijo in Sredozemljem, kasneje pa na ozemlje predhodnega biblijskega kraljestva Edom v južnem delu današnje Jordanije in rodovitnega Haurana. Mesto Petra se je razvijalo in najbolj cvetelo od 4. stoletja pred Kristusom do približno 3. stoletja po Kristusu. Področje Petre je bilo sicer naseljeno že v železni dobi.

Petra leži približno na pol poti med Jordanskim pristaniščem Akabo in Mrtvim morjem. Ime mesta je grški prevod biblijske hebrejske besede Sela, ki pomeni skala. Področje Petre zajema skoraj 100 km², sestavljajo ga valovite apnenčaste gomile in vrhovi peščenjaka, vmes pa so ozke doline in široke ravnice. Na tem mestu se je razvilo bogato mesto, ki je zaradi intenzivnih trgovskih stikov kazalo arhitektonsko vplive Egipta, Grčije, Rima in Asirije oziroma Mezopotamije. Mesto je utripalo od življenja, imelo je mrežo tlakovanih cest, poljedelske terase z namakalnim sistemom, kulturne ustanove z gledališči in templje. Nabatejce lahko štejemo za prve globaliste, saj niso nikoli verjeli v narodno ekskluzivnost. Pri svojih trgovskih dejavnostih so se srečevali z egipčansko, grško, rimsko, asirsko-mezopotamsko kulturo, jih vsrkali in dodali svoje značilnosti. Tako so postali čudovit kulturni talilni lonec. Iz Petre so nadzirali in z močno vojsko varovali trgovske karavane z arabskim kadilom, miro, svilo, indijskimi začimbami, afriško slonovino in živalskimi kožami. S pobiranjem davkov in zaščito

karavan so Nabatejci bogato služili. Trgovina jim je omogočila ustvariti mogočno kraljestvo, ki se je širilo od Damaska do Negevske puščave in Sinaja, kar pa ni bilo pogodu Rimljanom, ki so kraljestvo leta 106 priključili k rimskemu imperiju. Poleg trgovine in poljedelstva so se Nabatejci ukvarjali z lončarstvom in oblikovanjem stekla.

Kasneje je Petra zaradi preusmeritve karavanskih poti in drugačnega izbora trgovskih artiklov začela izgubljati pomen (preko puščave so se pojavile karavanske trgovske poti med vzhodom in zahodom, ki jih je vzpostavilo kraljestvo Palmira, zmanjšala se je potreba po kadilu zaradi vplivov krščanstva). Ker je Petra skorajda neposredno na tektonskem prelomu, so tudi kasnejši ponavljajoči se potresi postopoma privedli do propada cvetočega mesta in prisilili prebivalce, da so glavno mesto Nabatejcev preselili proti severu v Bosro. Potresi v Petri so po navedbi rimskega zgodovinarja judovskega porekla iz 1. stoletja Jožefa Flavija (rojen leta 37, umrl okrog leta 100) dokumentirani že leta 31 pred Kristusom. Precejšnje razdejanje v mestu je dokumentirano ob potresu iz 2. stoletja, točno 19. maja leta 363 je bil obsežen potres, ki je zajel področje od Akabe do Tiberijskega jezera (Genezareškega ali Galilejskega jezera oz. »morja«), najusodnejši pa je bil verjetno okrog leta 550. Še kasnejši potresi, v 7. stoletju in otomanskem obdobju, pa so dokončno sesuli skoraj vse prosto stoječe stavbe in vsa stebrišča. Po Nabatejcih so se v 4. stoletju v mestu pojavili kristjani (ki so v nekdanjih kraljevskih grobnicah opravljali bogoslužje), v 7.



Skalnata struktura, ki izgleda kot riba, obrnjena pa kot slon, gledan s sprednje strani.



V barvno pasastih votlinah, ki so deloma naravne, deloma izkopane.

stoletju muslimani, za kratek čas pa v 12. stoletju tudi križarji. Mesto je sicer še životarilo tja do 14. stoletja, ko se je za zahodne kulture povsem »izgubilo«. Zanj so vedeli le beduini, ki so deloma poselili ohranjene grobnice in preostanke mesta, ki so ga prebivalci v 8. stoletju večinoma zapustili, in skrivnost o starem mestu ljubosumno varovali.

Šele leta 1812 je Petro ponovno odkril švicarski raziskovalec Johann Ludwig Burckhardt, ki je od beduinov izvedel za trdno varovano skrivnost o starem mestu v Mojzesovi dolini (Wadi Mousa). Z izgovorom, da gre darovat na grob starejšega Mojzesevega brata, preroka Arona, ki ga častijo tudi muslimani, je odkril mesto. Aronov grob je namreč na gori Jebel Haroun, hribu v bližini Petre. Burckhardt se je za ta nevarni podvig še posebej pripravil: več let je študiral arabščino in islam in se preoblekel v muslimanskega učenjaka z imenom Ibrahim ibn Abdullah. Na ta način si je pridobil zaupanje domačinov.

