

ISS

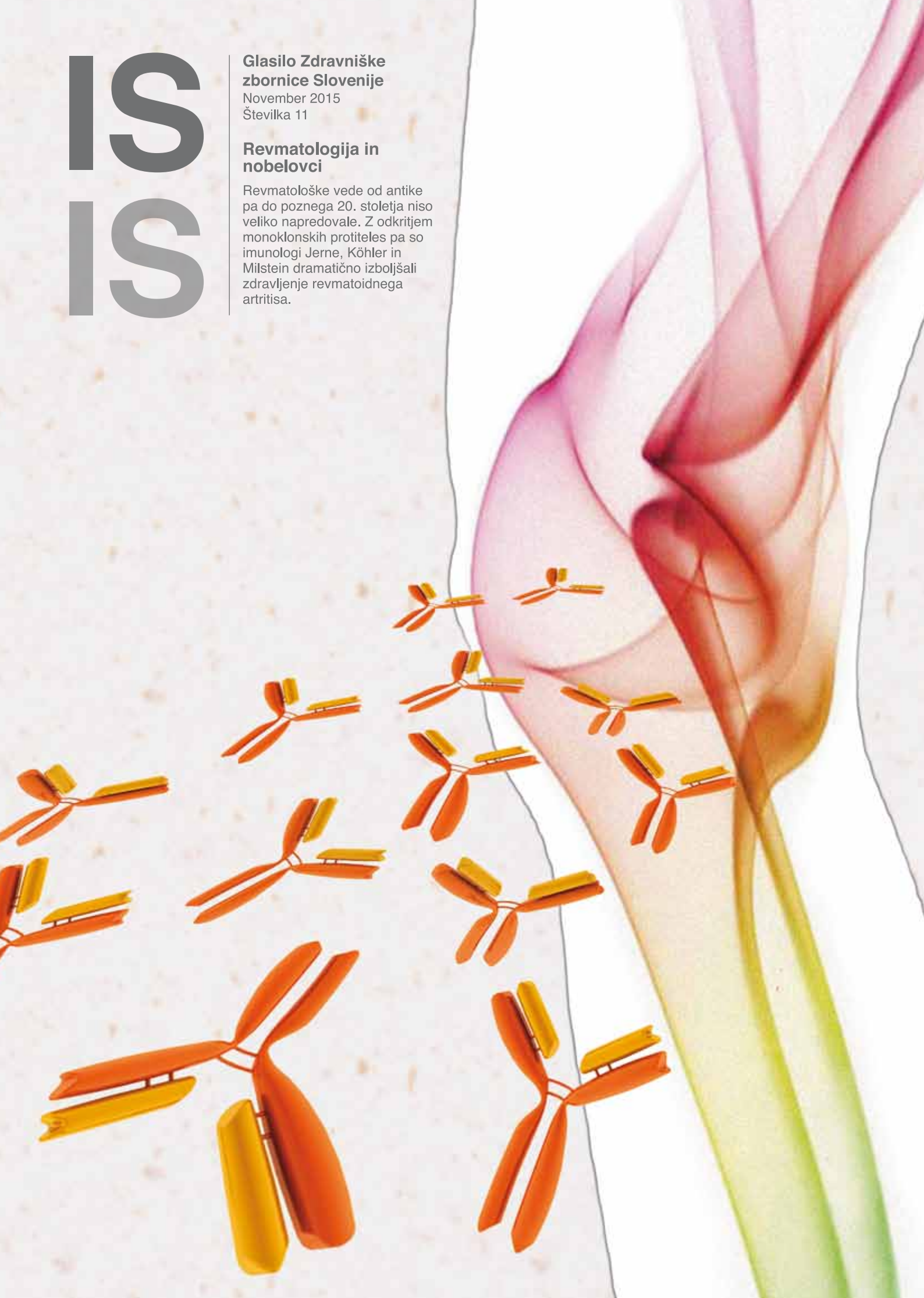
**Glasilo Zdravniške
 zbornice Slovenije**

November 2015

Številka 11

Revmatologija in nobelovci

Revmatološke vede od antike pa do poznega 20. stoletja niso veliko napredovale. Z odkritjem monoklonskih protiteles pa so imunologi Jerne, Köhler in Milstein dramatično izboljšali zdravljenje revmatoidnega artritisa.





Brez celovite zdravstvene reforme še naprej ... navzdol

Helena Mole, dr. med., Zdravniška zbornica Slovenije in
Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije

Razmisleki, analize, posveti, strategije in vse slabše stanje v slovenskem zdravstvu že leta v en glas kličejo po premišljeni in celoviti reformi, posodobitvi zdravstvenega sistema.

Ne gre več le za nerazumno dolge čakalne dobe na storitve, nepreglednost plačevanja le-teh, pomanjkanje kadrov, hkrati pa slabo organiziranost in učinkovitost, nesposobnost prilagajanja hitremu napredku medicine... Vse to se je prelilo v nemoč in nemalokrat jezo na obeh straneh – pri izvajalcih in povsem upravičeno tudi pri najbolj neskončno potrpežljivih bolnikih. Delati z občutkom jeze in nemoči je zelo težko, delati dobro, zbrano in spoštljivo tudi do marsikdaj upravičeno nestrpnih in jeznih bolnikov je skoraj nemogoče. Nesporazumi, spori in afere so samo logična posledica in zrcalo stanja v slovenskem zdravstvu.

Zato se zdi skoraj neverjetno, nepremišljeno in v tem trenutku nepotrebno ponujanje kakršnih koli delnih rešitev, četudi so pripravljene z nekakšnim dobrim namenom, da bi uredili vsaj en delček veliko večjega problema. Predlog sprememb Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki je bil konec septembra dan v javno obravnavo in

naj bi urejal področje koncesij v zdravstvu, smo na Zdravniški zbornici v prvi vrsti zavrnilo ravno zaradi naše zahteve po celoviti reformi. Po natančnejšem pregledu predloga pa smo v njem naleteli na tolikšna neskladja s slovenskim in evropskim pravnim redom, da se je zavrnitev predloga izkazala za še kako upravičeno. Zasebni izvajalci znotraj javnega sistema – koncesionarji smo tisti segment zdravstva, ki je poskušal z zasebno pobudo znotraj sistema iskati bolj učinkovite rešitve, kar je zaradi slabega finančnega in kadrovskega stanja tudi za nas postajalo vedno težje. Nerazumljivi so motivi, ki poskušajo zadušiti še tisto malo zasebnega v našem zdravstvu ... Ker se je po pogovorih na Ministrstvu za zdravje izkazalo, da se bo s tako omejenimi spremembami ZZDej vendarle poskušalo nadaljevati, smo nemudoma pripravili protipredlog, ki ponuja sistem koncesij pod enakimi pogoji za vse izvajalce. Menimo pa, da v sodobnem zdravstvenem sistemu, kakršnega pričakujemo z reformo, za tak sistem koncesij, ki je v Sloveniji nastal leta 1992, ni več prostora.

Snovalec reforme se mora vprašati samo eno – kaj potrebujejo bolniki? Bolnika namreč zanima predvsem to, da strokovno usposobljen in ustrezno preverjen kader zanj opravlja zdravstvene storitve v ustrezno opremljenih prostorih, v razumnem roku, v katerem ne bo prišlo do poslabšanja njegovega zdravstvenega stanja, z jasno določenim načinom plačila teh storitev. **Pika.** Kdo je lastnik prostorov in opreme in kdo bo kril izgube izvajalca, za bolnika ni pomembno. Izvajalce zdravstvenih storitev pa seveda zanima, pod kakšnimi pogoji in koliko bodo delali, da bodo lahko svoje storitve opravili kakovostno in za razumno plačilo. Politični odločevalci so tisti, ki morajo biti sposobni pripraviti tak zdravstveni sistem, da bodo bolniki in izvajalci vedno našli poštene odgovore na svoja preprosta vprašanja. Celovita zdravstvena reforma, ki bo bolnikom in izvajalcem nalila čistega vina, ne bo nikoli vsečna poteza, je pa edina poštena poteza, ki jo lahko potegne katerakoli politika ob takem stanju javnega zdravstva, v kakršnem trenutno delamo in z nekaj sreče preživimo ...



Uvodnik

- 3** Brez celovite zdravstvene reforme še naprej ... navzdol
Helena Mole

K naslovnici revije

- 6** Razvoj revmatologije v svetu in na Slovenskem
Zvonka Zupanič Slavec

Zbornica

- 10** Nasprotujemo vsem oblikam nasilja v zdravstvu – prijavimo nasilni dogodek!
Danica Rotar Pavlič

- 12** Iz dela zbornice

Aktualno

- 14** Obravnavanje otroka kot žrtve nasilja v družini
Anamarija Meglič
Marija Anderluh
Mojca Brecelj Kobe
- 19** Mednarodna organizacija zdravnikov za bolj zdrave politike do drog
Jasna Čuk Rupnik

Personaliala

- 20** Opravljeni specialistični izpiti

Iz Evrope

- 22** Dežele (Länder) zahtevajo več mest za študij medicine
- 22** Kdaj se sme prelomiti zdravnikovo dolžnost molčečnosti?
- 23** Slovenija: zdravniki stavkajo
- 23** Prepoved odlaganja neprodanih živil v Franciji
- 23** 131. zasedanje ÖÄK: obveznost cepljenja
- 24** Zadruga bolnikov s srčno aritmijo
Boris Klun

- 24** Palmira zadnjič
Boris Klun

Zdravstvo

- 25** V pripravi skupen evropski pristop v preventivi starostne krhkosti in oslABLjenosti
Branko Gabrovec
Marjetka Jelenc

Mladi zdravniki

- 27** Družinska medicina za palestinske begunce
Rok Petrovčič

Forum

- 29** Kdo se boji evtanazije?
Eldar M. Gadžijev
- 31** Zdravniki nimamo zdravniških možganov, imamo samo človeške, zdravniki ne delamo zdravniških napak, ampak samo človeške, tako kot vsi drugi ljudje
Andrej Robida
- 35** Kultura strahu
Marjan Fortuna
- 36** Paliativna oskrba in »paliativna oskrba, ki to ni«, lajšanje ali krajšanje življenja?
Nenad Kohn

Medicina

- 39** Zaščita pred pasovcem – cepiva proti herpesu zostru
Zoran Simonović
- 41** Ugotovljeno najdaljše izločanje cepilnega poliovirusa
Alenka Trop Skaza

Poročila s strokovnih srečanj

- 42** Kongres svetovnega združenja pediatrične radioterapije PROS v Ljubljani
Lorna Zadravec Zaletel
- 43** 8. Zdravčevi dnevi
Erika Zelko

- 47** Strokovni sestanek združenja za transfuzijsko medicino pri Slovenskem zdravniškem društvu
Polonca Mali

- 48** Ginekološko srečanje »Obravnava na sekundarnem nivoju«
Petra Krajnc
Damijana Bosilj

- 49** 10. jesenska mednarodna delavnica skupinske analitične psihoterapije
Miloš F. Kobal

- 50** Prvi tečaj za inštruktorje gorske urgentne medicine v Nepalu
Iztok Tomazin

- 53** 21. letna konferenca Evropskega združenja za simulacijo v medicini – SESAM 2015
Lili Steblovnik

Strokovna srečanja

- 55** Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike
- 57** Strokovna srečanja
- 67** Mali oglasi

Iz zgodovine medicine

- 70** Razvoj otroškega in mladinskega zobozdravstvenega varstva v letih 1968–1974 v Zdravstvenem domu Maribor na območju občin Maribor, Slovenska Bistrica in Lenart
Aleksander Sterger
Majda Korpar

Obletnica

- 75** Štirideset let intervencijske endoskopske retrogradne holangiopankreatografije (ERCP)
Davorin Dajčman

V spomin

79 In memoriam ljubi Tereziji
Jernej Sekirnik, dr. med.
(1939–2015)

Jarmila Trček Breznikar

79 Jože Možgan, dr. med., spec.
splošne medicine (1941–2015)

Magdalena Selan

Gregor Habjan

S knjižne police

81 Luka Pintar, Andrej Seliškar:
Cvetje slovenske dežele

Jurij Kurillo

Zanimivo

82 »Po poteh soške fronte«
z Medikohistorično sekcijo
Slovenskega zdravniškega
društva

Elko Borko

Jernej Završnik

86 Mojca Bitenc, izjemna
sopranistka v medicini

Zvonka Zupanič Slavec

Zdravniki v prostem času

88 Zdravniški orkester Camerata
medica prejel domicil
Zdravniške zbornice Slovenije

Pavle Košorok

91 »Au«-foristična tinktura

Janez Tomažič

91 Tantal

Andrej Rant

92 Srečanje v Ljubljani ...

Mojca Kos Golja

95 Dvoboj dvojic igralcev golfa
med vzhodom in zahodom

Branko Kokošinek

96 Drevesa žarijo

Tomaž Čakš

Zavodnik

98 Kdo pije in kdo plača
v slovenskem zdravstvu?

Danica Rotar Pavlič

Kolofon

Leto XXIV, št. 11, 1. november 2015

Natisnjeno 9750 izvodov

Datum tiska: dan pred izidom

UDK 61(497.12) (060.55)

UDK 06.055:61(497.12)

ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK

Zdravniška zbornica Slovenije

Dunajska cesta 162, p. p. 439

1001 Ljubljana

W: <http://www.zdravnikazbornica.si>

T: 01 30 72 100, F: 01 30 72 109

E: gp.zzs@zss-mcs.si

Transakcijski račun: 02014-0014268276

PRESEDNIK

Prim. Andrej Možina, dr. med.

