

Nekrolog

V SPOMIN

**PRIM. ANTON HOMAN, DR. MED.,
SPECIALIST PATOLOGIJE IN SODNE
MEDICINE**

Alenka Repše-Fokter

Prim. dr. Anton Homan se je rodil 16. marca 1929 v Laškem očetu Antonu, rudarskemu inženirju, in materi Albini, rojeni Tadina. Osnovno šolo je obiskoval v Laškem in Trbovljah, gimnazijo pa v Brežicah in Ljubljani, kjer je leta 1948 tudi maturiral. Po končani maturi se je odločil za študij medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani, ki ga je uspešno zaključil leta 1954. Po služenju vojaškega roka in stažu se je zaposlil na Inštitutu za sodno medicino v Ljubljani, kjer je kot asistent ostal do leta 1959. Sledilo je dveletno strokovno izpopolnjevanje v Zvezni republiki Nemčiji, leta 1961 pa se je zaposlil na patomorfološkem oddelku Splošne bolnišnice v Mariboru, kjer je ostal 10 let. V tem času je tudi predaval na Višji stomatološki



šoli v Mariboru. Leta 1963 je opravil specialistični izpit iz sodne medicine, dve leti pozneje pa še izpit iz patološke anatomije. Od leta 1971 je bil predstojnik patomorfološkega oddelka Splošne bolnišnice v Celju, kjer je ostal vse do upokojitve leta 1995. Kmalu po prihodu v celjsko bolnišnico je v sklopu takratnega patomorfološkega oddelka organiziral citološko službo, podpiral in omogočal je razvoj novih metod v histološkem laboratoriju, v poznih osemdesetih pa je z uvedbo klinične citologije soustvaril podobo, kakršno ima naš Oddelek za patomorfologijo in citologijo še danes. Bil je mentor številnim specializantom različnih strok, ki so opravljali specialistični staž na patologiji. Vsa leta je bil cenjen tudi kot izvrsten sodnomedicinski izvedenec. Bil je član Slovenskega zdravniškega društva, Sekcije za patologijo in sodno medicino, in že leta 1957 ustanovni član Združenja za sodno medicino Jugoslavije. Strokovna javnost ga pozna po številnih znanstvenih in strokovnih prispevkih, predvsem s področja sodne medicine. Je dobitnik Hribarjevega priznanja za življenjsko delo na področju patologije in priznanja akademika Janeza Milčinskega za življenjsko delo na področju sodne medicine. Vsa leta je aktivno sodeloval pri vodenju in organiziranju celjskega zdravstva s ciljem, da bi bila bolnišnica čim bolj uspešna na strokovnem in poslovnem področju, da bi bila cenjena pri bolnikih in zaposlenih. Njegovo delo pri razvoju bolnišnice in njeni izgradnji tako ostaja dragocena dediščina vsem nam.

Cenjeni primarij dr. Homan nam bo ostal v spominu kot tih, redkobeseden, na svoj način duhovit, pravičen in pošten človek, ki je, še posebno pri mlajših kolegih, spodbujal in omogočal nenehno dodatno izobraževanje in pridobivanje vedno novih znanj. Bil je izjemno delaven človek, ki je zaradi svojih

lastnosti in dejanj užival veliko spoštovanje med svojimi kolegi in sodelavci ter pomembno vplival na razvoj celjske bolnišnice in našega oddelka. Slovenska patologija in sodna medicina sta z njim izgubili spoštovanega kolega in cenjenega strokovnjaka, naš oddelek pa dolgoletnega uspešnega in priljubljenega predstojnika. Ponosni smo, ker nam je bilo dano del poti prehoditi skupaj.

Medikohistorična rubrika

**PRVO ZDRAVLJENJE S PENICILINOM
V CIVILNEM ZDRAVSTVU MED
VOJNO LETA 1944**

Zora Konjajev

Italijani so po kapitulaciji septembra leta 1943 zapustili tisti del Slovenije, ki je bil pod njihovo okupacijo. Osvobojeno ozemlje se je tedaj raztezalo od Kolpe do Nadiže in na severu do italijansko-nemške okupacijske meje. V nemški ofenzivi leta 1943 je nemška vojska zasedla večino osvobojenega ozemlja, le Bela krajina je od novembra 1943 do konca vojne ostala osvobojeno ozemlje (sl. 1).

Osvobojeno ozemlje je bilo sedež vrhovne vojaške in civilne oblasti in po Kočevskem zboru odposlancev je bil ustanovljen Slovenski narodni osvobodilni odbor, ki se je preoblikoval v svet (SNOS). To je bil predstavniški in zakonodajni organ civilne oblasti. Številne komisije in odseki pri predsedstvu SNOS-a so delovali kot izvršilni organ oblasti in so organizirali šolstvo, zdravstvo, socialo, organe terenske oblasti, kulturo in preskrbo prebivalstva.

Na osvobojeno ozemlje so se zatekli številni begunci, bivši politični zaporniki in osvobojeni interniranci. Dan za dnem so prihajali iz Ljubljane ilegalci in izobraženci, med njimi številni zdravniki in medicinci, arhitekti, pravniki in drugi.

Pomemben je bil prihod več kot osemdesetih znanih in tudi že priznanih umetnikov različnih zvrsti, ki so omogočili uresničitev tistega dela programa osvobodilnega boja, ki je načrtoval poleg socialne tudi kulturno prenovo narodne skupnosti.

Slikarstvo, pesništvo, proza, dramska umetnost in glasba so kipeli od ustvarjalnega zagona in težnje po kakovosti. Ustanovljale so se šole, prirejali različni strokovni tečaji, ustanovljeno je bilo Slovensko narodno gledališče, Radio OF, pevski zbori, godbe, lutkovno gledališče in folklorne plesne skupine. Črnomelj je postal kulturna prestolnica Slovenije, Atene v malem. Tu so se oblikovale in sestavljale tudi kulturniške skupine in frontna gledališča, ki so prenašala kulturo v bojne enote.

V velikem nasprotju s kulturnim razcvetom je bila preskrba prebivalstva s hrano in življenjskimi potrebščinami. Bela krajina je izčrpala zaloge v štiriletni vojni, a pritoka blaga iz okolnih pokrajin je bilo malo, ker je bila Bela krajina pravzaprav zaprta enklava. Tudi vsak vstop in odhod ljudi s tega ozemlja je bil nadzorovan in dovoljen le s prepustnicami. Domačini in »priseljenci« so zato trpeli veliko pomanjkanje, ki so ga začudoma z veliko optimizma stočno prenašali. Tudi bližina sovražnika na mejah Bele krajine ni vplivala večjega strahu. Živahno kulturno življenje je pomagalo ljudem, ki so s tradicionalno iznajdljivostjo obnovili nekatere že pozabljene dejavnosti, da niso izgubili vere v lepše življenje v svobodi. Obnovile so se tkalnice lanenega platna, namenjenega za oblačila in obvezila, izdelovali so tradicionalno obuvalo iz domače volne s platnenimi podplati, kuhali milo, ki ga je najbolj primanj-



Sl. 1. Osvobodjena in polosvobodjena ozemlja med NOB (iz: *Enciklopedija Slovenije*, zvezek 8, str. 203).

kovalo. Šele v drugi polovici leta 1944 se je preskrba izboljšala, ko so zavezniška letala tudi s padali odmetavala velike količine hrane, zdravil in obleke.