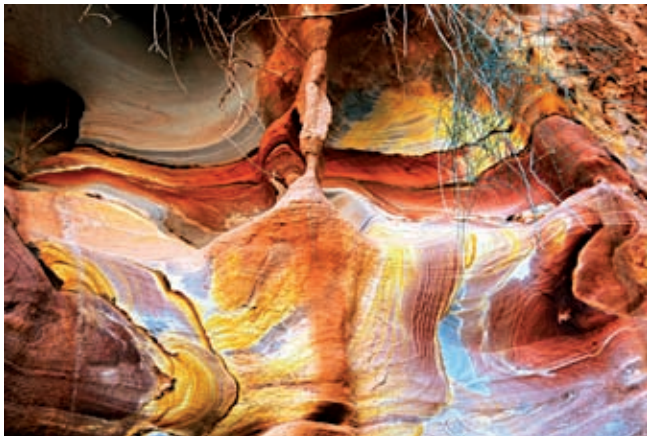
Pri obisku mesta se najprej spustimo po 900 m dolgi poti, ki jo lahko prejahamo na arabskem konju atu (kar je priporočljivo predvsem v vročini ob povratku navkreber). Na tej poti gremo mimo monolitnih blokov Djinn iz 1. stoletja pr. Kr., ki morda predstavljajo stolpičaste grobnice. Na drugi strani poti pa sta ena nad drugo dve grobnici: eno z očitnim egipčanskim vplivom krasijo obeliski, pod njo pa je klasična nabatejska grobnica Bab el-Siq Triclinium, z velikim prostorom, kjer so bile na treh straneh klopi za pogrebne svečanosti s pogostitvami. Sledi 1200 m dolga zelo ozka soteska As-Siq, ki je ponekod široka le nekaj metrov, nad njo pa se dvigajo preko 80 m visoke deloma previsne pasaste barvite stene. Soteska je nastala ob tektonskih premikih, kar ponekod dokazujejo deloma komplementarno oblikovane skalnate stene. V stenah so vidni vklesani vodovodi, odtočni kanali, čistilne naprave, ki so povezani z jezovi in zajetji vode s podzemeljskimi cisternami. Sistem je mestu zagotavljal vodo za preživetje in tudi namakanje suhe zemlje. Ponekod so v soteski še vidni ostanki votivnih niš. Med zanimivosti sodi skala, ki izgleda z ene strani kot riba, od spredaj kot slon, obrnjena slika slona pa znova predstavlja ribo. Na enem mestu lahko

tudi vidimo ostanke erodirane skulpture moža, ki vodi kamelo. Soteska se kasneje nenadoma razširi v predel zunanjega Siqa in po nadaljnjih 500 m končno odpre v veliko nekoliko gričevnato planoto, na kateri se je nekdaj širilo mesto. Po soteski se lahko pripeljemo v majhnih kočijah, kasneje pa utrujenim turistom pri ogledovanju mesta lahko pomagajo beduini s kamelami, konji in osli, ki jih v Petri reklamirajo kot taksi. Vendar je slikovito mesto mnogo bolje doživeti s hojo.

Petro zaradi barvite kamnine imenujejo tudi Rožnato mesto. V njej najdemo približno 800 posamičnih spomenikov, ki so večinoma izklesani v kambrijskem peščencu. Med pomembnejše

Beduinski trgovec





Opalasti prelevi barv

sodijo Al-Khazneh el-Faroun, ki se prikaže takoj po izhodu iz soteske. Kot ime pove, naj bi šlo za t.i. »faraonovo zakladnico«. Beduini so streljali v urno na fasadi, ker so mislili, da je v njej skrit faraonov zaklad. Kot zakladnico s skritim svetim gralom (legendarnim kelihom, iz katerega naj bi Kristus pil pri zadnji večerji) jo predstavlja tudi Spielberg v filmu s Harrisonom Fordom o Indiana Jonesu. Najbolj verjetno pa gre za grobnico iz 1. stoletja pr. Kr. za nabatejskega kralja Aretasa III., ki je vladal v letih od 87 do 62 pr. Kr. Kasneje pa naj bi služila kot tempelj. Nekateri menijo, da je nastala šele v času rimskega cesarja Hadrijana, ki je živel v letih od 76 do 138 in vladal med leti 117 in 138, kar pa je manj verjetno. Impozantna dvonadstropna fasada »zakladnice« je 30 m široka in 43 m visoka. Kaže tako helenistične kot nabatejske vplive. V živo skalo so izklesali vhod s stebriščem in notranje prostore. Fasada je tudi sicer bogato okrašena, na spodnjem delu z reliefnimi plastikami Zevsovih sinov na konjih, na zgornjem delu pa je v sredini boginja Izida, ob straneh pa boginja Nike. Relievi so zaradi erozije le delno ohranjeni.

V nadaljevanju širšega dela soteske sledi ulica fasad z več grobnicami za ugledne Nabatejce s klasično nabatejsko arhitekturo, sledijo grobnice z očitnim asirskim vplivom. Poleg grobnic je edinstveno v skali izklesano gledališče, ki so ga Rimljani s prvotnih 3000 sedežev (tega so izklesali v prvem stoletju Nabatejci) še razširili za 7000 ljudi tako, da so neusmiljeno odklesali del grobnic. Na nasprotni strani soteske sledi vrsta kraljevskih grobnic (npr. žarna, svilnata, korintska, palačna grobnica, ki so dobile imena glede na arhitekturne posebnosti in barvitost kamnin), ki deloma že omejujejo omenjeno planoto, na kateri je bilo mesto po različnih ocenah s približno 10.000 do 30.000 prebivalci. Žarna grobnica je bila izklesana leta 70, verjetno namenjena kralju Malchusu II., ima veliko dvorišče, glavna sobana meri 17 x 19 m. Do nje vodi stopnišče, ki ga podpirajo arkade. Od sredine 5. stoletja je služila kot bizantinska cerkev. Svilnata grobnica ima najbolj barvno slikovito fasado. Korintska je dobila ime zaradi napačne interpretacije stebrov, ki naj bi bili korintski. Deloma spominja na »zakladnico«. Palačna grobnica