UREDNIŠTVO

Slavka Sterle, Marija Cimperman

Dunajska cesta 162, p. p. 439

1001 Ljubljana

W: <http://www.zdravnikazbornica.si>

Isis online: ISSN 1581-1611

T: 01 30 72 152, F: 01 30 72 109

E: isis@zss-mcs.si

ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK

Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.

E: alozj.ihan@mf.uni-lj.si

T: 01 543 74 93

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI

Prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.

Izr. prof. dr. Vojko Flis, dr. med.

Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.

Prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med.

Prof. dr. Boris Klun, dr. med., v. svet.

Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.

Prof. dr. Anton Meseč, dr. med., svet.

Prof. dr. Črt Marinček, dr. med., v. svet.

Asist. mag. Marko Pokorn, dr. med.

Asist. dr. Mirjana Rajer, dr. med.

Prim. doc. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.

Prof. dr. Tomaž Rott, dr. med.

Asist. Aleš Rozman, dr. med.

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

LEKTORIRANJE

Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.

E: marta.brecko@zss-mcs.si

OBLIKOVANJE

Agencija Iz principa

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN PRIPRAVA ZA TISK – DTP

Stanislav Oražem

TRŽENJE

Polona Lečnik Wallas, univ. dipl. soc.

Zdravniška zbornica Slovenije

Dunajska cesta 162, p. p. 439

1001 Ljubljana

T: 01 30 72 152, F: 01 30 72 109

E: isis@zss-mcs.si

TISK

Tiskarna Povše

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

Lastnik blagovne znamke:

Zdravniška zbornica Slovenije

Dunajska cesta 162

1000 Ljubljana

Navodila avtorjem

Članke oddajte v elektronski obliki. Dolžina člankov je omejena na 25.000 znakov – štetje brez presledkov. V kolikor bi radi v članku objavili tudi fotografije, naj bo članek sorazmerno krajši – 1000 znakov brez presledkov za vsako objavljeno fotografijo. Za objavo so primerne digitalne fotografije, velike vsaj 1500 × 1200 točk, to je okoli 2 milijona točk. Ločljivost najmanj 300 dpi. Če ste članek napisali po naročilu farmacevtskega ali drugega podjetja in če v članku obravnavate farmacevtske izdelke ali medicinsko opremo, morate navesti konflikt interesov. Ker določene rubrike honoriramo, pripišite polni naslov stalnega bivališča, davčno številko, davčno izpostavo, popolno številko transakcijskega računa in ime banke.

Poročila s strokovnih srečanj

Dolžina prispevka je omejena na največ 10.000 znakov (štetje brez presledkov). Priložite lahko eno fotografijo, v tem primeru ima prispevek lahko največ 9000 znakov. Če gre za srečanja z mednarodno udeležbo, mora poročilo vsebovati oceno obravnavanega področja medicine v Sloveniji.

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

Napoved strokovnega srečanja

Za objavo dogodka v rubriki Strokovna srečanja (preglednica) pošljite podatke do 10. v mesecu na e-naslov isis@zss-mcs.si. Objavljeni bodo dogodki za največ tri mesece vnaprej.

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

Letna naročnina za nečlane (naročnike) je 49,20 EUR. Če je prejemnik glasila v tujini, se dodatno zaračunajo stroški poštnine po veljavnem ceniku Pošte Slovenije. Posamezna številka za nečlane stane 4,47 EUR. 9,5-odstotni davek na dodano vrednost je vračunan v ceni. Poština je plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

Razvoj revmatologije v svetu in na Slovenskem

*ter mednarodni prispevek nobelovcev,
predvsem z odkritjem monoklonskih
protiteles*

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec,
dr. med., Inštitut za zgodovino
medicine MF UL
zvonka.zupanic-slavec@mf.uni-lj.si

Dokazi o revmatskih boleznih pri ljudeh so znani že dolgo časa, vsaj štiri do pet tisoč let. Revmatološke vede so se začele razvijati že v antiki, nato je sledilo obdobje, ko ni bilo večjega napredka. V zadnjem stoletju pa se je revmatologija v zahodnoevropskih državah, predvsem na imunoserološkem in imunogenetskem področju, bliskovito razvijala. Razvoj slovenske revmatologije je dolgo zaostajal za svetom, moderna revmatologija v osrednji Sloveniji pa se je začela razvijati v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja.

Zaradi omejitve obsega prispevka so v pregledu svetovne revmatologije omenjeni le najpomembnejši mejniki. Prav tako je za slovenski prostor opisan le razvoj v Ljubljani. Za odkritje in načela pridobivanja monoklonskih protiteles, kar je izjemno vplivalo na obvladovanje revmatskih bolezni, je bila leta 1984 podeljena Nobelova nagrada za fiziologijo ali medicino, ki so jo prejeli: Niels Kaj Jerne, danski imunolog in akademik (1911–1994), Georges Köhler, nemški biolog (1946–1995), in César Milstein, v Argentini rojeni molekularni biolog in imunolog (1927–2002), ki je kot znanstvenik pretežno deloval v Veliki Britaniji.



Razvoj revmatologije v svetu

Revmatične bolezni so stare prav tako kot človeštvo. To dokazujejo znaki revmatičnih bolezni na mumi-jah in opisi v medicinskih papirusih. Revmatološke vede so se začele razvijati že v antiki, tedaj sta s svojimi spoznanji in razlagami izstopala **Hipokrat in Galen**. Nato je sledilo obdobje brez večjega napredka. Pojem **revmatizem** (*rheumatismus*) v današnjem pomenu besede je uvedel **Guillaume de Baillou** (1538–1616) v 16. stoletju. *Rheuma* v stari grščini pomeni tok, pretakanje. Ta izraz je uporabil zato, ker je v skladu z nauki antične humoralne patologije menil, da revmatizem povzroča **pretakanje hladne flegme** (flegma je eden od klasičnih štirih telesnih sokov). V tem in naslednjem stoletju so bili storjeni prvi pomembnejši koraki v razvrščanju in opredeljevanju posameznih revmatičnih bolezni, še posebej **protina**, za kar sta najbolj zaslužna **Paracelsus** (1493–1541) in **Thomas Sydenham** (1624–1689). V 19. stoletju so povezavo med sklepnimi obolenji in prizadetostjo notranjih organov ter drugih organskih sistemov opisali zdravniki: **Jean-Martin Charcot**, **Vladimir Mihajlovič Bechterew** in drugi. Za razvoj stroke so bila odločilna tudi spoznanja **Rudolfa Virchowa** (1821–1902), očeta celularne patologije. Virchow je leta 1843 zagovarjal disertacijo z naslovom »O revmatizmu, s posebnim ozirom na roženico«.

Po začetnem zanimanju za protin se je kasneje močno povečalo raziskovanje vnetnih revmatičnih bolezni; sprva revmatične vročine, kasneje drugih oblik vnetnega revmatizma, predvsem revmatoidnega artritisa in spondiloartritisa. V 20. stoletju se je revmatologija iz bolj ali manj empirične razvila v znanstveno vedo. Raziskovali so predvsem patogenezo revmatičnih bolezni. Čeprav je razumevanje avtoimunosti in avtoprotiteles postajalo vedno boljše in popolnejše, vse stopnje nastanka, predvsem

vnetnih revmatičnih bolezni, še vedno niso znane in tudi vsa protitelesa niso patogena. Konec 30. let 20. stoletja se vrstijo odkritja avtoprotiteles, ki so pomembna pri nekaterih vnetnih revmatičnih in sistemskih vezivnotkivnih boleznih, saj veljajo za napovedne, diagnostične in prognostične kazalce. Med prvimi avtoprotitelesi je najdba **revmatoidnega faktorja** leta 1937 (Erick Waaler, 1903–1997), ki ga je Harry Melvin Rose (1906–1986) povezal z revmatoidnim artritisom (**Rose-Waalerjev test**, 1948). Prvi test za dokaz protijedrnih protiteles je bilo odkritje **LE-celic**, ki so vrsto let veljale za serološki dokaz sistemskega lupusa eritematozusa (M. M. Hargraves, 1948). Leta 1959 so bila odkrita avtoprotitelesa **anti-DNA** proti deoksiribonukleinski kislini (H. R. Holman, H. G. Kunkel), leta 1982 pa avtoprotitelesa proti sestavinam citoplazme nevtrofilcev – **ANCA** (D. J. Davies). **Protifosfolipidna protitelesa**, ki spremljajo nekatere revmatične bolezni, so leta 1983 povezali s trombotičnimi zapletmi in motnjami v nosečnosti (G. V. R. Hughes).

Za razvoj revmatologije je pomembnih kar nekaj spoznanj, nagrajenih z Nobelovo nagrado. Za odkritje kemijske zgradbe protiteles je bila leta 1972 podeljena Nobelova nagrada za fiziologijo ali medicino (G. M. Edelman, R. R. Porter). To področje so pomembno dopolnili teorija specifičnosti in razvoja kontrole imunskega sistema ter odkritje in načela proizvodnje **monoklonskih protiteles** (**N. K. Jerne, G. J. Köhler, C. Milstein**), kar je bilo leta 1984 prav tako nagrajeno z **Nobelovo nagrado**.

Prvo obsežnejšo **klasifikacijo revmatičnih bolezni** je leta 1957 objavila **Evropska liga za borbo proti revmatizmu** (EULAR). Temeljila je na dotedanjih kliničnih izkušnjah, poznavanju seroloških označevalcev, imunskega odziva in avtoimunosti ter razvoju slikovnih tehnik. **Ločili so bolezni s pretežno sklepno prizadetostjo** od tistih s **prizadetostjo notranjih**

organov (sistemске vezivnotkivne bolezni). **Spondiloartritise** so oddvojili od **revmatoidnega artritisa**. Razporejanje bolezni je nato še doživljalo spremembe. Ugotavljali so raznolike oblike nekaterih bolezni, njihova medsebojna prekrivanja in prehajanja ene bolezni v drugo. Odkrili so tudi nove bolezni, izpopolnili razdelitev **vaskulitsov**. Danes med revmatične bolezni uvrščamo najmanj **100 stanj**; najpogostejša je **osteoartroza**, sledi velika skupina **vnetnih revmatičnih bolezni, s kristali povzročeni artritisi, zunajsklepnimi revmatizem, sistemske vezivnotkivne bolezni in idiopatični vaskulitisi**.

V zadnjih desetletjih je napredoval tudi razvoj **protirevmatičnih zdravil**. Razvoj **nesteroidnih antirevmatikov** seže v 60. leta prejšnjega stoletja, v 70. in 80. letih se je njihovo število še povečalo. Natančnejše delovanje antirevmatikov so razložili z odkritjem **prostaglandinov**, za kar je skupina J. Vane, S. K. Bergström in B. I. Samuelsson leta 1982 prejela **Nobelovo nagrado**. Razvili so varnejše **nesteroidne antirevmatike**, selektivne inhibitorje ciklooksigenaze-2 (koksibe).

Med ključna zdravila, ki z zaviranjem imunskega sistema vplivajo na potek vnetnih revmatičnih bolezni, uvrščamo **imunomodulirajoča zdravila**. Uporabljajo jih za vzpostavitve in vzdrževanje remisije. Glavna predstavnika **imunomodulirajočih zdravil** sta **metotreksat** in **sulfasalazin**, ki so ju leta 1985 uvedli predvsem za zdravljenje revmatoidnega artritisa in kasneje tudi nekaterih drugih vnetnih revmatičnih bolezni. Že okoli 30 let je za zdravljenje sistemskih vezivnotkivnih bolezni in vaskulitsov zdravilo izbire **citostatik ciklofosamid**. Kot najmočnejša protivnetna zdravila, ki delujejo tudi imunosupresivno, še vedno veljajo **glukokortikoidi** (1949).

Napredek **molekularne biologije** je v zgodnjih 90. letih omogočil razvoj **bioloških zdravil**, ki posegajo v delovanje imunskega sistema in

zelo izboljšajo prognozo vnetnih revmatičnih boleznih. Večinoma **zavirajo delovanje citokinov**. V zadnjih letih se pojavlja vedno večje število zdravil, ki jih imenujejo **podobna biološka zdravila (biogeneriki)**.

Pri zdravljenju **revmatičnih bolnikov** je seveda nepogrešljivo **sodelovanje fizioterapevtov, fiziatrov in ortopedov**. Nujna je uporaba različnih **fizikalnih metod in rehabilitacija v naravnih zdraviliščih**. Uvedba različnih operacij na kosteh in sklepih, še posebej vstavitve umetnih sklepov, tudi predstavljajo izjemen korak naprej.

Za napredek in povezovanje evropske revmatologije skrbi **EULAR**. Liga je bila ustanovljena leta **1947** in je pomembna osrednja institucija, ki usmerja evropsko revmatologijo. V njenem sestavu delujejo številna delovna telesa, ki pokrivajo različna področja.