Zdravstveno varstvo je bilo v času italijanske okupacije skromno, saj je v tej pokrajini že pred vojno primanjkovalo zdravnikov in nekateri so se med vojno celo preselili v Ljubljano. Prebivalstvo osvobodjene Bele krajine je bilo odrezano od zdravstvenih ustanov v Novem mestu in Karlovcu in zelo ogroženo zaradi podhranjenosti in hudih nalezljivih bolezni, ki so razsajale onstran Kolpe na Hrvaškem.

Najhuje so bili ogroženi civilni ranjenci, ki jim ni bilo prizaneseno, ko sta se vojski spopadali. Številni otroci so se poškodovali z odvrženim strelnim orožjem. Za mnoge je bila pomoč vojaške sanitete prepozna in so umrli. Zdravstveni odsek pri Predsedstvu SNOS-a, ki ga je vodil najprej dr. Vladimir Milavec in nato dr. Marijan Ahčin, je zato ustanovil Zdravstveni svet z 12 strokovnimi člani, ki je oblikoval organizacijo preventivnega in kurativnega zdravstva za civilno prebivalstvo (sl. 2).



Sl. 2. Dr. Marijan Ahčin.

Zdravstveni odsek je izdajal odredbe, ki so veljale za zdravstveno dejavnost na osvobojenem ozemlju in tudi na ozemlju, ki ga je nadzoroval okupator. Sprejemal je poročila s terena in ukrepal v skladu z njimi.

Potreba po bolnišnicah za civilno prebivalstvo je bila velika. Na osvobojenem ozemlju so bile ustanovljene tri: v Trebnjem, v Starem trgu pri Ložu in v Kanižarici pri Črnomlju. Najbolje opremljena je bila bolnišnica OF Kanižarica pri Črnomlju, ki se je naselila v zidanem poslopju rudniške uprave (sl. 3).

Vodja bolnišnice je bil najprej dr. Tone Cizelj, ki ga je pred koncem vojne zamenjal dr. Mirko Černič. Oba so Nemci izgnali s Štajerske in ko sta se iz izgnanstva vrnila v Slovenijo, sta se vključila v zdravstveno službo na osvobojenem ozemlju in ob nemški ofenzivi spremljala ranjence po evakuaciji iz ribniške bolnišnice na dolgih, nevarnih pohodih in zanje skrbela v notranjski postojanki vse do odhoda v Kanižarico.

Dr. Tone Cizelj je bil specialist ginekolog in izurjen v splošni kirurgiji. Bil je izjemen človek, požrtvovalen in skrben



Sl. 3. Bolnišnica OF Kanižarica pri Črnomlju maja 1944.

zdravnik s polivalentnim medicinskim znanjem. Zaradi njegovih humanih odnosov so ga bolniki oboževali. Dr. Mirko Černič je bil kirurg in je prej vodil bolnišnico v Mariboru in tam ustanovil sanatorij. Bil je široko razgledan, kulturen človek in znan kot jezikoslovec, ki se je boril za razumljivo in na ljudskem izrazoslovju temelječo medicinsko terminologijo. Njegova posebnost so bile vizite v latinščini (te navade se je navzel na dunajski kliniki, kjer je nekoč delal), kar je bilo v tragikomičnem nasprotju s skromnostjo bolnišnice in z bolniki, ležečimi na slamaricah. Dr. Černič si je vzel čas in z individualnim poukom izuril dve medicinki in dve bolničarki za instrumentarke.

Instrumentarij, obveze in zdravila je bolnišnica nabavljala v lekarni »Bober« v Stražnem vrhu iz istih virov kot vojaška saniteta. Za izboljšanje prehrane je bolnišnica imela v najemu posestvo, s čimer se je prehrana bolnikov in osebja izboljšala.

V Kanižarici sta sodelovala tudi dva konziliarna zdravnika: dr. Bogdan Brecelj in dr. Igor Tavčar. Pri operacijah je včasih asistiral tudi dr. Tone Ravnikar, ki je sicer nadzoroval delo številnih novoustanovljenih vaških ambulant, higienskih postaj in higienskih potujočih ekip (sl. 4).

Kanižarica je imela v zidanem poslopju 40 postelj za ginekološke bolnice in za interne in kirurške bolnike ter za bolne otroke. Bolniki z nalezljivimi boleznimi so prebivali v leseni izolirnici z 20 posteljami (sl. 5).



Sl. 4. Od leve strani: dr. Tone Cizelj, dr. Bogdan Breclj, dr. Mirko Černič.



Sl. 5. Bolničarka Majda Zemljak z otroki v Kanižarici.

Dograjeno je bilo novo poslopje za osebje in skladiščenje perila, ki so ga novembra 1944 domobranci požgali ob vdoru v Belo krajino.

Bolnišnica je sprejemala bolnike iz belokranjskega, ribniško-kočevskega in novomeškega okrožja in tudi iz Gorskega Kotarja. Sprejemanje vojaških oseb ni bilo dovoljeno, da se ne bi kompromitirala civilna narava bolnišnice. Le v primeru življenjske ogroženosti so se prehodno zdravili v Kanižarici tudi poškodovani in ranjeni zavezniški letalci oz. padalci, ki so jih nemški lovci sklatili nad Belo krajino. Ko so se ob eksploziji pri preizkušanju novega minometalca hudo ranili častniki vrhovnega poveljstva partizanske vojske, med njimi komandant Stane, so bili v Kanižarici operirani in se tam zdravili, saj bi bil dolgotrajni prevoz v postojanko v Kočevskem Rogu zanje usoden.

V Kanižarici se je leta 1944 zdravilo 727 bolnikov; kirurških posegov je bilo 507, od tega pri 84 hudo poškodovanih otrocih z odvrgnim eksplozivnim orožjem; nalezljivih bolezni je bilo 85, največ je bilo trebušnega tifusa, umrlo je 36 bolnikov. V bolnišnični ambulanti je bilo opravljenih 3699 ambulantnih in 306 rentgenskih pregledov. Zdravljenje v bolnišnici in oskrba z zdravili sta bila brezplačna za večino prebivalstva.

Pred koncem vojne so bolnišnico evakuirali v Srpske Moravice. Po vojni je še nekaj časa ponovno delovala na željo prebivalstva; vodil jo je dr. Perko.