Grobnica in verjetno tempelj Ad-Deir, imenovana tudi »samostan«.

je najširša od vseh in ima tri nadstropja, okrašena s stebri. Med omenjenimi grobnicami je le ena in edina v Petri, kjer iz napisa izvemo, da je bila namenjena Rimljanu z imenom Sextius Florentinus, ki je bil rimski guverner province Arabije v letih od 127 do 130.

Qasr el-Bint je večji del ohranjena oz. edina neporušena prosto stoječa dvonadstropna stavba, tempelj, posvečen glavnemu nabatejskemu sončnemu bogu z imenom Dushara. Zgrajen je bil v 1. stoletju pr. Kr. Stavba je kljubovala potresom in poplavam. Skoraj v celoti so porušeni preostali prosto stoječi templji, ohranjen je del glavne z marmorjem tlakovane ulice, nekdanj obdane s stebriščem, ki je potekala po sredini mesta od vrat Temenos (ki so ostala deloma neporušena) med templji in kraljevo palačo in mimo nimfeuma (okrasnega vodnjaka) proti kraljevskim grobnicam in soteski Siq. Od trgovinic in prebivališč meščanov na široki planoti zaradi ponavljajočih potresov praktično ni ostankov, večji del je porušen tudi zid, ki je obdajal mesto. Na planoti so med drugim našli ostanke kasnejših prebivalcev, npr. veliko bizantinsko baziliko iz 6. stoletja z bogatimi mozaiki.

Približno 300 do 400 m nad 800 do 900 m visoko planoto sta med gorskimi verigami dva gorska vrhova. Na goro Jebel Madhbah vodi od gledališča »romarska« pot do visokega žrtvenika, kjer so ljudje prostovoljno (!) darovali svoja življenja za dobrobit Petre (kar dokazujejo nekateri zapisi, pa tudi naše »preizkušanje« žrtvenika), čeprav nekateri menijo, da je velikost oltarjev primerna le za daritve manjših živali. Verjetno so to mesto uporabljali tudi za pogrebne slovesnosti. Žrtvenik predstavlja enega najbolj ohranjenih svetih krajev iz bibličnega časa. S hriba z žrtvenikom je čudovit razgled na večji del nekdanjega mesta. Tik pod vrhom hriba najdemo nekaj živopisnih obeliskov. Na drugi strani planote pa se dviga Jebel ad Deir, kjer je za »zakladnico« drugi najpomembnejši in najlepši spomenik Petre, Ad-Deir oz. »samostan«. Ta grobnica oz. tempelj in kasnejša krščanska cerkev je precej podobna »zakladnici«, le da ima manj dekoracije. Ogled »samostana« je najbolj primeren v popoldanskem soncu.

Na tem vrhu lahko občudujemo divjino tektonske prelomnice s prepadnimi stenami. Do obeh omenjenih vrhov nas pripeljeta še deloma ohranjeni kamniti stopničasti poti, do samostana naj bi bilo 800 stopnic, po mojem šteju pa verjetno slabih dvesto manj. Vzpon na vsakega od obeh vrhov terja približno 45 minut. Predvsem na poti na žrtvenik lahko občudujemo naravo, ki oblikuje nenavadno oblikovane skalnate skulpture, predvsem pa barvite vzorce kamnin, ki spominjajo na kamnite opale, slapove, odrske zastore, korale, mavrice, okamnili les, večplastne torte itd.

Petra je postala jordanski turistični biser, ki je res vreden ogleda, tako zaradi geoloških zanimivosti kot arhitektonskih čudes. To je kraj, za katerega pravijo, da sta »združila moči božja roka in človeški razum«, v pesmi pa je zapisano, da je »rožnato-rdeče mesto staro kot pol časa«. Za ogled si je potrebno vzeti dovolj časa. Verjetno je en sam dan, kot ga nudi večina aranžmajev, premalo, še posebno, če si želiš ogledati okolico in obiskati Aronov grob. Petro lahko občudujemo le nekaj ur ali pa pol leta. Verjetno pa si glavne značilnosti lahko ogledamo v nekaj dneh. Skupaj z jordansko obalo Mrtvega morja in obiskom slikovitega Vadi Ruma, kjer je jezdil Laurence Arabski, bo ostala kot nepozaben spomin na Jordanijo. Seveda pa je v tej državi še mnogo drugih zanimivih zgodovinskih in turističnih točk, ki so vredne obiska in ogleda (med drugim al-Baydah, mala Petra, eno najstarejših prazgodovinskih mest srednjega Orienta; Al-Karak oz. Kir, najstarejše svetopisemsko mesto kraljestva Moab in v času križarjev pomembna utrdba; kraj Madaba, središče krščanstva v Jordaniji, kjer je velik mozaik iz 4. stoletja, ki prikazuje antični svet; gora Nebo z enkratnimi mozaiki v samostanu na vrhu gore, kjer naj bi bil Mojzesov grob in od koder naj bi Mojzes videl obljubljeni deželo, ki pa je ni nikoli dosegel; glavno mesto