Razvoj revmatologije na Slovenskem

V času razvoja revmatologije v svetu (od 16. do 19. stoletja) na Slovenskem še ni bilo pomembnejših strokovnih in znanstvenih dosežkov. Pri pregledu dokumentacije iz tistega časa dobimo vtis, da je bil v ospredju **protin**, ki ga omenja že polihistor **J. V. Valvasor**. Med najbolj znanimi bolniki s protinom je bil kasneje baron **Žiga Zois**, ki si je, ko je postal nepomičen, sam izdelal načrt za svoj invalidski voziček. Šele v začetku 20. stoletja se je začelo omenjati **revmatično vročino**. V prvi polovici 20. stoletja je pri nas začel na revmatično vročino opozarjati začetnik javnega zdravstva, dr. **Ivo Pirc** (1891–1967), a sta nezanimanje zdravstvenih oblasti ter slaba ozaveščenost ljudi potisnila revmatične bolezni v ozadje. Dr. **Konstantin Konvalinka** (1872–1943), ki je leta 1916 nastopil službo okrajnega zdravnika v Dolenjskih Toplicah, je leta 1940 med drugim zapisal zanimivo ugotovitev:

»Revmatizem je vzbudil moje zanimanje zato, ker je nekaka **pepelčica**, kljub temu, da je bil in je še danes odprta rana na organizmu človeštva.«

Po drugi svetovni vojni je revmatična vročina predstavljala poseben zdravstveni problem, kar je opisal internist prof. dr. **Ljudevit Merčun** (1900–1954). Opozarjal je na resnost revmatizma, saj bolnika ne samo pohabi, ampak lahko poškoduje tudi srce in vodi v smrt. Ko je bila leta 1945 v Ljubljani ustanovljena popolna **Medicinska fakulteta** in je vodenje interne medicine prevzel akad. **Igor Tavčar**, se je med drugim posvetil tudi seroznemu vnetju, ključnemu dogajanju pri vnetnih revmatičnih boleznih. Članke s področja revmatizma so objavljali tudi drugi zdravniki. V knjižici »Dela interne klinike v Ljubljani 1945–1959« je bilo 30 prispevkov s področja vnetja in ožje

revmatologije, avtor več člankov je bil prof. dr. **Bogomil Vargazon** (1914–2004).

Leta 1956 je bil pod pokroviteljstvom Slovenskega zdravniškega društva organiziran simpozij o revmatizmu. Tedaj je bila objavljena **Resolucija o organizaciji borbe proti revmatizmu**. V sklopu tedanje Poliklinike na Miklošičevi cesti v Ljubljani je 4. junija 1956 začela redno delovati revmatološka ambulanta, ki jo je ustanovil prim. dr. **Drago Mušič** (1899–1993). Na Interni kliniki na Zaloški cesti v Ljubljani je bil leta 1969 ustanovljen bolnišnični revmatološki oddelek, ki je bil skromen v vseh pogledih, tudi kadrovske. Prvi predstojnik oddelka je bil prof. dr. **Bogomil Vargazon**, ki je zelo zaslužen za razvoj ljubljanske in tudi slovenske revmatologije.



Del zaposlenih na tedanji Univerzitetni interni kliniki Bolnišnice dr. Petra Držaja leta 1990. 1. vrsta z leve (brez nazivov): M. Presetnik, P. Jezeršek, B. Čibic, B. Vargazon, B. Rozman, M. Kos Golja, A. Žemva, Z. Lapanja, T. Kveder. Druga vrsta z leve: P. Dolenc, O. Pirc Čerček, M. Marinšek, C. Kastelic Klasinc, R. Accetto, M. Verzelj, M. Krivenko, A. M. Klasinc, J. Petrin, B. Limpelj, F. Leskovic. Tretja vrsta z leve: M. Tomšič, I. Rozman, B. Bucić, B. Božič, C. Rupenovič, B. Kolšek, B. Lestan, D. Logar (vir: knjižica Slovenska revmatologija).

Vloga **naravnih zdravilišč** v Sloveniji, ki imajo častljivo zgodovino, se je pri revmatičnih boleznih vse bolj večala. Z leti so se naravna zdravilišča dobro opremila, tudi z ustreznimi kadri. Danes se poglobljeno ukvarjajo z rehabilitacijo revmatikov, večinoma so se specializirala za posamezne revmatične bolezni, kar je strokovno utemeljeno.

Revmatološka sekcija SZD deluje od leta **1968**, polnopravna članica EULAR-ja je od leta 1993. Njen sedež je trenutno v Mariboru, predsednik je doc. dr. I. Holc. Vodstvo sekcije skrbi za povezovanje revmatologov, na sestankih obravnavajo najnovejša strokovna dognanja, sledijo razvoju revmatologije, skrbijo za uveljavljanje sodobne diagnostične in terapevtske doktrine, predstavljajo zanimive klinične primere. Organizirajo skupne sestanke z drugimi strokovnimi sekcijami SZD, na sestankih pa gostujejo tudi priznani tuji predavatelji.

Razvoj revmatologije v Ljubljani

Na prehodu iz leta 1970 v 1971 se je revmatološki oddelek z Interne klinike Kliničnih bolnic Ljubljana na Zaloški cesti preselil v **Bolnišnico dr. Petra Držaja**, z ljubljanske poliklinike se je tja kasneje preselila še revmatološka ambulanta, kar je omogočilo boljše razmere za razvoj stroke. Ustanovljena je bila Interna klinika II, prof. dr. Vargazon je bil njen prvi direktor (1971–1982). Nasledil ga je prim. dr. Boris Cibic (1982–1987), nato pa je to mesto zasedel bodoči akademik prof. dr. Blaž Rozman (1987–1997). Sledile so številne organizacijske spremembe, dokler se niso leta 1997 vse interne klinike v ljubljanskem kliničnem centru združile v Strokovno poslovno skupnost Interna klinika. Del Interne klinike je postal **Klinični oddelek za revmatologijo**, njegov predstojnik je bil dva mandata prof. Rozman (1982–1987 in 1997–2002), v vmesnem obdobju pa prim. Mojca Kos Golja (1987–1997).

Oddelek se je od leta 1971 postopoma strokovno razvijal, kadrovske krepil, vzpostavil ustrezne strokovne povezave z vsemi specialnostmi in diagnostičnimi oddelki ter inštituti Medicinske fakultete, se povezoval tudi s svetom, skrbel za izobraževanje zdravnikov in drugih delavcev tako doma kot v tujini, sodeloval z naravnimi zdravilišči. Od leta 1988 se je vključeval v mednarodne projekte. Ljubljanski revmatologi so se uveljavili zlasti na področju patogene vloge določenih avtoprotiteles, nadalje pri raziskavah sinovitisa z uporabo magnetnoresonančnega slikanja in pri zgodnjem kliničnem preizkušanju novih zdravil pri revmatoidnem artritisu. S teh področij so številne publikacije, ki so bile objavljene v uglednih domačih in tujih revijah in knjigah. Od leta 1988 so ljubljanski revmatologi organizirali mednarodne sestanke z udeležbo vodilnih evropskih in svetovnih revmatologov.

Ker so se revmatološko umerjeni internisti že zgodaj zavedali, da sta napredek in razvoj revmatologije možna le ob povezovanju dobrega kliničnega in laboratorijskega dela, je bil leta 1974 ustanovljen **Laboratorij za imunologijo revmatizma**. Sprva ga je vodil prof. **Rozman**, kasneje in še danes pa dr. **Tanja Kveder**. Laboratorij je bil na začetku slabo kadrovskega zaseden, skromno opremljen in v neprimernih prostorih. Po preselitvi v obnovljene prostore (leta 2001) je prerasel v moderen diagnostični in raziskovalni laboratorij, ki je vzpostavil številne strokovne povezave z evropskimi in drugimi tujimi laboratoriji. Leta 1987 je postal eden redkih referenčnih laboratorijev v nekdanjih vzhodnoevropskih državah. Še vedno deluje na področju temeljnih raziskav in predstavlja učno bazo za različne strokovne poklice. Specialni laboratorijski testi, ki jih izvaja, so danes nepogrešljivi pri rutinskem kliničnem delu in pri zapletenih diagnostičnih postopkih pri bolnikih z vnetnimi revmatičnimi in s sistemskimi vezivnotkivnimi boleznimi.

Delo na **Kliničnem oddelku za revmatologijo** nadaljujejo visoko usposobljeni sodelavci pod vodstvom prof. dr. **Matije Tomšiča** (od leta 2002). Oddelek je danes **sodobna diagnostična in terapevtska** ter za svoje področje **vrhunška zdravstvena ustanova**. Sestavljajo ga bolnišnični oddelek, dnevna bolnišnica, revmatološke ambulante, nujna revmatološka ambulanta, ambulanta za terapevtske obravnave, enota fizioterapije in rehabilitacije ter laboratorij za imunologijo revmatizma. Za revmatološke bolnike izvajajo diagnostične postopke, kot so ultrazvočna diagnostika gibal, preiskave za odkrivanje Sjögrenovega sindroma in sistemske skleroze, kapilaroskopija in merjenje kostne gostote. Za vse zdravnike, ki zdravijo bolnike z vnetnimi revmatičnimi boleznimi z biološkimi zdravili, so izdelali nacionalno elektronsko interaktivno evidenco teh bolnikov (BioRX.si), s čimer so omogočili medmrežni vnos podatkov in njihovo računalniško vodenje. Izdelana so natančna strokovna merila za začetek in prenehanje zdravljenja z biološkimi zdravili ter skrbno spremljanje terapevtskega učinka in morebitnih neželenih učinkov zdravljenja.

Klinični oddelek se **povezuje s pomembnimi evropskimi** in tudi drugimi **centri po svetu**. Ljubljanski revmatologi objavljajo strokovne prispevke v mednarodnih revijah in drugih publikacijah. V državi imajo vodilno vlogo pri **določanju doktrine** diagnostike in zdravljenja revmatičnih bolezni. Oddelek je tudi učna baza za različne zdravstvene poklice, študente medicine, specializante različnih specialnosti, fizioterapevte in medicinske sestre. Revmatologi veliko pozornosti posvečajo tudi izobraževanju bolnikov in na različne načine podpirajo delovanje **Društva revmatikov Slovenije**.

Avtorica se za strokovno pomoč zahvaljuje revmatologinji prim. **Mojci Kos Golji** in medicinskemu terminologu prof. dr. **Dušanu Sketu**.

Nasprotujemo vsem oblikam nasilja v zdravstvu – prijavimo nasilni dogodek!

Spoštovani,

Zdravniška zbornica Slovenije je v zadnjih mesecih prejela več anonimnih prijav nasilnih dogodkov nad zdravniki. Vsako nasilje na delovnem mestu je nedopustno in do njega zavzemamo ničelno toleranco. Celo več, menimo, da so omenjene prijave zgolj vrh ledene gore ter da se veliko naših kolegic in kolegov pogosto srečuje z nasiljem tako v ambulantah kot v čakalnicah in ordinacijah, med katerimi izstopajo urgentni oddelki in

dežurne službe. Zdravniki smo odgovorni za zdravljenje in pomoč oslabeлим in bolnim, in ne za iskanje samozaščitnih ukrepov. Odbor za pravno-etična vprašanja zato predlaga ponovno objavo obrazca **Anonimna prijava nasilnega dogodka nad zdravnikom oz. zobozdravnikom** v reviji Isis ter v Tedenskem biltenu.

Z beleženjem anonimnih prijav bomo tako dobili širši vpogled v to, kaj se dogaja zdravnikom in zdravnicam. Vljudno vas vabimo k izpolnje-

vanju obrazca, saj menimo, da mora vsako nasilje postati prepoznano in obravnavano. Izpolnjene obrazce lahko po elektronski ali po redni pošti pošljete na naslov: gospa Simona Peklaj, Odbor za pravno-etična vprašanja, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska c. 162, Ljubljana.

*Danica Rotar Pavlič
Predsednica Odbora
za pravno-etična vprašanja*

Anonimna prijava nasilnega dogodka nad zdravnikom oziroma zobozdravnikom

Datum nasilnega dogodka: _____		
Ura nasilnega dogodka: _____		
Vrsta nasilnega dogodka:		
Besedno nasilje	Telesno nasilje	Vedenjsko nasilje
<input type="checkbox"/> Kričaje <input type="checkbox"/> Grožnje zdravniku/zobozdravniku <input type="checkbox"/> Grožnje svojcem zdravnika/zobozdravnika <input type="checkbox"/> Nadlegovanje zdravnika/zobozdravnika <input type="checkbox"/> Nadlegovanje svojcev zdravnika/zobozdravnika <input type="checkbox"/> Ustrahovanje zdravnika/zobozdravnika <input type="checkbox"/> Ustrahovanje svojcev zdravnika/zobozdravnika <input type="checkbox"/> Spolno nadlegovanje z obscenim govorjenjem in neprimernimi komentarji	<input type="checkbox"/> Udarec <input type="checkbox"/> Opraskanina <input type="checkbox"/> Odrgnina <input type="checkbox"/> Ugriz <input type="checkbox"/> Brca <input type="checkbox"/> Zvin, zlom <input type="checkbox"/> Vbodna rana <input type="checkbox"/> Drugo	<input type="checkbox"/> Zasedovanje <input type="checkbox"/> Kazanje različnih žaljivih kretenj
Ukrepanje:	Kakšno pomoč potrebujem s strani zbornice (v primeru želje po pomoči pokličite na številko):	
<input type="checkbox"/> Prijava upravi zavoda <input type="checkbox"/> Varnostnik <input type="checkbox"/> Policija <input type="checkbox"/> Sodišče <input type="checkbox"/> Nič	<input type="checkbox"/> Svetovanje <input type="checkbox"/> Pravna pomoč <input type="checkbox"/> Nič	

Kratek opis nasilnega dogodka:



Iz dela zbornice

Predstavitev Poročila o izrednem strokovnem nadzoru nad dejavnostjo otroške srčne kirurgije

Zdravniška zbornica Slovenije je 17. 9. 2015 na novinarski konferenci predstavila uradno Poročilo o nadzoru nad programom otroške srčne kirurgije. Poročilo so predstavili: prim. dr. Andrej Možina, predsednik ZZS, prof. dr. Radovan Hojs, predsednik Odbora

za strokovno-medicinska vprašanja, in asist. dr. Valentin Sojar, dr. med., podpredsednik ZZS in predsednik Združenja kirurgov.