Bolnišnica v Kanižarici pri Črnomlju je bila prva bolniška ustanova, ki je že v poznem poletju l. 1944 uporabila penicilin za zdravljenje civilne osebe – porodnice. V civilno bolnišnico so tedaj pripeljali z volovsko vprego kočevsko Nemko, mater številnih otrok, ki je že več dni rojevala zaman. Ženska je bila izmučena od dolgotrajnega trpljenja in dolge poti po kolovozih. Dr. Cizelj je pri pregledu ugotovil, da je plod mrtev in da je med dolgotrajnim porajanjem izpadla popkovnica. Napravil je notranji obrat plodu in čez čas se je mrtvorojenec porodil. Po porodu se je pri otročnici pojavila visoka vročina z motnjo zavesti, blodnjami in kožnimi krvavitvami zaradi puerperalne sepse. Ženska je bila zapisana smrti in misel na številne sirote brez matere nas je pretresla. Tedaj je dr. Cizelj omenil, da imajo zavezniki zdravilo, ki zdravi tudi hude okužbe in da so ga nekaj celo dobili v partizanski lekarni »Bober«. Misel, da je bolno otročnico možno rešiti, nam ni dala miru. Dr. Cizelj me je zato poslal po zdravilo v Stražni Vrh, kjer je bila partizanska lekarna. Osebje v lekarni sem dobro poznala, saj sem tam nabavljala zdravila za Kanižarico, vendar sem se zavedala, da prihajam z zahtevno prošnjo in se bom morda morala vrniti brez zdravila. V »Bobru« so mi povedali, da res imajo nekaj stekleničk zdravila, ki se imenuje penicilin, a so ga zavezniki poslali zavezniškemu zdravniku dr. Lindsayu Rogersu, ki je vodil skrito postojanko za ranjence v Kočevskem Rogu. Spočetka je kazalo slabo in mi niso hoteli dati zdravila, namenjenega Rogersu, a vendar so tudi lekarniški delavci spoznali, da morajo pomagati materi številnih otrok. Velik izziv je bila tudi misel, da bi z ozdravitvijo na smrt obsojene otročnice dobili prepričljiv dokaz o veliki učinkovitosti novega, doslej nam neznanega zdravila.

V Kanižarico sem se vrnila z majhno stekleničko, v kateri je bilo za prst drobnega prahu čebulne barve, z naročilom, da moramo manjšo količino razredčenega praška bolnici vbrizgati vsake tri ure. Že po nekaj urah zdravljenja je pričela visoka vročina upadati, ženi se je zavest zbistrila in iz dneva v dan se je bolje počutila. Končno je ozdravela po eni sami steklenički penicilina. Tedaj, ob prvem srečanju s penicilinom, so bile bakterije še zelo občutljive.

Marca leta 1945 je bilo pred pričakovanim prodiranjem sovražnika iz Italije preko Bele krajine proti Nemčiji z osvobojenega ozemlja evakuiranih z zavezniškimi letali v Dalmacijo 2040 žensk, starcev in od tega tudi 600 otrok. Med njimi je bila evakuirana tudi v Kanižarici ozdravljena kočevska Nemka.

Sanitetni referent begunske baze v Kaštelih pri Splitu dr. Dušan Reja je v ambulanti vsak dan pregledoval bolne begunce, jih zdravil in cepil proti nalezljivim boleznim. Na pregled v ambulanto je prišla tudi ženska, ki je v Kanižarici prebolela puerperalno sepso in jo je rešil penicilin. Pri pregledu je dr. Reja ugotovil, da je ženska zopet noseča. Penicilin je preprečil njeno zanesljivo smrt in omogočil novo življenje.

Strokovna srečanja

2. JADRANSKA KONFERENCA O ODVISNOSTI OD PREPOVEDANIH DROG

IN

2. SIMPOZIJ DEŽEL SREDNJE IN JUGOVZHODNE EVROPE O ODVISNOSTIH

Jasna Čuk-Rupnik

V pravljico lepih pomladnih dneh je Kranjska Gora od 19. do 21. maja 2005 gostila prek 350 strokovnjakov iz domovine in še 38 drugih držav Evrope, Azije in Amerike na dveh srečanjih v organizaciji South European Adriatic Addiction Treatment Network in ustanove Odsev se sliši.

Eno srečanje je bila 2. Jadranska konferenca o odvisnosti od prepovedanih drog z delovnim naslovom: *Zdravljenje in zmanjševanje škode v primarnem zdravstvenem varstvu in v zaporih, rehabilitacija*.

Drugo srečanje je bil 2. Simpozij dežel srednje in jugovzhodne Evrope o odvisnostih z naslovom: *Novi trendi v substitucijskem zdravljenju, regionalno mreženje*.

Obe srečanja sta bili deležni velikega zanimanja udeležencev, ki so na predavanjih in okroglih mizah izmenjali obilico strokovnih znanj in so lepote Julijskih Alp uživali le zgodaj zjutraj in pozno zvečer.

Robert Newman, vodilna avtoriteta na področju razvoja programov zdravljenja z metadonom v Ameriki, je Slovenijo zelo pohvalil. Lahko smo model drugim državam, ki o metadonu še slišati nočejo, pa imajo neizmerno velike probleme. Menil je, da se družbe v mnogih deželah sveta še vedno osredotočajo na slabe novice in zato zavirajo prepotreben razvoj programov. Po njegovi oceni je zdravljenje z metadonom danes na voljo le za 20% ljudi, ki ga potrebujejo, za 80% ljudi pa ni dosegljivo. Izkušnje kažejo, kako velika je želja ljudi, da bi se zdravili, opustili droge in zaživel zdravo življenje. Ob uvajanju zdravljenja z metadonom je v New Yorku vstopilo v programe 6000 ljudi in v roku 2 let skoraj do 32.000 ljudi. Ob tem se je hkrati povečal, ne pa zmanjšal, vstop ljudi tudi v visokopražne programe. Govornik je New York opisal kot mesto okostenele birokracije, pa je v njem parlament kljub temu ustrezne predpise o metadonu sprejel. Parlamentarci so problem drog trezno uvideli in se odločili, da je potrebno zagotoviti ustrezno zdravljenje. V Edmontonu v časopisu prepičujejo splošne zdravnike, naj začno predpisovati metadon svojim bolnikom, da le-ti ne bodo več obremenjevali klinik. Poudaril je, da se boleznin odvisnosti da dobro zdraviti («treat»), ne pa tudi ozdraviti («cure»), kar velja za vse kronične bolezni. Zdravnik pa takemu bolniku pomaga narediti življenje daljše, lepše in lažje.