Al-Khazneh el-Faroun, »zakladnica«, verjetno grobnica nabatejskega kralja Aretasa III. Zgoraj v sredini kip Izide

Aman, arabski »Rim«, ki prekriva dokaj strm gričevnat svet; Shawbak, razvaline najbolj južnega od niza križarskih gradov; v neposredni bližini Petre pa vodni izvir, ki naj bi ga ustvaril Mojzes). Verjetno se spleča potovanje po Jordaniji organizirati v lastnem aranžmaju s svojim interesom prilagojenim tempom ogledov, saj je Jordanija najbolj urejena v arabskem svetu.

Odprava »Goli 2009«

Željko B. Jakelič

Pridni planinski delavci – tekmovalni odbor OK Planica – so tudi lani, od 17. do 20. oktobra, organizirali ladijsko odpravo. Namen odprave je bil obiskati nekoč zloglasno taborišče na Golem otoku. Zanimivost lanske odprave je v dejstvu, da je potekala hkrati z obletnico (60.), ko so na Goli otok v Kvarner jugoslovanske oblasti pripeljale prve politične zapornike. Koliko ljudi je bilo zaprtih? Število zapornikov, ki so jih pripeljali na otok, ni dokončno. Mnenja so, da je bilo zaprtih med 15.000 in 40.000 ljudi.

Priprave na odpravo so potekale že od marca lani. Organizator se je odločil povabiti številne delavce, ki so delali v Planici. Za ladijskega zdravnika in člana odprave se je organizator in skiper Iztok Pergarec odločil povabiti tudi avtorja članka, vedoč, da je skiper, ljubitelj jadrnic in morja.

Letošnja odprava je bila zaradi zastavljenih ciljev zelo naporna. Po načrtu naj bi se odprava začela v Izoli. Nadaljevali bi z nočno





plovbo do Osorja, kjer bi počakali, da se odpre Osorski preliv. Potem bi nadaljevali proti Golemu otoku. Tam naj bi prenočili. Obiskali naj bi še Sveti Grgur, Cres in potem bi se vrnili v Rovinj, ki je že tradicionalna baza številnih popotovanj. Po nekajurnem postanku, protokolarnem slikanju in oddihu naj bi se vrnili nazaj v matično luko, Izolo. Odprava je bila lepo zamišljena, a kaj, ko so nas na poti spremljale številne pasti.

Udeležence odprave, letos jih je bilo 19, je organizator razporedil na tri zelo lepe in udobne jadrnice. Posadkam so razdelili tudi dolžnosti. Po točno načrtovanem urniku smo izpluli iz matične luke. Prvi cilj odprave je bil obpluti Savudrijski rt. Po nekajurni plovbi smo se privezali v Umagu, kjer so skiperji v lučki kapetaniji opravili vse formalnosti, nujne za nadaljnjo plovbo po Jadranskemu morju. Jadrnice so potem nadaljevale plovbo proti svetilniku Porer. Svetilnik Porer je bil zgrajen leta 1833 na istoimenskem otočku, jugozahodno od južnega rta Istre. Otoček je širok 80 metrov, od kopna in mesta Premantura je oddaljen 2,5 NM. Zaradi nočne plovbe si ga žal nismo mogli natančneje ogledati. Spremljali smo samo utripajoče luči, ki so nas opozarjale na nevarnosti in na smer jadrnanja. Plovbo smo, kljub izredno mirni in tihi noči, nadaljevali s pomočjo motorja. Naš naslednji cilj je bil Osor. Tam so nas pričakale ostale jadrnice. Pozejdon nam je letos, kljub začetnim težavam, namenil veliko sreče. Do Osorja smo pripluli nekaj minut pred tem, ko se je dvignil most ter nam omogočil prehod med otokoma Cres in Lošinj.

Osor je manjše naselje in pristanišče na jugozahodni strani hrvaškega otoka Cres. Leži na plitkem in ozkem prelivu. Da so omogočili plovbo, so preliv že v rimski dobi poglobili in zgradili ozek kanal, preko katerega je zgrajen vrtljivi most, ki omogoča

promet dalje proti krajem na otoku Lošinj. Zanimiva je zgodovina Osorja. Področje Osorja je bilo naseljeno že v prazgodovini. V rimski dobi je bil Osor, ki so ga Rimljani imenovali *Apsoras*, municipij in pomemben trgovski center, ki je na poti skozi Osorsko ožino vodil do pristanišč severnega Jadrana. Po propadu rimskega cesarstva je prišel pod bizantinsko cesarstvo, od 6. stoletja pa je sedež nadškofije. Leta 841 so ga požgali Saraceni. Od 10. stoletja je pod hrvaško jurisdikcijo.

Po kratkotrajnem oddihu in promociji Planice se je most dvignil in smo nadaljevali proti Golemu otoku. V mislih smo bili na cilju, ki smo ga po napornem in dolgotrajnem jadrnanju (120 NM) končno dosegli. S čudnimi in mešanimi občutki smo gledali otok, ki se je bližal. Bil je gol! Na južni strani otoka se je sramežljivo kazalo drevje in zelenje. Bilo je kot fatamorgana. V uvali, kjer smo se nameravali privezati, ni bilo nobenega plovila in morje je bilo prijazno do naše odprave. Jadrnico smo varno privezali in na privezu počakali na ostale jadrnice, ki so že plule proti otoku.