Poročilo je objavljeno na spletni strani zbornice: <http://www.zdravnikazbornica.si/> (sporočila za javnosti)

Stališče Zdravniške zbornice Slovenije do problematike oralne kirurgije v štajerski regiji

Zdravniška zbornica je seznanjena s problematiko oralne kirurgije v štajerski regiji in podpira prizadevanja oralnih kirurgov, ki so bili zaposleni v zdravstvenih domovih, da pridobijo koncesije, predvsem z vidika nepretrgane oskrbe pacientov.

Javno zdravstveno dejavnost lahko izvaja javni zavod ali zasebnik s koncesijo pod enakimi pogoji in z enakimi pravicami za paciente. S podelitvijo koncesij oralnim kirurgom širše mariborske regije bi rešili več problemov hkrati. Predvsem bi zagotovili strokovno kakovostno in varno obravnavo pacientov, prav tako bi rešili problematiko čakalnih dob. Oralnim kirurgom, ki so bili prej zaposleni v javnih zavodih, bi se spremenil samo njihov delovnopравни status.

Zaposlovanja tujih zobozdravnikov Zdravniška zbornica Slovenije ne podpira, ker je v Sloveniji število oralnih kirurgov zadovoljivo, število vseh zobozdravnikov pa je že nad povprečjem EU.

Specializacije se razpisujejo v skladu s potrebami javne zdravstvene mreže, morebitni prehod zaposlenega zobozdravnika med koncesionarje ni razumljen kot primanjkljaj in zato ni potreben nov razpis. Trenutno je nekaj oralnih kirurgov brezposelnih.

Način izvajanja programov oralne kirurgije v zdravstvenih domovih je v tem trenutku zelo problematičen in se izvaja tudi z nespécialisti oralne kirurgije, kar je nesprejemljivo.

Zdravniška zbornica Slovenije je na Ministrstvo za zdravje že pred tremi meseci naslovila dopis, v katerem poziva, da naj Ministrstvo za zdravje pristopi k razpisu koncesij za dejavnost oralne kirurgije na širšem mariborskem območju.

*Sabina Markoli, dr. dent. med.
Predsednica Odbora
za zobozdravstvo*

Ozdravljenje raka samo ni dovolj

Zdravniška zbornica Slovenije in Onkološki inštitut Ljubljana sta izdala brošuro **Ozdravljenje raka samo ni dovolj**. V brošuri so objavljeni prispevki prof. dr. Berte Jereb in sodelavcev. Izbrani prispevki so bili objavljeni v strokovni reviji Onkologija, ki jo izdaja Onkološki inštitut Ljubljana. Brošura je objavljena na spletni strani ZZS www.zdravnikazbornica.si (publikacije – založništvo).



Kodeks zdravniške etike

Od junija je osnutek novega Kodeksa zdravniške etike na intranetni strani ZZS www.zdravnikazbornica.si.

Iskrena hvala vsem, ki ste že posredovali pripombe, pohvale in kritike. V Odboru za prenovu kodeksa bomo vse pripombe skrbno pretehtali. Prav vseh seveda ne bo mogoče upoštevati. Nekateri si pod Kodeksom zdravniške etike predstavljajo le kratek okvirni tekst s poudarkom izključno na etičnih vprašanjih, drugi

pa v novem kodeksu vidimo priložnost za nekoliko širši tekst, ki ni omejen le na etiko. Ponuditi želimo navodila in priporočila, ki naj bodo vsem zdravnikom – tudi mladim in manj izkušenim – v pomoč pri varnem in čim manj konfliktnem vsakodnevem delu. Razhajanja so seveda tudi pri konkretnih vprašanjih: začetek in konec življenja sta dve večni temi zdravniške etike, ki se jima tudi mi ne moremo izogniti. Poletni čas ni najboljši za široko razpravo, zato bomo vaših pripomb veselili tudi v naslednjih mesecih. Od septembra dalje se bo Odbor spet redno sestajal. V oktobru predvidevamo razpravo na odprti tribuni. Na skupščini ZZS bi novi kodeks lahko sprejeli v začetku prihodnjega leta.

*Prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med.
matjaz.zwitter@guest.arnes.si*

Pravilnik o zdravniških licencah

Novi pravilnik o zdravniških licencah, ki je pričel veljati dne 18. 7. 2015, je v okviru zbiranja kreditnih točk za podaljšanje licence **avedel tudi obvezo usposabljanja zdravnikov in zobozdravnikov s področja varnosti, kakovosti, etike in komunikacije.**

V vsakokratnem licenčnem obdobju bo potrebno s teh področij pridobiti vsaj 5 kreditnih točk.

Ta obveza se za vsakega posameznega zdravnika in zobozdravnika začne uporabljati z nastopom njegovega prvega novega sedemletnega licenčnega obdobja po uveljavitvi tega pravilnika.

Primer: če vam licenca poteče 1. 1. 2017, to pomeni, da boste morali točke z navedenih področij pričeti zbirati v licenčnem obdobju 2017–2024.

Vabilo specializantom za sodelovanje v raziskavi

V začetku septembra smo vsem specializantom po e-pošti poslali vabilo za sodelovanje v raziskavi »Pogledi mladih zdravnikov na uporabo antibiotikov in odpornost na antibiotike v Evropi« (Young doctors' Perspectives on Antibiotic use and Resistance in Europe, YPAR).

Vsem specializantom, ki so anketo že izpolnili, se najlepše zahvaljujemo, ostale pa prosimo, da jo izpolnijo.

Vprašalnik je dostopen na povezavi: <http://anketa.cjm.si/antibiotiki>
Hvala za sodelovanje.

V Domus Medica na ogled nova slikarska razstava

V začetku oktobra smo v galeriji Domus Medica oprli novo razstavo. Razstavlja Slikarska skupina »Akrilke« s prim. Alenko Fetih, dr. med.

Razstava bo odprta do 20. 11. 2015. Ogled je možen ob delavnih od 9. do 15. ure.

Vljudno vabljeni na ogled razstave!



Obravnavanje otroka kot žrtve nasilja v družini

Klinični znaki in poti

Doc. dr. Anamarija Meglič, dr. med., Pediatrična klinika, UKC Ljubljana
spec. ped., dr. Marija Anderluh, dr. med., Pediatrična klinika, UKC Ljubljana
spec. psih., prim. Mojca Brecej Kobe, dr. med., specialistka psih.,
Pediatrična klinika, UKC Ljubljana
anamarija.meglic@mf.uni-lj.si

Otrok, žrtev nasilja v družini, v pediatrični ambulanti

Zdravstveni delavci v pediatriji na vseh ravneh zdravstvene oskrbe imamo izjemno pomembno vlogo pri prepoznavanju otrok kot žrtev nasilja in v ustreznem ukrepanju ter zagotavljanju pomoči žrtvam. Izpostavljenost nasilju vpliva na otrokov razvoj. Posledice izpostavljenosti zlorabi so za otroka dolgotrajne in lahko nepopravljive, v kolikor so odkrite prepozno. Trpinčenje otroka v družini je kompleksno pogojen pojav, ki ga je treba obravnavati celostno: z medicinskega, psihološkega, socialnega in pravnega vidika.

Zloraba ali trpinčenje otrok zajema vse oblike slabega ravnanja, telesnega in/ali čustvenega nasilja, spolne zlorabe, zanemarjanja, izpostavljanja otroka, ki ogroža ali dejansko škoduje otrokovemu zdravju, preživetju, razvoju ali spoštovanju, v okviru odnosa, ki obsega odgovornost, zaupanje in moč (WHO Consultation on Child Abuse and Neglect, 1999).

Ob sumu slabega ravnanja z otrokom imajo koristi in pravice otroka prednost pred koristmi in pravicami drugih udeleženk/udeležencev postopka, ki ga zdravstveni delavec sproži, ko nasilje prepozna.

Zlorabo otroka lahko razdelimo v štiri osnovne oblike:

- fizično nasilje,
- spolno nasilje,
- psihično nasilje,
- zanemarjanje otroka.

Na znake zlorabe ali slabega ravnanja z otrokom smo pozorni pri vseh sistematskih preventivnih pregledih otrok in pri kurativnih

pregledih v pediatričnih ambulantah na primarni, sekundarni in terciarni ravni.

Verjetnost negativnih učinkov nasilja v družini na otroka je večja, če:

- je otrok udeležen v hudem ali kroničnem nasilju,
- je mlajši,
- je nasilje pogosto,
- se zgodi v njegovi neposredni bližini.

Za otroka je lahko enako hudo, če je sam žrtev nasilja ali pa če je le priča nasilju v družini, ker se lahko čuti odgovornega za nasilje.

Nekateri ključni dejavniki tveganja za slabo ravnanje z otrokom so:

- skromne socialno-bivanjske in ekonomske razmere, socialna izolacija,
- zdravstvene težave staršev/odraslih skrbnikov otrok,
- izkušnja zlorabe in nasilja v otroštvu staršev/odraslih skrbnikov otrok,
- otrok z oblikami oviranosti,
- partnerski konflikti,
- družbeno sprejemljivo kaznovanje otrok,
- razumevanje otroka kot lastnine.

Povzročitelji nasilja v družini, kjer je žrtev otrok

Prepoznavanje povzročitelja nasilja v družini ni enostavno. Čeprav prevladuje stereotip, da je povzročitelj nasilja nad otrokom najpogosteje otrokov oče, gre lahko za zlorabo otroka s strani več družinskih članov, obeh staršev ali npr. starejših sorojencev ali drugih sorodnikov.

Prepoznavanje vedenja povzročitelja nasilja v družini:

- povzročitelj, ki spremlja žrtev pri zdravstveni obravnavi, se lahko vede nasilno,

- napadalno, nezaupljivo do zdravstvenega osebja, želi biti ves čas prisoten pri zdravstveni obravnavi;
- povzročitelj je lahko agresiven, napadalen, žaljiv in/ali grozi žrtvi nasilja;
 - povzročitelj je spremlja žrtev pri zdravstveni obravnavi, govori namesto žrtve, prekinja, minimalizira ali oporeka njeni izpovedi;
 - povzročitelj je lahko tudi miren, uglajen, prijazen in mu zato ne bi pripisali nasilja;
 - družinski člani preprečujejo obisk žrtve nasilja na domu, njeno oskrbo, hospitalizacijo.

Klinična slika otroka, žrtve nasilja v družini

Klinična slika je odvisna predvsem od otrokove starosti in od vrste nasilja, kateremu je izpostavljen.

Majhni otroci, dojenčki:

- znaki poškodbe (glave), nemirno spanje, zbujanje, neutolažljiv jok,
- motnje hranjenja s slabim napredovanjem s telesno težo in zaostankom v razvoju.

Predšolski otroci:

- znaki poškodbe,
- umaknjenost, pretirano umirjeno vedenje,
- anksioznost, nočne more,
- zaprtje ali uhajanje blata,
- uhajanje urina, nočno močenje postelje in druge motnje mikcije.

Šolski otroci in mladostniki:

- znaki poškodbe,
- spremembe vedenja, čustvovanja,
- motnje spanja,
- zaprtje ali uhajanje blata,
- uhajanje urina, nočno močenje postelje in druge motnje mikcije,
- okužbe spodnjih sečil,
- motnje hranjenja,
- glavobol,
- vrtoglavica,
- utrujenost

– bolečine v trebuhu in drugod. Kazalci, ki vzbudijo sum na nasilje v družini, so sledeči:

- odsotnost razlage za nastanek poškodbe,
- nasprotujoči si podatki poročevalcev o okoliščinah poškodbe,
- neujemanje poškodbe s podano razlago nastanka,
- razlaga nastanka poškodbe, ki ni skladna z otrokovimi razvojnimi sposobnostmi,
- vedenje otroka, vedenje skrbnika in njuna interakcija niso primerni,
- zakasnjeno iskanje pomoči in obiskovanje vrste zdravnikov drugega za drugim zaradi nestrinjanja z ugotovitvami,
- drugo (npr.: vremenskim razmeram neprimerna oblačila, izrazita umazanost, znaki opitosti staršev/spremljevalcev, ki so otroka pripeljali).

Zdravstvena obravnava otroka ob sumu na nasilje v družini

Anamnezo pridobimo od

- staršev/spremljevalcev, ki so otroka pripeljali in
- otroka (ob prisotnosti staršev/spremljevalcev in nato na samem).

V pogovoru s starši/spremljevalci in otrokom uporabljamo odprta vprašanja, ki ne sugerirajo naših predvidevanj, ostanemo mirni, ne kažemo vznemirjenosti, poskušamo pridobiti ključne podatke in pozorno poslušamo.

Pogovor z otrokom

Otroka spodbujamo, ga potolažimo in mu zagotovimo, da ni storil nič narobe. Otroci potrebujejo veliko spodbujanja, ko se pogovarjajo o nasilju ali zanemarjanju.

V pogovoru mu skušajmo sporočiti, da je z nami varen, da je prav, da se nam je zaupal, da nam je žal, da se mu

je nasilje zgodilo, da bomo naredili vse, da bi mu zagotovili ustrezno pomoč, in da poznamo osebe, ki mu bodo pomagale reševati težave.

Pri vseh pregledih otrok, ki vzbujajo sum zlorabe, starše povprašamo o načinih discipliniranja oz. kaznovanja otroka.

Klinični pregled

Ob kliničnem pregledu smo posebej pozorni na:

- motnjo zavesti (letargijo),
- spontano gibljivost,
- bledičnost,
- shuššanost (upadla, udrta lica),
- znake dehidracije.