Tudi Hongkong si ni več mogel privoščiti, da bi problematika drog in z njo boleznin in kriminal še naraščali. Kitajska je imela leta 1999 registriranih 70.000 od heroina odvisnih oseb, leta 2003 pa že 1.050.000 (dejansko število je po oceni prek 2 milijona). Metadon uvajajo brez predhodnih lastnih raziskav, saj so prepričani, da programe nujno potrebujejo. Deluje že 9 klinik, 25 jih bo kmalu, ob koncu leta 2005 jih bo 100, v naslednjih 3 letih pa nameravajo vzpostaviti delo še vsaj v 1000 do 1500 novih klinikah, ki naj bi zadovoljile potrebe vsaj 200.000 do 300.000 odvisnih, kar je šele dobrih 10% pomoči potrebnih. Veliko različnih programov je torej *nujnost* in zdravljenje mora biti *dostopno vsakemu takoj!* Ta ideal je možno doseči, če v družbi obstaja pripravljenost.

Institucije, ki raziskujejo pojav odvisnosti od drog, so za leto 1991 izračunale, *koliko na leto državo stane od opiatov odvisna oseba*: nezdravljena 40.000 EUR, v zaporu 40.000 EUR, v terapevtski skupnosti 10.000 EUR in na zdravljenju z metadonom 2.500 EUR. Potrebni sta akutna in kronična skrb za bolnike, saj gre za kronično bolezen z mnogimi poslabšanji. Najboljši programi so tisti, ki izražajo razumevajoč odnos do ljudi, zagotavljajo integrirano oskrbo, individualiziran pristop, politiko ustreznega odmerjanja ter številčno ustrezno in stalno osebe s primernim znanjem. Kljub nasprotnim dokazom o uspešnosti pa mnogi programi še vedno stremijo k kratkotrajnemu zdravljenju, usmerjenemu v detoksikacijo. Pomembna postavka dobrih programov je odnos osebja: profesionalen, spoštljiv, brez presojanja, razmišljajoč, zavedajoč se osebnih vrednot, moralnih načel, frustracij in izgorevanja. Aktualno področje zapletov v programih je agresija. Osebe mora razloge zanjo razumeti: nastopa lahko zaradi vpliva snovi, vpliva tekočih dogodkov ali vpliva bolnikove dosedanje zgodovine. V odločitve glede razvoja programov in njihovega izvajanja je potrebno vključevati tudi uporabnike, omogočati tesnejši stik ter obojestransko razumevanje in ne nazadnje urediti postopek za izražanje pritožb. Prostori za zdravljenje so lahko specializirani centri ali primarno zdravstvo, zadovoljevati pa morajo potrebo po dostopnosti, varnosti in čistoči. Imeti morajo osrednje mesto in ustrezen urnik delovanja. Poskrbeti je potrebno, da to dejavnost sprejme tudi lokalna družba, ki naj sodeluje že v procesu načrtovanja, pomembno pa je tudi sodelovanje z lokalno policijo. Glede določanja odmerkov zdravila naj bi terapevti sledili geslu »start low, go slow, aim high«: torej začeti z dnevni odmerkom 30–40 mg metadona, ga dvigovati po 5–10 mg 2-krat na teden in težiti h končnemu, dovolj visokemu odmerku. Programi zdravljenja naj bi na eni strani vsebovali tudi programe deljenja igel, na drugi pa se intenzivno povezovali z visokopražnimi programi. Ob kratkotrajni detoksikaciji je trajna abstinenca praviloma čudež; *kritični dejavnik zdravljenja je predvsem čas*.

Antropologinja Anette Verster, svobodna raziskovalka za EMCDDA, je kritično ocenila relapse. Po njenem mnenju 70 do 98% uživalcev drog, ki so v zaporu brez ustrezne obravnave, po odpustu recidivirajo. »Tista 2%, ki nista recidivirala, sta pa verjetno umrla.« Ideal zdravljenja je dosežen, kadar se hkrati uresničijo pričakovanja terapevta, rezultati raziskav in preference bolnikov. Žal pa dejansko terapevti pogosto svojih bolnikov ne poslušajo in ne verjamejo raziskavam. Programi zdravljenja z metadonom so praviloma uspešni za ¾ ljudi, ki vstopajo v program. Zagotoviti jim je potrebno zaupnost in dober odnos ter jih povprašati o tem, kaj je v programih dobrega in kaj ne.

Zelo odmevno je bilo predavanje družinske zdravnice Melinde Campopiano iz Pitsburga. Odvisne od heroina zdravi s Suboxonom (kombinacija buprenorfina in naltrexona). Dodatek naltrexona zmanjšuje verjetnost vbizgavanja zdravila, saj pri osebi, ki ima v telesu opiate, ob i. v. rabi sproži abstinenco krizo. Z bolniki nima posebnega pisnega dogovora o predpisovanju tega zdravila, saj »dnevno svojim bolnikom predpisuje še druga, mnogo dražja zdravila«. Ob sprejemu osebe v zdravljenje s Suboxonom izvede najprej 45–60 min trajajoč intervju, čez 24 ur jo bolnik pokliče in obvesti o tem, kako se počuti, pride na ponovni 30-minutni obisk čez teden dni, nato pa prihaja mesečno. Takrat dobi v roke zdravilo za en mesec. Za vsak obisk se naroči po telefonu kot drugi bolniki. Predstavila je nekatere zanimive zgodbe svojih bolnikov. Poudarila je, da jih za relaps nikoli ne kaznuje, saj je zanje relaps že sam zase kazen. Če pri vodenju bolnika ne doseže cilja, ki ga pričakuje, ponovno opredeli cilj! Kadar bolnik želi priti »takoj«, ga tudi sprejme takoj. Vedno jih sprejme tudi, kadar zamudijo. Težav z agresijo nima.

Andrej Kastelic je predstavil 10 let dela v slovenskih Centrih za preventivo in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

(CPZOPD). Aprila leta 1995 je bilo ustanovljenih prvih 9 centrov. Metadonske smernice je strokovna javnost sprejela oktobra 1994 v Gozdu Martuljku. Pred tem sta bila uporaba metadona in deljenje igel prepovedana. V lanskem letu je bilo zdravljenih v Centru za zdravljenje odvisnih od drog v Ljubljani 200 ljudi, v 18 centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog jih je bilo zdravljenih 2800, prek 330 oseb pa je prejelo metadon v zaporih.

V drugem delu dneva je zelo zanimiv prikaz dela v centrih predstavil Ivan Kauzlarič, vodja centra v Ilirski Bistrici. Posebej zanimiv je bil prikaz projekta zamenjave igel, ki so ga v centru izvajali skupaj z drugimi zdravniki zdravstvenega doma in lekarno.