Goli otok

Danes je Goli otok na prvi pogled le še eden izmed hrvaških otokov, ki vedno znova prevzamejo s svojo lepoto in vabijo turiste k počitku in užitku v poldivjini. Ta poldivjina ne velja več za sosednji otok Rab, kamor se vsako leto zgrne truma tujcev, ne da bi se zavedali, da so nedaleč stran že kar rajski koticiki. Eden izmed teh koticikov je tudi Goli otok, ki pa na sebi nosi težak pečat zgodovine. Otok, ki leži v Kvarnerskem zalivu med Rabom in celino, je bil zaradi svoje neprijazne gole narave nenaseljen vse do prve svetovne vojne, ko je tam Avstro-Ogarska zgradila taborišče za ruske zapornike z vzhodnih bojišč.

Leta 1948, ko se je Tito s Stalinom ideološko razšel, se je otok prelevil v taborišče za informbirojevce, torej za vse tiste, ki so presoji tedanjih oblasti še vedno držali s Stalinom. V zaporu, ki je bil poleti izpostavljen vročini, pozimi pa neizprosni hladni burji, pa niso končali le politični zaporniki, temveč so se v njem znašli tudi tisti, ki so zagrešili manjša kazniva dejanja, in mladostniki. Po drugi strani so oblasti tiste, ki so izdajali politične nasprotnike, nagrajevale: leta 1953 jih je bilo 36 razglašanih za narodne heroje, nekateri pa so postali tudi visoki diplomati! Po Titovem ukazu in po predlogu slovenskega politika Edvarda Kardelja so na Goli otok od leta 1948 do 1963 poslali več kot 14.000 zapornikov. Od tega je bilo 7235 Srbov, 3341 Črnogorcev, 2586 Hrvatov, 882 Makedoncev in 555 Slovencev. Na otoku je danes videti številne razpadajoče ostanke glavnih hiš nadzornikov, zarjavelih delavnic in miniaturnih celic. Nič od tega ni ohranjeno, pravzaprav ob obisku Golega otoka človek dobi občutek, da se je čas ustavil v tistem trenutku, ko so zadnji jetniki leta 1988 zapustili svoje ječe. Sicer na številnih porušenihih stavbah najdemo tudi table z opisom objekta in načina, kako so živeli zaporniki. In prav to je tisto, kar prispeva k jasni predstavi, kako mučno je morale biti življenje v otoškem taborišču.

Po obisku otoka smo se zaradi omejenega časa žal morali odpraviti nazaj proti matični luki. Spotoma smo si ogledali Sveti Grgur, Prvič, Krk. Za daljši obisk in ogled otokov nismo imeli dovolj



časa. Z jadrnice smo opazovali in komentirali izredno lepo hrvaško obalo, ki se je, na naše veliko veselje, te dni kopala v soncu.

Kot po navadi, vse kar je lepo, tudi hitro mine. Spomini? Kako so živeli zaporniki? Pomen Golega otoka, življenje v prejšnjem sistemu in še številna vprašanja so se vrtela v naših še razgretih glavah. Ali je moralo priti do teh dogodkov? Zakaj? Na ta in na številna druga vprašanja nismo našli primerne odgovora. Med razmišljanji in razgovori je padla noč, ki je kar hitro minila, in zgodaj zjutraj smo pripluli v Rovinj.

Rovinj

Rovinj (italijansko *Rovigno*) je mesto, pristanišče in občina na zahodni obali hrvaške Istre, severno od Pule. Občina Rovinj leži na t.i. področju *rdeče Istre* (ital. *terrarosa*). Občina meji na severu z občinama Vrsar, s katero si deli Limski kanal, in Sv. Lovrec, na jugu pa z občinama Bale in Kanfanar. Pred obalo leži »rovinjski arhipelag«, v katerem je 22 otokov in otočkov. Največja med njimi sta Sveti Andrija in Katarina. Stari del mesta Rovinj leži na polotoku. Rovinj ima dve pristanišči: severno za tovarne ladje in južno, namenjeno ostalim plovilom. V Rovinju je znana pomorsko-biološka raziskovalna postaja. V okolici so znana nahajališča boksitove rude. Poleg industrije (tobačna industrija in predelava rib) je Rovinj tudi pomembna turistična destinacija.

Tu smo srečali tudi ostale udeležence odprave. Bilo je čudovito. Po nekajurnemu oddihu, ogledu mesta in skupinskemu fotografiranju smo se odpravili proti Izoli.

Vreme za jadrnanje je bilo idealno. Pihal je maestral, ki nam je napolnil jadra, vsaj za nekaj časa. Vse do Pirana smo jadrli s polnimi jadri, potem pa se je veter polegel in je bilo treba prižgati motor, da smo prišli v izolsko marino. V Izoli, kjer je bil tudi cilj in zaključek odprave, nas je pričakal rahel dež.