Natančno pregledamo celo telo, iščemo znake:

- podplutbe (kot posledice nezgod so pri zdravih dojenčkih zelo redke):
 - s prepoznavnim vzorcem (sled prstov roke, sled stiska nadlakti z več prsti),
 - podplutbe različne starosti,
 - na predelih, ki so manj izpostavljeni poškodbam pri nesrečah (vrat, trup),
- opekline:
 - manjše, okrogle oblike (povzročene s pritiskom cigaretnega ogorka),
 - opekline, ki nastanejo s pritiskom vročega predmeta na kožo,
 - opekline, ki nastanejo s potopitvijo otroka v vrelo tekočino,
- poškodbe glave,
- poškodbe trebuha,
- poškodbe kjerkoli, v različnih stadijih celjenja,
- nezdravljenih poškodb (nepravilno zaraščeni zlomi),
- spolne zlorabe (spolovilo, analni predel).

Dokumentiranje

Vse podatke natančno zabeležimo na standardiziran obrazec »Dokumentiranje obravnave otroka ob sumu nasilja in zlorabe«. Pri zapisovanju

dejevstev, ki jih navajajo starši/spremljevalci ali sam otrok, uporabimo njegove besede in povedano označimo s premim govorom (tako ne bo sporno, da gre za izjave in ne za naše interpretacije). Obrazec mora biti dosegljiv v vsaki zdravstveni ustanovi.

V določenih situacijah je za kasnejše dokazovanje zlorabe ugodno fotografiranje sprememb. Pomembno je, da vsi zdravstveni delavci vemo, da uporaba osebnih fotoaparatorov (npr. fotografiranje z osebnim mobilnim telefonom) pravno ni ustrezna. V kolikor se odločimo za fotografiranje, uporabimo izključno temu namenjen fotoaparator, ki je na voljo le v nekaterih zdravstvenih ustanovah.

Za natančno zabeležanje sprememb v kliničnem statusu in za ustrezen odvzem vzorcev za preiskave, namenjene dokazovanju zlorabe, otroka lahko napotimo na Inštitut za sodno medicino, UKC Ljubljana, v Klinično forenzično ambulanto in o tem obvestimo 24 ur na dan dosegljivega zdravnika na tel.: 01 543 72 22.

Posebnosti v diagnostiki

Poleg siceršnjih potrebnih preiskav lahko opravimo dodatne preiskave, namenjene dokazovanju zlorabe otroka, predvsem v primerih suma na spolno zlorabo, enako kot pri odraslem.

O potrebnih dodatnih preiskavah se lahko posvetujemo z dežurnim zdravnikom v že zgoraj navedeni Klinični forenzični ambulanti. V praksi seznanitev staršev/spremljevalcev, ki so otroka pripeljali v pediatrično ambulanto, o potrebnih preiskavah, ki jih nameravamo opraviti za dokazovanje zlorabe in naj bi se le-ti z njimi strinjali, ni enostavno in zahteva precejšnjo iznajdljivost pediatra. Te preiskave se lahko opravijo tudi kasneje oz. niso ključnega pomena v nadaljnjem sodnem postopku dokazovanja zlorabe in zato niso nujne.

V primeru prijave suma, da je otrok žrtev nasilja v družini, in prijave primera policiji, bo v zdravstveno

ustanovo prišel policist z ustreznim setom za odvzem DNK. Z vatirano paličico pediatr odvzame bris sperme z genitalnega ali analnega področja, jo zapečati v posebno embalažo, ki jo policist pošlje v ustrezni laboratorij.

Ocena trenutne ogroženosti otroka žrtve nasilja in zlorabe z zdravstvenega vidika

Ker je trpinčenje otroka pogojeno s številnimi vzroki in se pojavlja v različnih oblikah, bo tudi zdravljenje, zlasti pa preprečevanje uspešno le v sodelovanju številnih strokovnjakov.

Obravnava ogroženih otrok temelji na celostnem obravnavanju, kjer je vodilno načelo za strokovno sodelovanje na tem področju upoštevanje koristi in pravic otrok in družine.

Pravna podlaga za ukrepanje in ravnanje v primeru trpinčenih otrok je **Zakon o preprečevanju nasilja v družini** (ZPND; Ur. l. 16/2008), sprejet leta 2008.

Ta zakon določa pojem nasilja v družini, določa vlogo in naloge državnih organov, javnih služb, nevladnih organizacij pri obravnavanju nasilja v družini ter določa ukrepe za varstvo žrtev nasilja v družini.

Zakon namenja posebno varstvo otrokom, ki so žrtve nasilja, saj imajo koristi in pravice otrok prednost pred koristmi in pravicami drugih udeležencev postopka (4. člen: posebno varstvo in skrb).

Vsakdo, zlasti pa strokovni delavci v zdravstvu ter osebje v vzgojno-varstvenih in izobraževalnih zavodih, mora ne glede na določbe o varovanju poklicne skrivnosti takoj obvestiti center za socialno delo, policijo ali državno tožilstvo, kadar sumi, da je otrok žrtev nasilja (6. člen: dolžnost prijave).

Center za socialno delo (CSD) nudi žrtvi in povzročitelju nasilja storitve po zakonu, ki ureja socialno

varstvo, pri čemer je cilj obravnavanja odprava neposredne ogroženosti in skrb za žrtvino dolgoročno varnost, z odpravo vzrokov in okoliščin, v katerih prihaja do nasilja. V ta namen center za socialno delo ustanovi **multidisciplinarni tim** (14. člen: naloge centrov za socialno delo).

CSD pozove k sodelovanju v timu tudi druge organe in organizacije, ki so ali bodo v okviru področja svojega delovanja obravnavali žrtev oz. povzročitelja nasilja, ter nevladne organizacije. **Odgovorne osebe organov in organizacij, ki so pozvane k pripravi načrta pomoči, so dolžne zagotoviti sodelovanje svojih predstavnikov.**

Če je žrtev nasilja otrok, se v načrtu pomoči predvidijo tudi ukrepi za varstvo otroka po predpisih, ki urejajo družinska razmerja (15. člen: načrt pomoči žrtvi).

Z namenom zagotavljanja pomoči žrtvam nasilja, izvajanja interventne službe, povezovanja dejavnosti organov in organizacij deluje **regijska služba za koordinacijo in pomoč žrtvam**. Ta služba vključuje interventno službo, krizne centre in regijskega koordinatorja za preprečevanje nasilja v družini (16. člen: regijska služba za koordinacijo in pomoč žrtvam).

Po zdravstveni obravnavi in oceni ogroženosti ter pogovoru z žrtvijo lahko izhaja:

1. Otroka je treba zaščititi pred nasiljem in zlorabo.

Taka odločitev se sprejme, kadar je otrok doživel škodo (fizično, psihično) zaradi nasilja in zlorabe ali okoliščine primera kažejo, da je ogrožen in da obstaja utemeljen razlog za nastanek škode pri tem otroku ali drugih otrocih v družini. Preveri se utemeljenost hospitalizacije otroka za takojšnjo zaščito otroka, izločitev iz ogrožajočega okolja in izvedbo ustreznih postopkov.

2. Otrok in družina potrebujejo druge načine podpore in pomoči.

Taka odločitev se sprejme, če otrok ni doživel škode, niti ni verje-

tno, da bi škoda pri otroku v družini lahko nastala, vendar je stanje v družini tako, da je malo verjetno, da bo otrok lahko dosegel optimalno raven zdravja in razvoja ali pa se bosta njegovo zdravje in razvoj poslabšala brez zagotavljanja nekaterih vrst pomoči različnih organov in organizacij.

- Otroka ni treba zaščititi in tudi druge storitve niso potrebne. Primer se zaključí.

Posebnosti v zdravljenju

Poleg zdravljenja, ki ga sicer izpeljemo zaradi otrokove somatske težave, je ob sumu na nasilje v družini vedno potrebna psihološka ali psihiatrična obravnava otroka. Načrtujemo jo čim prej, kot je mogoče.

V kolikor v zdravstveni ustanovi ni 24 ur na dan prisotnega dežurnega psihologa oz. otroškega psihiatra, že pediater, ki otroka pregleda, nudi osnovno psihološko podporo. Naprej mora presoditi, ali je treba otroka namestiti v varno okolje, ga napotiti ali sprejeti v bolnišnico ali v katero izmed drugih ustanov, v sodelovanju s podpornimi službami. Odločitev pediater sprejme, kadar je otrok ogrožen, v kolikor se po opravljenem pregledu vrne v domače okolje. V praksi je najlažje, da pediater otroka napoti ali sprejme v bolnišnico na sekundarni ali terciarni ravni, kjer se nato odvije nadaljnji postopek v sodelovanju z vsemi

službami v obliki usklajenega tima strokovnjakov.

V primeru, da zdravstveni delavec v pediatrični ambulanti postavi sum, da je otrok žrtev družinskega nasilja, je treba brez odlašanja in na ustrezen način obvestiti pristojne organe. Ugodno je, kadar je v zdravstveni ustanovi izbrana pristojna oseba, odgovorna za zaščito otrok in postopke za zaščito ogroženih otrok. Ob zaznanem sumu nasilja oz. sumu zlorabe otroka mora v skladu z zakonom zdravstveni zavod v 24 urah obvestiti pristojni center za socialno delo, policijo ali državno tožilstvo.

V nujnih primerih, ko je ogroženo otrokovo življenje, je potrebno:

- takoj obvestiti policijo,
- najpozneje v 24 urah pristojni center za socialno delo in
- otrokovega osebnega pediatra.

Policija bo po potrebi vključila v obravnavo tudi regijsko interventno službo. Obvestilo o zlorabi otroka posredujemo vsem službam pisno ali elektronsko ali sporočimo po telefonu. Informacijo po telefonu je treba najpozneje v treh dneh poslati tudi pisno.

Za obvestilo o sumu zlorabe otroka v zdravstveni ustanovi se uporabi obrazec, ki je priloga Pravilnika o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (Uradni list RS, št. 38/2011). Obvestilo o zaznavi nasilja podpišejo zdravnik pediater in medicinska sestra, ki sta bila prisotna

pri obravnavi, zdravstveni delavec, ki se mu je žrtev zaupala (če to ni zdravnik ali medicinska sestra), ter odgovorna oseba (vodja, predstojnik oddelka).

V času do posredovanja pristojnih strokovnih služb otrok nikoli ne sme biti prepuščen okoliščinam, ki bi ogrožale njegovo varnost ali zaščito. Če je neposredno ogrožen, je treba takoj obvestiti policijo. Oseba, ki po svoji poklicni dolžnosti o sumu zlorabe otroka obvesti pristojne službe, mora s tem seznaniti otrokove starše/skrbnike, razen če bi to lahko ogrozilo varnost otroka.

Priporočilo za zdravstveno obravnavo otroka ob sumu na nasilje v družini v pediatrični ambulanti na primarni ravni (zdravnik pediater in medicinska sestra)

Pediatrična ambulanta na primarni ravni zdravstvene oskrbe je prvo vstopno mesto otroka v zdravstveni sistem. Vsak predšolski in šoloobvezni otrok je poleg kurativnih pregledov pri osebnem pediatru deležen tudi rednih sistematskih preventivnih pregledov (najpogosteje v organizaciji šole, brez spremstva staršev oz. skrbnikov). Ti pregledi,



REPUBLIKA SLOVENIJA
SLUŽBA VLADE REPUBLIKE SLOVENIJE ZA RAZVOJ
IN EVROPSKO KOHEZIJSKO POLITIKO

Osmo izobraževanje o Prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti bo
8. –9. januarja 2016

Kotizacije ni.
Kreditne točke: 12

Več informacij in prijave na: www.prepoznajnasilje.si

predvsem za šolarje, niso nujno opravljeni s strani izbranega osebnega otrokovega pediatra, ampak drugega pediatra v zdravstveni ustanovi.

Vsak otrok je torej pregledan v pediatrični ambulanti po dveh poteh, zdravstveno osebje pa prihaja v stik z otrokom na dva načina. Ravno zato sta pomembna dodatno znanje in osveščenost vseh ravni zdravstvenega osebja, da bi bil otrok, žrtev nasilja v družini, čim pogosteje in čim hitreje prepoznani.

Zdravstveno osebje, ki se z otrokom srečuje ob kurativnih pregledih v obdobju več let, naj bi prepoznalo posredne znake nasilja v družini, razvidne iz:

- pogovora s starši, ki otroka pripeljejo na pregled in so običajno tudi navzoči v ambulanti med pregledom,
- komunikacije z otrokom v različnih starostnih obdobjih,
- komunikacije med obema staršema, kadar sta ob pregledu prisotna oba,
- odnosa med otrokom in staršem v času čakanja na pregled in med pregledom v ambulanti,
- iz spremljanja otrokovega

razvoja, obnašanja, videza ob posameznih obiskih,

- pogostosti obiskov (npr. zelo pogosti obiski v ambulanti),
- vzrokov obiskov (nejasne različne somatske težave otroka).

Običajno otrokov pediatr v več letih spremljanja otroka zelo dobro spozna družino in okolje, v katerem otrok raste, še posebej v manjših krajih. Pomembno je, da zdravstveno osebje zaradi dobrega poznavanja družinskega okolja ne zavzema višje tolerance do nasilja nad otrokom, v kolikor postavi sum nanj.