Programi zdravljenja v svojih državah so prikazali tudi strokovnjaki iz drugih evropskih držav. Ante Ivančič je poudaril, da Hrvaška še naprej spodbuja zdravljenje pri svojem osebnem zdravniku, saj tak pristop po njegovem mnenju omogoča »destigmatizacijo, normalizacijo, decentralizacijo in degetoizacijo«. Prek 50% hrvaških zdravnikov ima med svojimi bolniki osebe, ki jih zdravijo z metadonom, hitro pa se širi tudi uporaba buprenorfina. Med zdravniki narašča nezadovoljstvo, ker za svoje delo niso posebej plačani. Nekateri imajo le po 1 ali 2 takšna bolnika, večina 5 do 6, do največ 15 in le ena zdravnica 24. Ob tej ponudbi zdravljenja imajo zaradi prevelikega odmerka heroína še vedno 50–60 smrti na leto. Glede razvoja programov je citiral Nobelovega nagrajenca Stiglitz: »Good policies have to be home grown. Knowledge has to be acquired and not transferred.« (Dobra praksa mora zrasti doma. Znanje je potrebno pridobiti, ne ga prenesti.)

Zanimiv prispevek je imel profesor Flavio Poldrugo, ki v Italiji vodi največji center za zdravljenje odvisnosti s 557 enotami za zdravljenje. Leta 2000 je Italija sprejela zakon, ki ureja integracijo zdravstvenih in socialnih služb, letos pa še zakon o prepovedi kajenja na javnih mestih. Vse različne organizacije za zdravljenje v državi so plačane iz istih sredstev. Financirajo jih regije. Da bi znižali stroške zdravljenja, spodbujajo centre za zunajbolnišnično obravnavo, v katerih zdravijo vse vrste odvisnosti.

Slavica Knežević je predstavila model pristopa v Makedoniji. Zadnje leto so oskrbovali 560 odvisnih oseb. Metadon uporabljajo že prek 25 let, a programe so izvajali »slabo«, saj so imeli en sam center za zelo majhno skupino ljudi. Besede »metadonsko vzdrževanje« so se izogibali, čeprav so nekatere osebe zdravili že 20 let. V programu so imeli 450 oseb. Pred leti so program zaradi težavnih razmer v državi zaprli. Zdaj jih je v programu 320 in menijo, da to ni niti 5% pomoči potrebnih. Okuženost s hepatitisom C je med njimi prek 70%. Za začetek so šolali 15 zdravnikov. Zdravnike je težko dobiti, saj »mora človek imeti posluš za delo v metadonskih programih tako, kot mora imeti posluš, da lahko poje v pevskem zboru«.

V Avstriji se z zdravljenjem odvisnih na prostovoljni osnovi ukvarja 180 do 200 splošnih zdravnikov. Več kot petdeset odstotkov obravnavanih jih prejema morfin s počasnim sproščanjem, drugi prejema metadon ali buprenorfin. 10 posvetov za enega bolnika v treh mesecih plača zavarovalnica. Zdravniki se srečujejo vsaj dvakrat letno, da se pogovorijo o standardih, težavah v praktičnem delu in o morebitnih spremembah predpisov.

Tudi Mario Sanchez je v uvodu poudaril, da je odvisnost potrebno zdraviti kot vsako drugo kronično bolezen in vsakega drugega kroničnega bolnika. Komentiral je dejstvo, da je danes v Franciji glede okužbe z virusom HIV mnogo bolj nevarno imeti spolni odnos brez kondoma kakor si vbrižgavati droge z isto iglo. Prav zaradi širokih možnosti zdravljenja so širjenje virusa HIV med uživalci drog močno omejili, med splošno populacijo ljudi pa (še) ne.

Navedel je največje skrbi terapevtov v Franciji: da bi metadon in buprenorfin uporabile osebe, ki drog ne jemljejo, da splošni zdravniki ob nadomestnem zdravljenju predpisujejo zelo

veliko benzodiazepinov (v Franciji največ na svetu – 57% ljudi z buprenorfinom ima še benzodiazepine), da bolniki uporabljajo buprenorfin nepravilno (vbrižgavajo ali snifajo), da pride do smrti ob kombinirani intravenski rabi buprenorfina in benzodiazepinov.

Raziskave pa so pokazale, da je od anketiranih oseb, ki se drogirajo, manj kot 60% oseb že vsaj enkrat kupilo buprenorfin na črnem trgu, med njimi je bilo le 15% tistih, ki buprenorfina niso imeli predpisanega zase, le 6% od teh so bile osebe, ki niso bile zdravljene še nikoli. Za zavarovanje zdravnikov v »čezmerno« predpisovanje buprenorfina je bilo odgovornih 2% bolnikov. Če se zdravnik preveč boji, da zdravil ne bi zlorabljali, bodo bolniki tako dogajanje začeli prikrivati, povečalo se bo nezaupanje, s tem pa se bo škoda še povečala. V Franciji ocenjujejo, da imajo 250.000 od heroína odvisnih oseb, od teh jih je vključenih v zdravljenje 150.000.

Dr. Campopiano je z nami naslednji dan delila še nova razmišljanja. Menila je, da je potrebno uvesti zdravljenje brez odlaganja, kadar ga bolnik išče, saj le tako lahko preprečujemo smrti. Od njenih bolnikov, ki so (bili) intravenski uživalci drog, jih je 90% okuženih s hepatitisom C, 20% pa z virusom HIV. Osebe v študiji o uporabi buprenorfina so v 100% recidivirale v 60 dneh, če so prejemale le placebo. V njeni izkušnji je »indukcija« zdravila, kot pri anesteziji, beseda zelo velikega pomena. Včasih opaža, da bolniki pričakujejo različna zdravila in višje odmerke tudi zato, ker raje vzamejo zdravilo, kot bi se trudili spremeniti svoj odnos do življenja. Zelo spoštujejo zaupnost, s katero jih obravnava. Za opuščanje benzodiazepinov sklene z njimi pisni dogovor. Naučila se je ukvarjati s tem, kar moti bolnike, ne s tem, kar moti njo. V ZDA imajo po njenem mnenju »veliko bizarnih administrativnih ukrepov«. Metadon lahko predpisujejo le na klinikah s posebno licenco in na osnovi zasebnega sodelovanja z določenimi lekarnami. Splošni zdravnik ne sme imeti več kot 30 oseb na zdravljenju z buprenorfinom. Sme pa, strogo dokumentirano, predpisovati metadon za zdravljenje bolečine.

Ulmer Albrecht iz Nemčije je prikazal stanje v Nemčiji, kjer se je pojavil predpis o restrikciji izdajanja zdravila »za domov«. Posledica tega je bilo povečano nezaupanje med zdravniki in bolniki, temu pa je sledil porast ilegalnih opiatov ter večja uporaba alkohola in benzodiazepinov. Zaradi takega poslabšanja stanja v programih so mnogi zdravniki z delom prenehali, nadaljevali so le še nekateri zdravniki v velikih mestih; v državi so spet nastala obsežna področja brez možnosti za zdravljenje. Nekatere osebe dnevno potujejo celo uro in pol, da bi lahko v centru popile zdravilo. V velikem centru imajo tako reden stik s »sceno«, namesto da bi jih z zdravljenjem potegnili iz nje. Poudaril je, da so za dobro zdravljenje potrebni (kontrolirano) zaupanje, pogovor in interdisciplinarnost.