Zaključek

Organizacija odprave »Goli 2009« je uspela. Na Golem otoku smo na podlagi ne ravno številnih ostankov uspeli - v mislih - rekonstruirati življenje, trpljenje ljudi, ki so zaradi različnih razlogov prispeli na Goli otok. Bilo je nepozabno. Ne samo zaradi prekrasnih stezic, pogledov na sosednje otoke, lepo, čisto modro morje, ki nas je spomnilo na našo Sočo, ki je bila, enako kakor Goli, priča nepozabno tragičnim dogodkom iz ne tako daljne zgodovine. Koliko je bilo trpljenja in žrtev, vedo samo ljudje, ki so preživeli in s sotrpini živeli na otoku. Teh bolečih spominov se ne sme nikoli pozabiti, ne samo zaradi dogodkov, ki so se zgodili, temveč tudi kot svarilo, da se kaj takega ne bi nikoli več ponovilo.

Organizator odprav je s svojo izbiro zadel v polno! Na barkah smo se pogovarjali o neprecenljivi škodi, ki jo je prejšnji režim povzročil številnim družinam, otrokom in posameznikom. Bilo je pač tako! Upajmo samo, da se kaj podobnega ne bo nikoli več zgodilo! To so bile zadnje misli slehernega jadrca, ki je kot član odprave Goli 2009 preplul to romarsko pot.

Organizator OK Planica: Iztok Pergarec. Jadrnice/skip-erji: Sinkopa – Matjaž Pogačnik, Whit magic – Iztok Pergarec, Obljubljena dežela – Martin Pavlovič.

Dva prevoda in ena travestija

Dan Šustek

Tragična zgodba

*Adalbert von Chamisso
(1781 – 1838)*

Nekomu šlo je do srca,
da čop navzad viseč ima,
imel drugače bi ga rad.

Premisli, pravi: »Kaj storim?
Obrnem se, pa uredim!«
A čop mu še navzad visi.

Gibčno obrne se nazaj,
pogleda, kaj je s čopom zdaj.
A čop mu še navzad visi.

Obrne se še v drugo stran,
a zdi se, da je vse zaman,
ker čop mu še navzad visi.

Tja v levo, v desno se vrti,
to dobro niti slabo ni.
A čop mu še navzad visi.

Nato vrti se kot vrtavka,
pomagaj sveta pomagavka!
A čop mu še navzad visi.

Poglejte, kar naprej se gnjavi
in misli: »Končno se prestavi.«
A čop mu še navzad visi.

Fragment iz starogrškega epa, najden v zapečateni amfori v Kapadokiji

Pesem boginja zapoj, Artemis,
o kopjenoscu, ki se odpravil
lovit zajca je sredi Helade.

Pitakos bil je junak, kodrolasec bronastih
prsi, prvi mu puhec šelè mlado je brado
obrasel.

Ko se sokolje oko mu razgleda okrog po
poljani, tolstega zajca zagleda, ždečega v
ložu pod grmom, kakor da legel k počitku
bi po jedači obilni.

Pitakos, dasi še mlad, zajcem prinašal je
tugo, mnogo jih že je odrł, jih mati vtakni-
la je v paco.

Loti se žverce skrbno, potihoma jo zalezu-
je, ko se približa na met, roka kopjéna se
dvigne, že si pripravlja zamah, nagne se v
lovskem zagonu s trupom navzad in nato
kopje bi hotel odvreči.

Tu pa je storil napako, ni se poklonil
bogovom, ni priporočil svoj met večni
devici Artemis, v Zevsu prebudil je srd,
strela ognjena ga počí, ki jo z Olimpa z
zamahom glavar vsemogočni zadéga.

Kopja se bron zablesti od strele ognjene
razžarjen, ogenj ga speče v dlan, plamen
mu kodre pobrije, gola samuje lobanja,
na bradi ni je več dlake, tudi mu tič, prej
kosmat, žaluje brez laskov okrasen.

Grom, ki blisku sledi, dolgouhca predrami
iz spanja, kakor ga tačke nesó, zapodi se
po širni planjavi, Pitakos pa se brez plena
vrne v mesto atensko.

Zabavljivi sonet

Al' je črevo široko al' debelo,
se šola novočrkarjev srdita
z ljudmi prepira starega kopita;
kdo njih nam bo pohladil kašo vrelo.

Po pameti mi tole je zapelo:
Ak' od »širokega« rit bolj nabita,
bolj gromoglasna, tonsko bolj srdita
prdelà bo, »široko« bo slovelo.

Ak' po besedi boljši glas ne bode
in zavolj' nje zvok ne trpi nič škode,
obdaja taka misel nas Slovence,

da pravdajo se ti možje znabiti,
za kar so se nekdanji Abderiti
v sloveči pravdi od oslove sence.

Poročilo in nasveti s strani Zdravstvene zavarovalnice SISI



Spoštovani kolegi zdravnice in zdravniki!

Glede na plačane in neplačane storitve smo se v zavodu za zdravstveno zavarovanje SISI odločili, da bi z novim letom ukinili urgentne prevoze z reševalnim vozilom in helikopterjem, saj so le-ti razlog za veliko finančno luknjo v zdravstveni blagajni.

Izračuni, ki so jih naredili na Ministrstvu za zdravje, kažejo, da bi planski prevozi bolnikov z urgentnimi stanji lahko znižali primanjkljaj tako, da bi se vse prevoze napovedalo v naprej za 72 ur. Se pravi, da bi lahko nato organizatorji dela prerazporedili delo tako, da bi se namesto izrednih del opravilo le redno delo in bi tako lahko privarčevali nujno potreben denar.