Na sistematskem zdravniškem pregledu v šolskem obdobju je primerno, da zdravstveno osebje v sklopu izobraževalnih vsebin, ki jih podajajo npr. medicinske sestre, ozavešča otroke same o:

- oblikah nasilja v družini,
- nedopustnosti kakršnegakoli nasilja,
- prikritega nasilja,
- možnosti sporočanja o nasilju brez strahu in posledic,
- dostopnosti do virov informacij, ki so otrokom blizu, o pravih ukrepih ob zaznanju možnosti nasilja.

Literatura:

1. Anderluh M, Breclj-Kobe M, Špela Cvetetar I s sod. Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti [Elektronski vir] El. knjiga. - Ljubljana : Ministrstvo za zdravje, 2015 ISBN 978-961-6523-57-8 (pdf)
2. Meglič A. Pediatrija. Obravnavanje žrtev nasilja v družini: klinični znaki in poti. V: Šimenc J. Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini. Priročnik za zdravstveno osebje. Zdravniška zbornica Slovenije, Ljubljana 2015; 94–100.
3. Kobe Breclj M. Otroška psihiatrija. Obravnavanje žrtev nasilja v družini: klinični znaki in poti. V: Šimenc J. Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini. Priročnik za zdravstveno osebje. Zdravniška zbornica Slovenije, Ljubljana 2015; 101–5.
4. Orel R. in Breclj-Kobe M. Postopki zdravnika pri sumu na spolno zlorabo otroka. Nujna stanja v otroški psihiatriji. Izbrana poglavja iz pediatrije 10. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, 1998: 91–97.
5. Žemva B. Zgodnji in kasni znaki trpinčenja pri otroku. Nujna stanja v otroški psihiatriji. Izbrana poglavja iz pediatrije 10. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, 1998: 79–84.
6. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med 2012;9(11):e1001349.
7. Wood JN, Fakeye O, Mondestin V, Rubin DM, Localio R, Feudtner C. Prevalence of abuse among young children with femur fractures: a systematic review. BMC Pediatr 2014; 14:169.

Srednješolske iniciacije

Prof. dr. Dušan Sket, dr. med., Ljubljana
dusan_sket@t-2.net

Zadnja leta se je pri nas razpasla navada, da se ob vstopu v srednjo šolo prvošolce pomaže po obrazu z barvami. Kakšne barve so to? Najbrž ne gledališki rekviziti, ampak flomastri in celo razpršila, s katerimi mažejo po pročeljih hiš in drugem. Je to z zdravstvenega vidika nevarno? Vsa slovenska javnost to sprejema, očitno brez rezerve. Tudi dermatološka stroka in ravnateljci srednjih šol. Nisem še zasledil kakšnega protesta ali

zaskrbljenosti glede tega. Je koža na mladem obrazu nekaj, kar lahko napadaš s kemikalijami? Je to škodljivo, morda kancerogeno? Spomnimo se, kako smo se vsi zavzemali, da je treba mladino ozaveštevati in zaščititi pred poškodbami s petardami. RTV SLO si je kar spodobno prizadevala. Kaj pa bomo storili glede barvanja obrazov? Postavljam javno vprašanje in želim odgovor od »odgovornih«.

Mednarodna organizacija zdravnikov za bolj zdrave politike do drog

Prim. Jasna Čuk Rupnik, dr. med., Ljubljana
cukovi@gmail.com

Organizacija IDHDP, s polnim imenom »International doctors for healthier drug policies«, šteje šesto leto obstoja. Naslovnica brošure, s katero promovira svoje delo, opozarja na potrebo po boju za bolj zdrave politike v zvezi z drogami, pri čemer je na prvem mestu misel: »Najprej ne škoduj!«

Delo organizacije vodijo naslednja načela:

Politiko do drog na temeljih zdrave družbe je treba uveljaviti čim prej.

Učinkovito mrežo za promocijo zdravih politik do drog morajo v mednarodnem obsegu graditi zdravniki vseh disciplin.

Zdravniki sodijo med najbolj spoštovane in zaupanja vredne člane skupnosti in lahko to dejstvo izrabijo za vpliv na druge profesionalce in splošno populacijo, da bi podprla politike do drog *na temelju zdravja*.

Za brošuro je predsednik pokroviteljev IDHDP prof. Michela Kazatchkine zapisal: »Spreminjati politike do drog tako, da bi favorizirale zdravje ljudi in varnost družbe, bi pomenilo potisniti zdravje mnogo više na lestvici, ki bi zagotavljala *na dokazih temelječo* preventivo, zmanjševanje škode in zdravljenje kot temeljne kamne za takšne politike. To se ne more zgoditi brez posredovanja in zavezanosti medicinske skupnosti.«

British Medical Journal Editorial (BMJ 2010; 341:c3374) ugotavlja, da si v organizacijo združeni zdravniki mnogih dežel sveta nalagajo veliko odgovornost: »Zdravniki in znanstveniki ... imajo ključno vlogo pri *povečevanju pomena znanstvenih dokazov*, ko oblikujejo politiko do drog.« ... »Če bi se družba še naprej

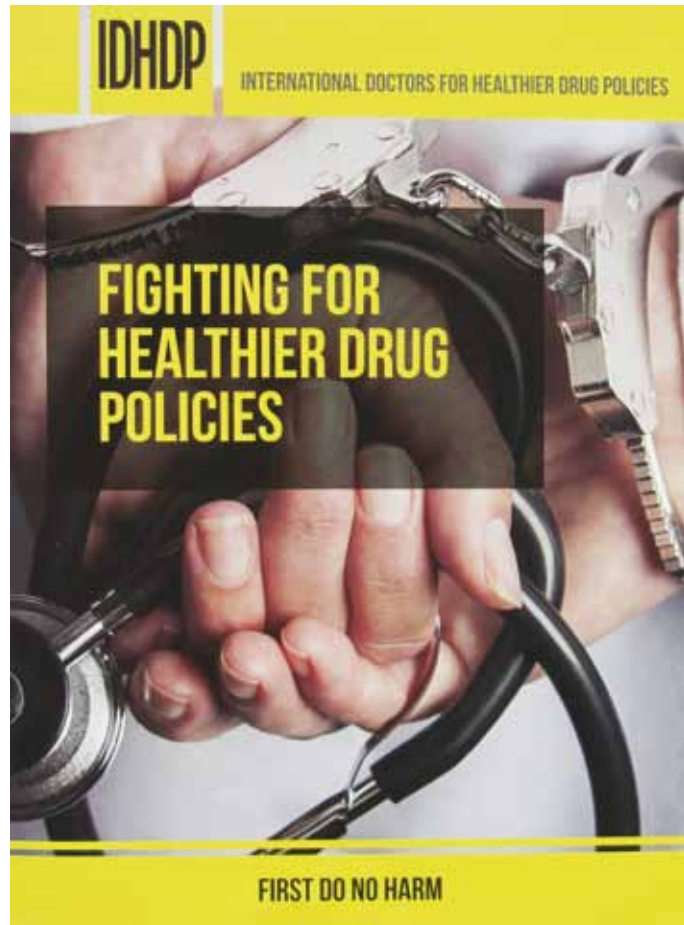
odzivala na odvisnosti od drog predvsem kot na zakonodajni problem (op. le z represijo), medtem ko bi učinkovite intervencije ostale omejene ali celo prepovedane, bi lahko sklepali, da tisti, ki delajo na področju odvisnosti, dolgo niso opravljali svojih obveznosti.«

Neomogočanje zdravljenja ter kaznovalnimi, moralizirajoči in nespoštljivi pristopi do oseb, ki trpijo zaradi bolezni odvisnosti od dovoljenih in/ali nedovoljenih drog, so marsikje na

svetu še vedno pereč problem. In kako se do teh bolnikov vedemo zdravniki v Sloveniji, kjer imamo v zvezi s tobakom, alkoholom in drugimi drogami že nekoliko bolj sodobna zakonodajna izhodišča? Nas glede na prizadevanja IDHDP vseeno čaka še precej dela?

Organizacija vabi vse zdravnike sveta, ki se zavedajo teh izzivov stroke, da postanejo člani IDHDP. Kontaktna naslova sta:

ask@idhdp.com
www.idhdp.com



| Opravljeni specialistični izpiti

Ana Blatnik, dr. med., specialistka klinične genetike, izpit opravila s pohvalo 28. 7. 2015

Teodora Bosanac Bokan, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, izpit opravila 19. 8. 2015

Blanka Bradeško Kranjčević, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 9. 6. 2015

Irena Brenčič Petrovčič, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 9. 6. 2015

Adrijana Cvijić, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, izpit opravila 24. 8. 2015

Simona Čeh Šmigoc, dr. dent. med., specialistka čeljustne in zobne ortopedije, izpit opravila 21. 4. 2015

Miha Čufer, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 9. 6. 2015

Katja Dejak Gornik, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila s pohvalo 22. 6. 2015

Maja Denkovski, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 7. 8. 2015

Nebojša Đurišić, dr. med., specialist dermatovenerologije, izpit opravil 23. 7. 2015

Veronika Dintinjana, dr. med., specialistka splošne kirurgije, izpit opravila 19. 5. 2015

Boris Egić, dr. dent. med., specialist otroškega in preventivnega zobozdravstva, izpit opravil 19. 6. 2015

Dejan Fabčić, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil s pohvalo 5. 8. 2015

Maša Farkaš, dr. dent. med., specialistka čeljustne in zobne ortopedije, izpit opravila 26. 5. 2015

Iztok Fošnarič, dr. med., specialist pnevmologije, izpit opravil s pohvalo 6. 8. 2015

Maja Gams, dr. med., specialistka nefrologije, izpit opravila 21. 4. 2015

Maja Gluvič, dr. dent. med., specialistka zobnih bolezni in endodontije, izpit opravila 25. 8. 2015

Darja Gnezda Mugerli, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 11. 5. 2015

Andriy Grynyuk, dr. med., specialist anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravil s pohvalo 24. 8. 2015

Emina Hajdinjak, dr. med., specialistka urgentne medicine, izpit opravila s pohvalo 26. 8. 2015

Nataša Hrovatič, dr. med., specialistka onkologije z radioterapijo, izpit opravila 17. 8. 2015

Gregor Hvalc, dr. med., specialist splošne kirurgije, izpit opravil s pohvalo 25. 8. 2015

Žiga Jan, dr. med., specialist ginekologije in porodništva, izpit opravil 25. 5. 2015

Iza Jonko, dr. med., specialistka dermatovenerologije, izpit opravila s pohvalo 18. 6. 2015

Jana Kenda, dr. med., specialistka nevrologije, izpit opravila s pohvalo 21. 8. 2015

Andreja Klevišar Ivančič, dr. med., specialistka patologije, izpit opravila 25. 8. 2015

Andrej Lahajner, dr. med., specialist ortopedske kirurgije, izpit opravil s pohvalo 25. 8. 2015

Tina Lesnik, dr. med., specialistka javnega zdravja, izpit opravila 21. 4. 2015

Dr. Luka Ležaić, dr. med., spec., specialist nuklearne medicine, izpit opravil s pohvalo 7. 4. 2015

Asist. Milica Lukić, dr. med., specialistka intenzivne medicine, izpit opravila s pohvalo 30. 6. 2015

Benjamin Marjanovič, dr. med., specialist ortopedske kirurgije, izpit opravil 18. 6. 2015

Irena Marković, dr. med., specialistka otorinolaringologije, izpit opravila 21. 8. 2015

Maruška Marovt, dr. med., specialistka dermatovenerologije, izpit opravila s pohvalo 28. 5. 2015

Barbara Mazej Poredoš, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 9. 6. 2015

Nataša Mihevc Tomov, dr. med., specialistka otroške in mladostniške psihiatrije, izpit opravila 15. 6. 2015

Andreja Mohar Košir, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila s pohvalo 22. 6. 2015

Maja Perc, dr. med., specialistka psihiatrije, izpit opravila s pohvalo 27. 5. 2015

Ana Perpar, dr. med., specialistka onkologije z radioterapijo, izpit opravila 21. 8. 2015

- Maja Pešič**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 9. 6. 2015
- Barbara Pistor**, dr. med., specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravila s pohvalo 21. 7. 2015
- Dr. Peter Radšel**, dr. med., specialist kardiologije in vaskularne medicine, izpit opravil s pohvalo 18. 6. 2015
- Domen Ribnikar**, dr. med., specialist internistične onkologije, izpit opravil s pohvalo 27. 5. 2015
- Amna Sarajlić**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 9. 6. 2015
- Jernej Sitar**, dr. med., specialist pnevmologije, izpit opravil 18. 5. 2015
- Tina Stavec**, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, izpit opravila 9. 7. 2015
- Matej Štante**, dr. med., specialist abdominalne kirurgije, izpit opravil s pohvalo 31. 8. 2015
- Timotej Šuc**, dr. med., specialist urgentne medicine, izpit opravil 14. 8. 2015
- Martina Turk**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 28. 5. 2015
- Helena Turk Škrubej**, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila 6. 5. 2015
- Igor Višnjar**, dr. med., specialist splošne kirurgije, izpit opravil s pohvalo 22. 4. 2015
- Kristina Ziherl**, dr. med., specialistka pnevmologije, izpit opravila s pohvalo 23. 4. 2015
- Sašo Žitnik**, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 9. 6. 2015

Čestitamo!