Marjan Bilban je podal odličen referat o oceni delazmožnosti. Če delovna organizacija želi delati dobro, mora *zahtevati zdravljenje, ko človek delovno dekompenzira*. Med delodajalci je v raziskavi ugotovil večji odpor do oseb, ki so bile zdravljene zaradi odvisnosti od alkohola kot do oseb, ki so zdravljene z metadonom ali so bile v terapevtskih skupnostih. Zanimiva je tudi njegova ugotovitev, da so možnosti za zaposlitev za kadilca štirikrat manjše kot za nekadilca.

Marina Kuzman iz Hrvaškega zavoda za javno zdravje je poročala, da njihovi bolniki vstopajo v zdravljenje šele po 10 do 11 letih bolezni odvisnosti. Okuženost s hepatitisom C ocenjujejo na 47%, s hepatitisom B na 19%, z virusom HIV na 0,5%. V zadnjem letu so poleg 105 smrti zaradi prevelikega odmerka heroína zabeležili tudi 10 smrti zaradi uporabe metadona praviloma v kombinaciji z benzodiazepini.

Zanimiv je bil tudi sklop predavanj o *zdravljenju odvisnosti v zaporih*. V njih se mnoge osebe prvič v življenju srečajo z drogo. *Največjo nevarnost so razmere prenatrpanosti, slabe prehrane, slabe dostopnosti do zdravniške pomoči, uživanje drog z vbrižgavanjem, nezaščiteni spolni odnosi in nalezljive bo-*

lezni. Lars Moller iz Svetovne zdravstvene organizacije je predstavil projekt »Zdravje v zaporih«, v katerem je med 28 državami sodelovala tudi Slovenija. Raziskave kažejo, da detoksikacijam sledi 80–95% relapsov, le 10–25% oseb vzpostavi daljšo abstinenco, ki je prav tako precej neuspešna kljub zagotavljeni preventivi relapsa. Strategije zmanjševanja škode z deljenjem igel dokazano niso povečale intravenske uporabe drog, niso povečale števila slučajnih vbodov in ne uporabe igel kot orožja. Le Španija je uspela zagotoviti dostop do metadona v vseh zaporih. Nobene možnosti za uvedbo metadona do zdaj še niso našli v Grčiji, na Švedskem in v nekaterih predelih Nemčije. Kritiziral je tudi zahtevo po zniževanju metadona na količino 20 mg pred začetkom zdravljenja hepatitisa C.

Edoardo Spacca, vodja evropske mreže za preprečevanje nalezljivih bolezni v zaporih, se je spraševal, »zakaj zdraviti odvisne v zaporih«. Pokazal je, da so zaporji nevarno mesto za zdravje. VVB je ponovno zaprtih 55% oseb, delež ponovno zaprtih pa pri uživalcih drog preseže 80%. *Glavni razlogi za zdravljenje odvisnosti v zaporu so: človekove pravice, javno zdravje in preprečevanje kriminala.* V zaporih EU so začeli uvajati projekte zdravljenja in zmanjševanja škode leta 1995 in prvi uspehi se že jasno kažejo. V Evropi je bila konvencija o človekovih pravicah sprejeta že leta 1950, minimalne standarde pravil za zdravljenje v zaporih pa je SZO oblikovala leta 1955.

Odlično predavanje o tej temi je imel hrvaški vodilni strokovnjak za področje drog Slavko Sakoman. Dogajanja v zaporih so ogledalo družbe. Na zapore vpliva kakovost Nacionalne strategije za zmanjševanje drog in predvsem kakovost njene izvajanja. Zgodnje zdravljenje je najboljše preventiva kriminala. 80% sredstev porabijo za zdravljenje odvisnih od heroína, najmanj pa za primarno preventivo v šolah, ki je na Hrvaškem dobro organizirana. Ocenjuje, da je pri njih še vedno preveč poudarjena represija na najnižji ravni zdravljenja, premalo pa tista na ulici, ki naj bi zmanjšala možnost dostopa do drog, ovirala mlade pri dobavi drog, povečala odkrivanje odvisnih in povečala pritisk za odločitev za zdravljenje. Ob tem pa bi policija lahko dobila še ustrezne informacije o višjem »narko kriminalu«. Posledice moralističnega pristopa v družbi pa so: obsojanje in ožigosanje žrtev kriminala, zaradi česar so le-te s časom deležne kriminalizacije. To daje moralistom argumente, da so odvisniki kriminalci, od tega pa ima največ koristi organizirani kriminal. Posledica tega je še večje prikrivanje problema v družini in družbi. *Sankcija zapora je smiselna le, če bo zdravje in vedenje osebe po vrnitvi na svobodo boljše. Če v zaporih ni dobrega zdravljenja, se povečuje represija, slabša se odnosi med osebjem, zmanjšuje se kakovost življenja osebja in zapornikov, korupcija in povečan vnos drog v zapor. Zato morajo biti zaporji terapevtsko, ne pa represivno naravnani.* Iskren, dobronameran in razumevajoč odnos je temelj uspeha, zanj pa je potrebno izobraziti osebje. Poudaril je pomen izboljšane priprave bolnika na odpust, saj je stopnja smrtnosti po zaporu zelo velika.

Za praktično delo so bila zelo dragocena predavanja kolegov psihiatrov iz Hrvaške in Srbije o samopomočnih skupinah v okviru »12 korakov NA« ter uporabi asertivnega treninga. Pri razbiranju oblik vedenja so v raziskavi odkrili, da *so se terapevти pogosto nagibali k uporabi agresije.* Za dober uspeh zdravljenja pa je *nujno asertivno (ne agresivno in ne defenzivno) vedenje terapevta kot prvi pogoj, s tem pa njegova iskrenost do sebe in do bolnika.*

Vesna Jovanović-Čupić je predstavila zdravljenje alkoholizma v centru v Beogradu, kjer so pred 50 leti pri odvisnih od opiatov uvajali tudi že zdravljenje z metadonom. Kadar bolniki izgubijo družino in službo, jim ostane le še alkohol kot središče njihovega življenja. Problem alkoholizma v družbi negujejo do te mere, da so bolniki s sindromom odvisnosti od alkohola 30% bolnikov na kirurških in internih oddelkih. Pri bolnikih z zmanjšanim kognitivnim potencialom dajo tetidis v roke predpostavljenim v podjetjih, ne pa sorodnikom. Ve-

lik pritisk izvajajo na bolnike z boleznimi, ki so očitne posledice alkoholizma. Ne dovolijo jim imeti bolniškega staleža, če ob tem ne sprejmejo tudi zdravljenja alkoholizma.