Najtežje delo bodo tako imeli zdravniki na primarni ravni, saj bodo morali s pomočjo tudi alternativnih metod in jasnovidnosti ugotavljati, kateri njihov bolnik bi potreboval naslednji teden nujni prevoz. Ministrstvo za zdravje v tem trenutku pripravlja razpis za svetovanje v službi jasnovidnosti, da bi lahko zmanjšalo žrtve na minimum – v tem trenutku je najboljšo ponudbo podal jasnovidec Danny, ki napoveduje, da bi lahko s pomočjo kart vsaj za poslance precej natančno napovedal, katerega bi lahko odpeljali v bolnišnico. Ni sicer popolnoma jasno, ali se dogovarjajo izključno za psihiatrične ali internistične diagnoze ali za zdravje nasploh.

Vsem tistim, ki delajo na primarni ravni, bi dodali še poseben nasvet, ki je prišel kot naročen z Ministrstva za pokojninsko in invalidsko zavarovanje v sodelovanju z Ministrstvom za notranje zadeve.

Glede na to, da je luknja v pokojninski blagajni ogromna, bi glede na zakon dovolili, da lahko uslužbenci, ki imajo še manj kot 4 leta do upokojitve, neovirano hodili čez prehod za pešce tudi ob rdeči luči – beri – policisti ne bodo smeli kaznovati omenjenih državljanov; v kolikor jih bodo ustavili, bodo morali pokazati osebni dokument in informativni izračun ministrstva glede časa do upokojitve. V kolikor pa bodo imeli pri sebi že odrezek za pokojnino, pa bodo po novih predpisih lahko hodili čez prehod za pešce le med rdečo lučjo.

V upanju na dobro sodelovanje v novem letu 2010 in zmanjšanje pokojninske luknje vas pozdravlja

Predsednik Zdravstvene zavarovalnice SISI!

Pred vrati ambulante

Aleš Rozman

Odkar se je na steni čakalnice pred ambulanto pojavil velik televizijski ekran, je pred ambulanto veliko bolj mirno. Bolniki in njihovi svojci ne strmijo več prebadajoče v zaprta vrata ambulante in nečakanci ne trkajo več po vratih. Komentarjev o neznosnih tegobah čakanja, o tem, kako počasi se vse skupaj odvija in ali za vrati sploh kdo dela, skorajda ni več slišati. Pozornost čakajočih je povsem drugje: na velikem ploščatem ekranu. Na ekranu pa seveda ne prikazujejo zdravstvenoizobraževalnih vsebin (npr. o diabetesu, antikoagulantni terapiji in podobnem), pač pa kar redni televizijski program. In če je program zanimiv, se bolnik, ki je na vrsti za pregled, le obotvljajoče in z rahlo nejevoljo odpravi proti vratom ambulante.

Televizijski ekran čakajoče združi v skupnost, kot domače ognjišče. Na nekaj programih, kar jih je pri nas na voljo (večino časa se na televiziji pred ambulanto odvija le eden od programov), čakajoči že poznajo čase in hierarhijo za njih pomembnih oddaj. Pred njimi se zvrsti cela vrsta poznanih obrazov, za katere ima človek občutek, da so kot stari znanci, če že ne kar prijatelji.

Pred našo ambulanto razen smučanja na ekranu le redko vidimo šport. Pri nogometu se čakajoči včasih celo sprejo, saj ga ženski del v čakalnici tradicionalno še vedno noče gledati. Vsi pa radi gledajo poročila in dnevnike raznih vrst, resničnostne šove in pa seveda razne tedenske pogovorne oddaje in polemike, kjer napeti novinar razkriva velike zarote, prevare, napake in nedopustnosti.

Gledalci so globoko v sebi potolaženi, saj jih ima nekdo rad. Na ekranu je neprestano nekdo, ki skrbi za »malega človeka« in išče krivca za njegovo nesrečo. Gledalec se počuti sprejetega v to TV-skupnost, saj oni tam slišijo njegov glas: s klicem prek telefona ali z SMS-om lahko izloči nadležnega tekmovalca iz resničnostnega šova, pomaga človeku v stiski ali uprizori glasovalni linč nad tajkunom. In čakajoči pred ambulanto si nenadoma postanejo znanci; lahko se pogovarjajo o istih ljudeh, imajo podobno mnenje o sodniških plačah, o krivcih za

recesijo in še o mnogih drugih stvareh. Pred vrati ambulante se poraja poskupinjena družba, kjer je mnenje enako dejstvu in dejstvo enako mnenju, če le tako reče veliki televizijski brat.

Televiziji se verjame skorajda brezpogojno. Mnenja ustvarjalcev novic so podkrepjena s sliko in besedo akterjev, o transparentnosti ni dvoma. Če TV-voditelj reče, da si kriv, potem si kriv, in če meni, da si nedolžen, potem si nedolžen.

Pa se vrnimo k veliki čredi (ne nujno pred vrati ambulante, ampak nekaj jih je vedno tam), ki jo pase televizija, in o tem, kaj ji prija. V čredi je namreč tako, da tisti, ki štrlijo ven, zbujajo neugodje preostalih članov. In ker so ponavadi v manjšini, ni posebne škode, če se jih postavi za krivce nesreče, ki se kar naprej zgrinja nad to čredo.