Številka: 041-4/2015/14

Datum: 1. 11. 2015

Na podlagi 22. člena Statuta Zdravniške zbornice Slovenije (besedilo sprejeto na skupščini Zdravniške zbornice Slovenije dne 13. 12. 2007 ter 16. 12. 2008 (uradno prečiščeno besedilo)) in 19. člena Poslovnika o delu skupščine, izvršilnega odbora ter njunih organov (besedilo sprejeto na skupščini Zdravniške zbornice Slovenije dne 4. 12. 2007)

RAZPISUJEM

NADOMESTNE VOLITVE

za poslanca skupščine Zdravniške zbornice Slovenije
za volilno enoto ST2 (zobozdravniki LJ)
regije Zaposleni zobozdravniki Slovenije

za 18. november 2015

Poslanca skupščine Zdravniške zbornice Slovenije se voli na neposrednih, splošnih in tajnih volitvah.

Volitve se opravijo z glasovanjem po pošti.

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

Dežele (Länder) zahtevajo več mest za študij medicine

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Deželni zdravstveni referenti (*Landesgesundheitsreferenten*) so na svoji konferenci ob koncu aprila 2015 enotno zahtevali, naj se poveča število mest za študij humane medicine. To je »zahteva ure«, da bi se izognili problemom, ki bodo sicer nastali v prihodnjih desetih letih. Tako je že zdaj npr. med medi-

cinci na Dunaju ena tretjina takšnih študentov, ki niso Avstrijci in ki po dokončanju študija najverjetneje ne bodo ostali v Avstriji.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung* št. 10, 25. maj 2015

Kdaj se sme prelomiti zdravnikovo dolžnost molčečnosti?

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Namerno povzročeno strmoglavljenje potniškega letala družbe Germanwings je po dosedanjih preiskavah sprožilo medijsko razpravo o dolžnosti molčečnosti zdravnikov ter negovalnega osebja.

Deloma zaradi posledic te katastrofe se je pojavila zahteva, da bi se dolžnost molčečnosti omilila. Je pa nujno opozoriti na nevarnost takih razprav ter morebitnih priložnostnih zakonodaj.

Dolžnost molčečnosti je bistvena sestavina zaupnega odnosa med zdravnikom/-co in pacientom/-tko. Pripravljenost, privoliti v preiskavo pri zdravniku oz. zdravnici, se bo vsekakor zmanjšala, če se ni mogoče zanesti na osnovno molčečnost zdravnika/zdravnice. Zdravnikova molčečnost ne varuje le zasebnosti pacienta, temveč v prvi vrsti pravzaprav njegovo zdravje. Prav slednje je pogoj za pacientovo zaupanje zdravniku. Veljavna zakonodaja pa zdravnikom in zdravnicam že danes omogoča, da – ob upoštevanju ozkih

meja – dolžnost molčečnosti prekršijo v določenih primerih ter zaradi višjih interesov.

Vendar pa zdravnik nima – če odštejemo izrecno navedeno obveznost za prijavljanje (npr. nalezljivih bolezni, *op. prev.*) – nobene dolžnosti za razkritje svoje poklicne tajnosti.

Vir: *AERZTE Steiermark*, junij 2015

Opomba: Članek je zelo dolg in ima dodaten vložek. Oboje je oblikovano zelo pravniško (juridično) in avtorja citirata celo vrsto zakonov iz avstrijske zakonodaje. Ker pravniške nemščine ne obvladam, sem se v povzetku zgoraj omejil le na tisto, kar je po moji laični presoji bistveno. Sicer pa bi bilo koristno prevesti vse besedilo, kar pa bo trd oreh celo za strokovno podkovanega prevajalca.

Slovenija: zdravniki stavkajo

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

V Sloveniji je zdravniški sindikat Fides napovedal splošno stavko, ker doslej niso bile izpolnjene zahteve po boljših delovnih razmerah in višjih plačah. Zdravniki že od leta 2008 zahtevajo nove standarde za javno zdravstvo. Tako naj bi se število pacientov, ki jih oskrbuje družinski

zdravnik (v poročilu se uporablja izraz *Hausarzt*, op. prev.), znižalo od trenutnega povprečja 2200 za 30 odstotkov, na približno 1500 pacientov. Hkrati sindikat zahteva povišanje povprečne plače za 40 odstotkov. V marcu letos je bila povprečna plača približno 1500 EUR bruto. Slovenska

ministrica za zdravje Milojka Kolar Celarc odklanja »izsiljevanje« zdravnikov, je pa ministrstvo pripravljeno za »kooperacijo« pri pripravi novih standardov. V Sloveniji so zdravniki doslej stavkali trikrat, zadnjič leta 2010. Najdaljša stavka je bila leta 1996 in je trajala tri tedne.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung*
št. 11, 10. junij 2015

Prepoved odlaganja neprodanih živil v Franciji

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

S paketom ukrepov hoče Francija preprečiti zavrženje živil. V veleprodaji bo tako v prihodnje prepovedano, da bi se neprodana hrana odložila na odlagališčih ali da bi se predelala v neužitno obliko. Neprodana živila naj

bi se podarila, uporabila kot hrana za živali, za kompost ali za kmetijstvo. Tržnice, večje kot 400 kvadratnih metrov, morajo skleniti pogodbe s karitativnimi organizacijami.

Do leta 2025 hoče socialistična vlada za dvakrat zmanjšati količino zavrženih živil. Na leto vsak Francoz zavrže povprečno od 20 do 30 kg živil, kar ustreza približno 12 do 20 milijardam EUR.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung*
št. 11, 10. junij 2015

131. zasedanje ÖÄK: obveznost cepljenja

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

Zvezni odbor nastavljenih zdravnikov (*Bundeskurie angestellte Ärzte*) je spet nadrobno razpravljal o tematici okoli obveznosti cepljenja – potem ko se je Komisija za bioetiko izrekla za obveznost cepljenja zdravstvenega osebja. Odbor je soglasno podprl stališče Komisije za bioetiko, politično

odgovorne pa pozval k ustreznemu ukrepanju. Zagotovo se pa mora zakonodajalec – če hoče uvesti zakonsko obveznost cepljenja – najprej opredeliti o vprašanju, ali obveznost cepljenja posega v področje osebnih pravic. Vsekakor pa naj bi se pripadniki zdravstvenih poklicev iz etičnih

razlogov cepili samoumevno ter tako bili zgled drugim.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung*
št. 13, 25. junij 2015

Zadruga bolnikov s srčno aritmijo

Prevedel in priredil prof. dr. Boris Klun, dr. med., v. svet., Ljubljana
boris.klun@gmail.com

Na Hrvaškem umre vsako leto približno 9000 ljudi zaradi nenadne srčne smrti ali, drugače povedano, vsako uro eden. 95 odstotkov jih umre zaradi prepozne strokovne pomoči.

Po drugi strani pa naj bi nenadna srčna smrt, kot posledica aritmije, povzročila več smrti kot možganska kap, AIDS, rak na pljučih in rak dojke skupaj. Odstotek preživetja je nižji kot 5 odstotkov, smrt nastopi po nekaj minutah, kar pomeni, da je klasično oživljanje redkokdaj učinkovito.

Dovolj tehten razlog za ustanovitev zadruga bolnikov s srčno aritmijo?

Predsednik zadruga je postal Marko Perica, ki se mu je posrečilo preživeti dva srčna zastoja, nakar mu je bil vgrajen kardioverter defibrilator, ki se vključuje ob srčnem zastoj in ki naj bi bil uspešen v 98 odstotkih.

Predsednik pove, da bi rad pomagal tistim, ki so morda že doživeli srčno fibrilacijo, ki kažejo sumljive znake, ali tistim, ki ne vedo, kam se obrniti po pomoč.

Zadeva pa je seveda draga in na Hrvaškem pride na milijon prebivalcev le 40 takih, ki jim je bil vgrajen defibrilator, v nasprotju z Nemčijo (330), Švico (200), Poljsko (250), Češko (130) in Slovenijo (več kot 70).

Očitno medicina teži k vgradnji vse več elektronike in nadomestnih delov v človeško telo – nekaj, kar smo bili doslej navajeni le pri avtomobilih.

Vir: Liječničke Novine; september, 2015

Palmira zadnjič

Prevedel in predstavil prof. dr. Boris Klun, dr. med., v. svet., Ljubljana
boris.klun@gmail.com

Prof. dr. Željko Poljak, glavni urednik Liječničkih Novin, je obiskal Palmiro.

Oglejmo si slike mesta, ki ga kmalu ne bo več.

Vir: Liječničke Novine; september, 2015



V pripravi skupen evropski pristop v preventivi starostne krhkosti in oslabiljenosti

Joint Action on Frailty Prevention

Dr. Branko Gabrovec, mag. ing. log., Nacionalni inštitut za javno zdravje

Dr. Marjetka Jelenc, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje

branko.gabrovec@nijz.si, marjetka.jelenc@nijz.si

Demografsko staranje predstavlja enega najresnejših izzivov, s katerim se sooča večina evropskih držav. Podpora aktivnemu in zdrave- mu staranju je zato pomembna tako za izboljša- nje kakovosti življenja prebivalstva kot tudi za zmanjšanje pritiska na zdravstvene sisteme (1). Nenehno podaljševanje pričakovane življenjske dobe je vsekakor pomemben dosežek. Prebivalci Evropske unije (EU) sicer živijo dlje, vendar mnogi z enim ali več dolgotrajnimi bolezenskimi stanji, marsikje v slabem zdravstvenem stanju in z zmanjšano kakovostjo življenja. Za mnoge starost prinaša odvisnost od drugih, starostno krhkost, oslabiljenost (angl. frailty) in/ali kronič- ne bolezni. Izziv družbi torej ni zgolj podaljševa- nje pričakovane življenjske dobe, ampak zdrava in samostojna starost. Zato je potrebna čimprej- šnja uvedba trajnostnih in učinkovitih zdravstve- nih ter socialnih rešitev, ki se bodo učinkovito kosale s povečevanjem starostne krhkosti, oslabiljenosti, s pridruženimi kroničnimi boleznimi, kognitivnim upadom in njihovimi posledicami (1, 2). V EU sta starostna krhkost in osla- bljenost pogost in obenem naraščajoč multidimenzionalen zdravstveni in socialni izziv, povezan s fizičnim, kognitivnim in funkcional- nim upadanjem starajočega se prebivalstva (3). V eni izmed študij so ugotovili, da znaša preva- lenca starostne krhkosti in oslabiljenosti pribli- žno 10 odstotkov pri starosti nad 60 let in kar 25 odstotkov pri starosti 80 let in več (3). Starostna krhkost in oslabiljenost sta tudi glavna dejavnika vpliva povečanja stroškov zdravljenja pri starej- ših (4, 5).

Ker se lahko proces, ki vodi do starostne krhkosti in oslabiljenosti, upočasni ali celo popolnoma zavre, je primeren za zgodnje ukre- panje. Starostna krhkost in oslabiljenost sta namreč močan dejavnik tveganja za izgubo mobilnosti, padce, odvisnost od drugih, instituci-

alizem in smrt, zato so zgodnji ukrepi in morebi- tno zdravljenje ključnega pomena (6). Poleg tega je stanje priznan napovedovalec izidov medicin- skih in kirurških posegov, ki jih je treba upošte- vati in ne zgolj pripisati dejstvu, da gre za starej- še paciente. Glede na pospešeno staranje prebivalstva v večini evropskih držav in s tem povezano povečano število posameznikov z okvarami ter odvisnostjo od drugih bi ukrepi pripomogli k odlogu odvisnosti od drugih, kar pa je glavni vzrok poseganja po zdravstvenih in socialnih storitvah (7).

Evropsko inovativno partnerstvo za aktivno in zdravo staranje (European Innovation Part- nership on Active and Healthy Ageing – EIP AHA) je rezultat zavzetosti EU v sprejemanju izziva starostne krhkosti in oslabiljenosti. Junija 2012 so se partnerji EIP AHA (inštituti, druge znanstvene ustanove in institucije) organizirali v šest akcijskih skupin, med katerimi je tudi Akcijska skupina za preventivo starostne krhko- sti in oslabiljenosti (Action Group on Frailty Prevention). Delo skupine je bilo usmerjeno v izboljševanje stanja na področju preventive starostne krhkosti in oslabiljenosti ter organizaci- je podpore, ki bi oslabilim, krhkim starejšim in tistim, ki zanje skrbijo, olajšala življenje (1). Slovenska nosilna organizacija v projektu EIP AHA je bil Nacionalni inštitut za javno zdravje – NIJZ, vsebina projekta je dostopna na sple- t-nem naslovu www.staranje.si.

Z namenom spodbujanja pristopa k prepreče- vanju starostne krhkosti je v javnozdravstvenem programu za leto 2015 Evropska komisija razpisa- la skupen program na področju starostne krhkosti in oslabiljenosti, tako imenovan »Joint Action-JA on Frailty Prevention« oz. Skupno evropsko ukrepanje za preprečevanje starostne krhkosti in oslabiljenosti. »Joint Action« oz. skupno ukrepa- nje je poseben mehanizem za financiranje evrop-

skih projektov. Članice EU se zavedajo, da se lahko starostno krhkost in oslabiljenost kot javnozdravstveni in socialni izziv zmanjšuje, skupen projekt »JA on Frailty Prevention« pa predstavlja priložnost za sodelovanje in napredek k skupnim odločitvam na tem področju.

Pripravljalnih sestankov se z Evropsko komisijo in zainteresiranimi državami udeležuje tudi Slovenija. Slovensko ministrstvo za zdravje in NIJZ se namreč problematike staranja prebivalstva in z njo povezanega možnega razvoja starostne krhkosti in oslabiljenosti zavedata in podpirata vključevanje naše države v skupno evropsko ukrepanje na omenjenem področju.