Branka Čelan-Lucu je predstavila povzetek desetletnega dela Centra za preventivo in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog Ljubljana in svoje že štiri leta prej pridobljene delovne izkušnje. Bila je ena od treh zdravnikov, ki so predpisovali metadon, še preden je bil dovoljen. V zdravljenje je vključeval prek 500 ljudi, 6% je starejših od 40 let. 1/3 jih prihaja v center vsakodnevno. Organizirane imajo šole za mamice, šole prve pomoči, delavnice o hepatitisu C, v načrtu pa imajo tudi več dela z otroki svojih bolnikov. V centru delajo 4 zdravnice, 1 zdravnik in 4 medicinske sestre.

Sonja Kaube je predstavila delo Centra za preventivo in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog Maribor. Z delom so začeli leta 1997 in v 10 letih obravnavali 750 oseb. Ocenjujejo, da ima dve diagnozi skoraj 40% njihovih bolnikov: 20% osebnostne motnje, 17% pa psihoze. Usmerjajo se tudi v delo z otroki svojih bolnikov (84 jih je). Močne so delovne povezave centra z lokalno skupnostjo prek centrov za socialno delo, sodišč, šol in javnih občil. Okrog 10% oseb, ki so se zdravile v centru, uspešno abstinira, 10% jih je odšlo v komune.

Odlična je bila tudi dvodnevna delavnica Motivacijski intervju, ki jo je vodil Aleksander Kančelov, za konsektivno prevajanje pa skrbel naš kolega Aleksander Caran. Znanje, ki smo ga pridobili, je za vsakega od udeležencev izjemnega pomena in v en glas smo se strinjali, da bi izobraževanje ob prvi naslednji priložnosti radi še nadaljevali.

V Kranjski Gori smo torej preživeli tri ustvarjalne dneve z množično izmenjavo koristnih informacij. Za mnoge udeležence je bila zanimiva izkušnja jutranji Tai bo. Nekateri smo z ritmičnim dihanjem in korakom merili sijoče odbleske sončnih juter v jezeru Jasna. Da smo se pri Martinu še najedli polente z golažem, si ogledali Liznjekovo domačijo s Kekčevo sobo, izvir Save Dolinke in Planico, je bila le še »pika na i«.

Delo SZD

DELO GLAVNEGA STROKOVNEGA SVETA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

Glavni strokovni svet Slovenskega zdravniškega društva je 22. 3. 2005 obravnaval problematiko intenzivne interne in urgentne medicine v Kliničnem centru Ljubljana, ki ob epidemiji prehladnih bolezni zaradi neustreznih materialnih in organizacijskih pogojev dela ni mogla zagotoviti optimalne zdravstvene oskrbe obravnavanih bolnikov. Prim. mag. Vojka Gorjup je predstavila delo Kliničnega oddelka za intenzivno interno medicino od ustanovitve leta 1973 do danes. Njegov oddelek je bil vseskozi nosilec strokovne dejavnosti na področju intenzivne interne medicine v Sloveniji. Uvedli so številne nove metode in postopke zdravljenja najtežjih bolnikov, pri čemer so večinoma bili odvisni od lastne iznajdljivosti in sposobnosti pridobivanja sredstev. Število obravnavanih bolnikov se iz leta v leto povečuje. Narašča tudi delež bolnikov iz drugih regij. Kljub temu še vedno delajo v istih prostorih kot pred 25 leti. Edino ustrezno rešitev vidijo v preselitvi v nove prostore in ustrezni kadrovski zasedbi. S svojimi zahtevami so v prejšnjih letih redno seznanjali pristojne v Kliničnem centru in na Ministrstvu za zdravje, vendar se ni nič spremenilo. Člani Glavnega strokovnega sveta so trenutno stanje ocenili kot alarmantno in ne vidijo kratkoročnih rešitev. Obenem je potrebno o resnosti razmer preko medijev sezna-

niti javnost. Pozivajo pristojne organe, da zagotovijo vse potrebne pogoje za takojšnji začetek gradnje novega urgentnega bloka. Minister za zdravje in strokovna direktorica Kliničnega centra sta ureditev urgentnega bloka Kliničnega centra uvrstila med prednostne dejavnosti na začetku svojega mandata.

Zaradi strokovnih potreb in ustreznega zastopstva v evropskih organizacijah je bil sprejet statut Sekcije za internistično onkologijo, nove sekcije Slovenskega zdravniškega društva. Predstojnik Kliničnega oddelka za maksilofacialno in oralno kirurgijo asist. dr. Andrej Kinsky je predstavil pobudo za ponovno ustanovitev Razširjenega strokovnega kolegija za maksilofacialno in oralno kirurgijo. Tudi v okviru UEMS gre za enotno stroko. Glavni strokovni svet je po krajši razpravi podprl ustanovitev novega Razširjenega strokovnega kolegija. Slovensko zdravniško društvo je bilo letos prvič povabljen v programski odbor 3. posveta »Etika v belem« – Mejna stanja in odgovornost zdravnikov. Zaradi pomembnosti ustrezne udeležbe Slovenskega zdravniškega društva so bili predstavniki vključeni v delo programskega odbora in vsi predlagani predlogi nosilcev in tem predavanj so bili sprejeti v končni program.

Novi sistem podeljevanja in izvajanja specializacij večinoma poteka brez večjih zapletov, vendar nekatere zadeve še ne potekajo brez zapletov. Na to so opozorili mladi zdravniki, ki so pripravili Sestanek o specializacijah. Srečali so se predstavniki stanovskih in strokovnih organizacij ter sprejeli določene smernice in sklepe za izboljšanje obstoječih razmer. Zaradi pomembnosti bo problematiko mladih Glavni strokovni svet obravnaval na eni od naslednjih sej.

Na svoji četrti seji dne 12. 4. 2005 je Glavni strokovni svet obravnaval osnutek Pravilnika o posebnih znanjih. Pravilnik bo pripomogel k ureditvi opravljanja posegov in veščin, ki niso del dodiplomskega študija ali specializacij. Po opravljenem tečaju, ki naj ne bi bil krajši od štirih mesecev, in izpitu bo kandidat pridobil ustrezno licenco za opravljanje določenih posebnih znanj, ki jo bo potrebno obnavljati.

Predstavljeni so bili sklepi s koordinacije Republiških strokovnih kolegijev, ki so najvišja avtonomna strokovna telesa v državi. Kljub temu obstajajo občutne razlike v dejavnosti posameznih RSK in pomenu njihovih sklepov na strokovne in ostale odločitve ustreznih organov na področju zdravstva. Prva težava v delovanju je že organizacija delovanja RSK. Zato Glavni strokovni svet zahteva zagotovitev prostora in sredstev za delovanje logističnega centra RSK.