Ko gledam televizijo, tam le poredko, pa še to le mimogrede, najdejo lepo besedo o zdravnikih in o zdravstvu. Nekaj smo morali zagrešiti hudo narobe, kajti ljudje, za katere skrbimo po najboljši veri, zaradi tega hudo trpijo. Kar naprej delamo napake, ki jih s pomočjo kolegov nato trdovratno tajimo. Kot nezmotljivi bogovi v belem nočemo priznati, da nismo ne eno ne drugo, in če vseeno priznamo svojo zmotljivost, potem moramo za to odgovarjati. Menda premalo delamo. Če pa delamo več, potem preveč zaslužimo. Naše plače so krive za recesijo, v kateri trpi mali človek in ki spodjeda temelje države. Pod »hipokritovo« prisego tajimo dejstva o pogubnosti cepiva proti pandemski gripi. Bolnike trpinčimo s preiskavami. Zaradi podkupovanja farmacevtov ljudem predpisujemo škodljive pripravke s številnimi stranskimi učinki. Z nasveti o hujšanju, prenehanju kajenja in gibanju žalimo osebno integriteto in svobodno odločitev bolnikov.

Nobene posebne škode ni, če kakšnih tisoč ali morda dva tisoč zdravnikov ne gleda določenega programa (čeprav ga mnogi vseeno sado-mazohistično spremljajo). Pomembno je, da se sto tisočglave množice mirno pasejo ob njihovih napakah, aroganci in nedopustnostih in na koncu morda



oddajo svoj glas v oddajo. Malemu poštenemu človeku tudi politiki zagotovijo, da je te marginalce treba »pristriči« in da bodo to z njihovo podporo tudi storili. Ljudstvo pa je srečno, ker velja za pošteno, pridno, delavno, pravično in po krivici prikrajšano. In ima čisto vest.

S takšnimi vsebinami ekran na steni čakalnice pred ambulanto sledi enemu samemu cilju: da si pridobi kar največjo množico, čredo ali – če že hočete – družino in jo drži v pozornosti ter pripravljenosti samo zato, da ji lahko prikazuje reklame. Kakovost oddaj ne šteje: šteje arena, kjer se uprizarjajo medijska sojenja, kjer je novica mnenje in nasilje oblika zabave. Na ta način se pridobi več gledalcev, kar pa pomeni več oglasnega prostora in denarja.

Kakorkoli že, obtožbe, ki jih poslušam kar naprej, so pravzaprav namenjene temu, da se bolje prodajajo ekstra-ultra pralni praški, vložki z dvojnimi krilci, čokolade, ki jih zavija svizec, barvne čelade in plešočii avtomobili. Ker smo zdravniki in zdravstvo kar naprej gladiatorji medijskih aren in ker je tudi javno mnenje takšno, da tja sodimo, počasi že dobivam občutek, da smo resnično slabi in pokvarjeni.

Ob koncu izmene sklonjene glave in potihno zapuščam ambulanto, da ne bi kdo od zaverovanih v televizor opazil mojega odhoda. Morda ni daleč dan, ko bom kot Camusov tujec z olajšanjem poslušal tudi klice sovražstva in gnusa iz množice.

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 49,20 EUR. A single issue costs 4,10 EUR. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 8500 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.

The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XXth dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

The President of the Medical Chamber

Prim. **Gordana Kalan Živčec**, M. D.

gordana.kalan-zivcec@zzs-mcs.si

The vice-presidents of the Medical Chamber

Prof. **Mitja Košnik**, M. D., Ph. D.

Sabina Markoli, D. M. D.

The President of the Assembly

Uršula Salobir Gajšek, M. D.

The vice-president of the Assembly

Diana Terlevič Dabič, D. M. D.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The president of the Educational council

Prof. **Matija Horvat**, M. D., Ph. D.

The president of the Professional medical committee

Prof. **Radovan Hojs**, M. D., Ph. D.

The president of the Primary health care committee

Assist. **Antonija Poplas Susič**, M. D., Ph. D.

The president of the Hospital health care committee

Prof. **Mitja Košnik**, M. D., Ph. D.

The president of the Dentistry health care committee

Sabina Markoli, D. M. D.

The president of the Legal-ethical committee

Prim. assist. **Danica Rotar Pavlič**, M. D., Ph. D.

The president of the Social-economic committee

Jana Wahl, M. D., M. Sc.

The president of the Private practice committee

Prim. assist. **Dean Klančič**, M. D.

The Secretary General

Brane Dobnikar, L. L. B.

Public Relations Department

Valentin Hajdinjak, B. Sc.

Legal and General Affairs Department

Vesna Habe Pranjič, L. L. B.

Finance and Accounting Department

Jožica Osolnik, Econ.

Health Economics, Planning and Analysis Department

Nika Sokolič, B. Sc. Econ.

Training and Professional Supervision Department

Moja Vrečar, M. B. A.



Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.

Maintaining a register of members and issuing membership cards.

Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.

Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.

Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.

Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.

The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.

Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.

Determining doctors' fees and

The Medical Chamber Of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

participating in agreeing the prices of health care services.

Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.

Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional salaries.

Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.

Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.

Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.

Assisting members to find suitable locums during their absence.

Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.

Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.

Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.

Monitoring alternative methods of treatment.

Detering prohibited and unacceptable medical practices.

Providing a free permanent consulting service to members.

Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.