Glavni strokovni svet je potrdil datum 142. redne letne skupščine SZD, ki bo 14. in 15. oktobra 2005 v Mariboru. V okviru stanovskega programa bo predstavljen študij na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru in Univerze v Ljubljani. Strokovno temo o drugi problematiki zdravstva v širši mariborski regiji bo pripravilo Zdravniško društvo Maribor.

Zapis pripravil:

M. Lainščak

Predsednik G.S.S.:

M. Kenda

Nove knjige

PRIKAZ

Gerontologija

Zdrava poznejša leta. *Naj bodo tudi lepa.* Glavni urednik: prof. dr. Josip Turk, dr. med. Odgovorna urednica: Elizabeta Bobnar-Najžer, prof. 39 avtorjev. Knjižna zbirka: Za srce. Za-

ložnik: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije. Sozaložnik: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje. Ljubljana 2005. Žepna oblika, 392 strani, več slik in razpredelnic.

Urednik Josip Turk je v svojem Predgovoru na koncu svojega razmišljanja med drugim zapisal: »Za zdrava in prijetna poznejša leta moramo marsikaj storiti sami, kaj in kako, spoznamo tudi iz te knjige. Naj nas razmišljanja in praksa usmerita v pravo vzpodbudno smer. – K sodelovanju smo povabili 39 piscev najrazličnejših poklicev, zdravnike različnih specialnosti, sociologe, psihologe, teologa. Z najrazličnejših zornih kotov podajajo tisto, kar smo želeli za danes in za jutri povedati ljudem, ne glede na njihova leta. – Precej podobne teme kot v pričujoči knjigi smo že predstavili v naši knjigi V mladosti misli na starost, ki je izšla leta 1998 in je že dve leti razprodana. Iz tega razloga in tudi zato, ker je tekom šestih let tudi kaj novega, smo se odločili, da ponovno spregovorimo o mnogočem, o čemer naj bi razmišljali in uresničevali v vsakdanjem življenju od mladih do poznih let. Rek, 'V mladosti misli na starost' smo skušali osvežiti in dopolniti ne kot ponatis, ampak tudi s prispevki mnogih avtorjev, ki v prejšnji knjigi niso sodelovali.«

Uvodne misli je prispevala Martina Tomori in med drugim zapisala: »Osebnostni razvoj posameznika poteka vse življenje. V neprestani soigri posameznikovih notranjih teženj in zunanjih dogajanj se dinamično in neprekinjeno oblikuje človekova identiteta, ki ga razlikuje od vseh drugih. V vsakem življenjskem obdobju se v vsakomur zrcalijo podobe vseh prejšnjih. Kolikor bolje, dejavno in učinkovito, v harmonični povezavi z okoljem in drugimi ljudmi, predvsem pa v soglasju s samim seboj, je posameznik živel v preteklem obdobju, toliko bolj pripravljen in bolje opremljen ter prepričan vase prihaja v naslednje obdobje in bolj polno ga živi. Od poteka njegovega življenja v prejšnjih obdobjih je v marsičem odvisno, kako bo živel in izkoristil prednosti in izzive, ki označujejo dobo, v katero vstopa. V vsakem novem obdobju življenja se preveri in dopolnjuje vse, kar je posameznik do takrat naredil na vseh področjih svojega življenja – tudi na svoji samopodobi in na polju odnosov z drugimi ljudmi. Umetnost in modrost življenja je tudi v tem, da znamo prilagoditi svoja iskanja in pričakovanja v vsaki dobi posebej, njenim možnostim in omejitvam ter dejavno in smiselno uskladiti svoja prizadevanja.«

Sestavek Nekaj pogledov na biologijo staranja je objavil Vito Starc v Zdravniškem vestniku 1999. leta. Za to priložnost ga je priredil Josip Turk. V uvodnem odstavku navaja: »Staranje se navadno nanaša na upadanje življenjskih funkcij v odrasli dobi. Ko starejša oseba izgubi kako funkcijo, temu običajno pravimo ostarelost. Maksimalna življenjska doba se v novejši zgodovini človeštva ni pomembno spremenila. Tako je 90-letnik na prelomu 19. in 20. stoletja imel pred seboj nekaj več kot 2 leti življenja, danes jih ima v povprečju okoli 3 leta. Bistveno se je spremenila povprečna življenjska doba od 45 let na prelomu preteklega stoletja na danes že čez 75 let. Povprečna življenjska doba se je povečala zaradi zmanjšanja umrljivosti dojenčkov, otrok in ljudi v mlajših obdobjih. Daljše življenje je prineslo nove probleme: invalidnost, bolezni, socialno-ekonomske težave.«

O Medicinskih problemih starostnikov je Pavel Poredoš v svojem uvodu med drugim zapisal: »Zvečevanje deleža starejših predstavlja tudi izzive in zahteve, ki jih doslej nismo poznali. Že sedaj se do 30 odstotkov javnih sredstev za zdravstveno varstvo porabi za zdravstveno oskrbo oseb, ki so starejše od 65 let, z višanjem starosti se bo ta delež še povečal. – S starostjo se biološke lastnosti organizma spreminjajo, spreminja se sestava in delovanje večine organov človeškega telesa. Zato se tudi bolezenske spremembe pogosto kažejo na drugačen način kot pri mlajših osebah. Brez poznavanja teh procesov in značilnosti bolezenskih sprememb v starosti ni možno za-

gotoviti kakovostnega zdravstvenega varstva starostnikov. Pri starejših osebah so pogosto spremenjene pojavne oblike bolezni in njihov potek, zato je pri starejši osebi potrebno prilagoditi način odkrivanja in zdravljenja bolezni, potrebno je dodatno znanje.«

Slede prispevki avtorjev, ki obravnavajo bolezni, bolezenska stanja in težave današnjega, predvsem starejšega človeka, ki ima po večini hkrati tudi številne bolezni. Ob kratkih prikazih bolezni in njihovem zdravljenju je poudarek na preventivi in zdravem načinu življenja v vseh pogledih. Posebej so med drugim obravnavani pomen prehrane, telesne dejavnosti, v okviru celostne oskrbe tudi skrb za socialno in duhovno počutje, etika zdravstvene oskrbe starejših, medčloveški in med-

generacijski odnosi kot pogoj za kakovostna poznejša leta, paliativna (blažilna) oskrba ob kronični bolezni. To je le nekaj naslovov od skupnih devetinštiridesetih. Med posameznimi prispevki je še devet »utrinkov« Metke Klevišar iz vsakdanjega življenja. Vsebinski del knjige zaključijo Josip Turk s prispevkom Zdravljenje z alternativnimi metodami - kritični pogled. Slovarček manj znanih besed in Stvarno kazalo knjigo zaključita.

Knjiga Zdrava poznejša leta Naj bodo tudi lepa je posodobljen in dopolnjen priročnik za vsakdanje, čim bolj zdravo življenje današnjega starejšega človeka, pa tudi za vsakega, ki je na tej poti.

Bogdan Leskovic