V Bruslju je junija 2015 pod vodstvom predstavnikov Evropske komisije potekala delavnica na temo priprave vsebin projekta Skupnega evropskega pristopa k preventivi in reševanju problema starostne krhkosti in oslabiljenosti. Na delavnici je sodeloval tudi NIJZ. Udeleženci

delavnice so identificirali področja in načine sodelovanja evropskih držav v preventivi starostne krhkosti in oslabiljenosti ter analizirali vrzeli, ki jih bo moral premostiti nov omenjeni evropski projekt, da bi lahko pripomogel k uvedbi sprememb na evropski ravni na področju preventive starostne krhkosti in oslabiljenosti. Med drugim so udeleženci delavnice identificirali potrebo po pripravi smernic na ravni državljanov (pacientov), prebivalstva, sistema zdravstva in sociale, političnih odločevalcev ter oskrbovalcev starejših in oslabiljenih ter opredelili ključne vsebine za vsako od navedenih področij. Opolnomočenje državljanov/pacientov, dvig ravni osveščenoosti ter povečanje povpraševanja po učinkoviti in kakovostni preventivi in obvladovanju starostne krhkosti in oslabiljenosti, izobraževanje prebivalstva o zdravem načinu življenja, natančno načrtovanje in usklajevanje oskrbe ter opredelitev vloge socialnih determinant so le nekatera

izmed ključnih izhodišč za nadaljnje delo.

Projekt »Joint Action on Frailty Prevention« naj bi se predvidoma začel spomladi 2017.

Literatura:

1. The Action Group on Frailty Story, 2012–2014. European Commission, 2015.
2. Prevention and early diagnosis of frailty and functional decline, both physically and cognitive, in older people. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. European Commission, 2014.
3. Garcia-Garcia FJ, Gutierrez Avila G, Alfaro-Acha A, et al; Toledo Study Group. The prevalence of frailty syndrome in an older population from Spain. *The Toledo Study for Healthy Aging. J Nutr Health Aging* 2011;15:852–6.
4. Gill TM, Gahbauer EA, Han L, et al. Trajectories of disability in the last year of life. *N Engl J Med* 2010;362:1173–80.
5. Bock JO, Heider D, Brenner H, et al. The impact of frailty on health care costs. 11th World Congress in Health Economics. Milan, 13–15 July 2015.
6. Clegg A, Young J, Iliffe S, et al. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013;381:752–62.
7. Rodríguez-Artalejo F, Rodríguez-Mañas L. The frailty syndrome in the public health agenda. *J Epidemiol Community Health* 2014;68:703–4.

Prehranski deficit

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Številne kronične degenerativne spremembe so pri sodobni populaciji tesno povezane s prekomerno energetsko prehranjenostjo ne eni in funkcionalno podhranjenostjo na drugi strani. Strokovnjaki poudarjajo, da za posameznika, ki je pretežak in predebel, še zdaleč ni mogoče avtomatsko sklepati, da ima njegov organizem na voljo izobilje hranilnih in varovalnih snovi. Japonski in ameriški znanstveniki ugotavljajo, da se pozornost javnosti v zadnjem času vse bolj osredotoča na gibanje in premagovanje stresa, prehrana in prehranjevanje pa stopata v ozadje. Ne glede na dejstvo, da prav zdrav jedilnik, organizmu prijazno uživanje hrane in pijače ter optimalna telesna teža predstavljajo tri najbolj učinkovite, pa tudi cenovno relativno nezahtevne načine preprečevanja in pomoči pri zdravljenju (lajšanju, odpravljanju) najbolj

pogostih kroničnih zapletov oz. pri ohranjanju zdravja, mladostnosti in vitalnosti. Kljub temu pa zdravniki v praksi tem področjem posvečajo vse manj pozornosti, v upanju, da bo pacient dobil potrebne podatke in napotke o prehrani iz drugih virov. Britanski raziskovalci so prepričani, da je treba prehranjevanje uvrstiti med ključne prioritete pri obravnavi bolnikov. S poglobljeno analizo so na Otoku namreč ugotovili, da bi za pomemben premik na tem področju zadoščalo že, da bi zdravnik nutricionisti posvetil dve do tri minute svojega dragocenega časa, ki ga nameni bolniku. Ta čas bi se bogato obrestoval obema: bolniku in zdravniku.

Viri: www.nutrition.com, www.sciencedaily.com, *LifeExtension* 8/15

Družinska medicina za palestinske begunce

Rok Petrovčič, študent 6. letnika MF v Mariboru
rok.5rovic@gmail.com

Študentska leta so pestra in mladega študenta zanesejo na najrazličnejše dele sveta. Kot študent 5. letnika sem se imel priložnost udeležiti projekta *ReCap – Refugee Camp Project*, katerega glavna naloga je omogočiti študentom medicine spoznavanje begunske situacije v Palestini. Del projekta je posvečen tudi obisku klinik za begunce, ki delujejo pod okriljem Združenih narodov na Zahodnem bregu.

Kdo so begunci v Palestini?

Po definiciji Slovarja slovenskega knjižnega jezika je begunec *tisti, ki beži pred nevarnostjo ali neprijetnostjo*. Vendar se begunci v Palestini razlikujejo od tistih, ki v zadnjem letu množično bežijo v Evropo. Begunci v Palestini obstajajo

od sredine 50. let prejšnjega stoletja. Razseljeni so bili v času arabsko-izraelskega konflikta leta 1948 in ker mirovni proces ni bil nikoli zares končan, ostajajo v svojih taboriščih do danes. Tako lahko srečamo že drugo ali tretjo generacijo beguncev. Živijo v begunskih taboriščih, ki so sicer zidana, a prenaseljena in velikokrat s pomanjkljivo infrastrukturo, težavami z dostopom do elektrike, vode in kanalizacije ter z veliko stopnjo nezaposlenosti. Za njihove zdravstvene potrebe od leta 1950 skrbi predvsem UNRWA – *United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East*. Področja delovanja UNRWA so zdravstvo, šolstvo, izboljšanje razmer v begunskih taboriščih, socialno delo in krizno odzivanje. Zdravstvo beguncev, vseh 475.000, kolikor



Klinika Združenih narodov za begunce.

jih dostopa do 42 UNRWA-klinik na Zahodnem bregu, je vsaj na papirju dobro urejeno. Vsi imajo brezplačen dostop do osebnega zdravnika in možnost napotitve k specialistom. Urejeno je tudi zdravstveno varstvo žensk, saj imajo brezplačen dostop do ginekologa. Zaposleni, vključno z zdravniki, so večinoma lokalni prebivalci, predvsem begunci sami. Glavno vodilo organizacije UNRWA-zdravstva je pristop po načelu življenjskega cikla, po katerem skrbijo za begunsko prebivalstvo od prekonceptije do aktivnega staranja. Delujejo tako preventivno kot kurativno. Velik poudarek je na dolgoročnem spremljanju celotne družine. Vendar je realnost, ki sem jo imel priložnost opazovati, rahlo drugačna.

Pri odprtih vratih

Obisk pacienta pri osebnem zdravniku v UNRWA-kliniki pomeni čakanje v dolgi vrsti. Vse se dogaja pri odprtih vratih ambulante, kjer le nekaj korakov stran stoji naslednji pacient. Tako ni nobene zasebnosti, možnost posveta pa je zelo omejena. Anamneze so kratke, klinični pregledi še krajši, možnosti diagnostičnih preiskav zelo omejene. Povprečno število bolnikov, ki jih zdravnik pregleda v enem dnevu, je 107. Težave bolnikov se ne razlikujejo veliko od tistih v Evropi, večino tako predstavljajo okužbe zgornjih dihal. Veliko breme predstavljajo tudi duševne bolezni, za katere pri družinskem zdravniku ni ustreznega časa in prostora za posvet. Problem UNRWA-klinik je tudi financiranje, saj se z naraščanjem begunske krize tok denarja usmerja v akutne begunske težave druge na Bližnjem vzhodu. Nepredstavljava težava je omejitve gibanja, vzpostavljena s strani Izraela, ki beguncem z določenih območij onemogoča dostop do UNRWA-klinik. Problem rešujejo s pomočjo mobilnih klinik, ki dostopajo do beguncev, katerih gibanje je onemogočeno zaradi zapor, kontrolnih točk ali zidu.



Opozorilo o prepovedi nošnje orožja ob vstopu v kliniko.

Od podhranjenosti do debelosti

Od začetnih težav z infekcijskimi boleznimi in podhranjenostjo se palestinski begunci danes soočajo z velikim porastom kroničnih bolezni. Palestinci, ki so večinoma muslimani s posledično majhno stopnjo uživanja alkohola in svinjine, imajo velike težave z debelostjo, sladkorno boleznijo in hipertenzijo. Vzroke lahko iščemo predvsem v veliki porabi sladkorja in kruha, ki predstavljata najcenejšo in najbolj dostopno obliko hrane. Veliko težavo predstavlja tudi kajenje. Problem delno rešujejo posebne klinike za diabetes in hipertenzijo. Klinike skrbijo za celostno obravnavo kroničnih pacientov. Obravnava je razdeljena na več stopenj, tako pacienta pregleda internist, oftalmolog, medicinska sestra, ki skrbi za nego nog, in nutricionist. Velik poudarek je tudi na izobraževanju pacientov, za kar je poskrbljeno z različnimi predavanji, zloženkami in drugim informativnim materialom.

Med rakavimi obolenji je na prvem mestu rak dojke, sledita rak debelega črevesa in pljučni rak.

Naravni prirast v Palestini je pozitiven, vendar je veliko prirojnih malformacij, katerih vzrok lahko iščemo tudi v velikem številu porok znotraj sorodstva.

ReCap

Na koncu še nekaj besed o projektu *ReCap*, pod okriljem katerega sem imel možnost obiskati Palestino. Projekt organizirata organizaciji IFMSA – *International Federation of Medical Students Association* in IPPNW – *International Physicians for the Prevention of Nuclear War*. Glavni cilj projekta je seznanitev študentov medicine z begunsko situacijo v Palestini. Tako smo imeli študentje v mesecu avgustu možnost spoznati delo zdravnikov v klinikah za begunce, v bolnišnici, ki jo vodi Karitas, pa tudi v državni bolnišnici v Betlehemu. Imeli smo tudi priložnost obiskati nekaj begunskih naselij, kjer smo organizirali aktivnosti za otroke. Izkušnja preživetega meseca v Palestini omogoča spoznavanje medicine tudi v drugačnih razmerah in je zelo pretresljiva, na trenutke zelo čustvena, vsekakor pa nepozabna.

Kdo se boji evtanazije?

Ne bom tak kot tri opice!

Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., v. svet., Preddvor

eldar.gadzijev@gmail.com

Prispevka prof. Matjaža Zwitterja »Etične dileme ob odtegnitvi nesmiselnega intenzivnega zdravljenja« ter prim. Anice Mikuž Kos »Razmišljanja ob rob razpravam o evtanaziji« sta me vzpodbudila k razmisleku o teh problemih in k temu pisanju. Oba članka zame predstavljata skupek pomembnih vprašanj in problemov ter vzpodbujata ne le k razmišljanju o evtanaziji, ampak tudi k izražanju pogledov in mnenj tako zdravniške srenje kot naše družbe nasploh. Tako prof. Zwitter ob odlično in zelo premišljeno opisanih dilemah kot prim. Mikuž Kosova z odkritostjo doživljanja starosti in skrbi, povezanih z njo, enostavno terjata naš odziv.

Opustitev zdravljenja in predvsem odtegnitev intenzivnega zdravljenja, ki je med drugim najzahtevnejše in najagresivnejše nekirurško poseganje, sta vsekakor etično mejni dejanji, če si postavljamo za izhodišče ohranjanje in svetost življenja. Sta pa tako ohranjanje kot svetost življenja v praksi postala tudi »mejna«: ohranjanje življenja brezupno bolnih za vsako ceno nikakor ne more biti dokaz naše empatije. Neredko je v ozadju čisto človeška, neracionalna želja, da bo zdravljenje morda še imelo pozitiven učinek. Še večkrat pa neko poslabšanje sicer neozdravljivo bolnega, kot npr. respiratorna stiska ali popuščanje neke pomembne funkcije, zaradi želje po ohranjanju življenja pripelje do premestitve bolnika na intenzivni oddelek. Včasih, predvsem v dežurstvih, so odločitve o premestitvi brezupno bolnega na intenzivni oddelek bolj posledica nekakšne stiske kot treznega premisleka in sprijaznjenja z dejstvom, da se zaradi neozdravljive bolezni približuje bolnikov konec. Za mene je pri takih bolnikih sočutno intenzivno lajšanje bolečin in primerna sedacija, ki naj se pač stopnjuje. Torej počasna pomoč pri dostojnem umiranju! Vsekakor pa je prav, da je taka odločitev konzilijska in ne bremeni le trenutno lečečega zdravnika. Bremeni sem napisal, ker se zavedamo, da je naša dolžnost ohranjanje življenja in se ob taki situaciji najdemo ujeti v našo zapriseženost. Vendar spoštujoč človekovo dostojanstvo in zavedajoč se, da je pred njim le še trpljenje, je vendarle

humano in sočutno pomagati mu tako, da ne trpi, čeprav mu to lahko prinese tudi »večni spanec brez sanj«.

Svetost življenja pa je žal vse bolj »frazza«, ki spada predvsem v religijo in se v praktičnem življenju tako in tako vse bolj izrablja. To je težka trditev, ampak izvira iz zavedanja, kako malo je vredno ali povsem nevedno življenje v ne tako oddaljenih okoljih, pri čemer smo od daleč slepi in gluhi za »mrtvo življenje in živo smrt« premnogih tako ali drugače trpinčenih in trpečih, da uporabim v navednicah izraz pisatelja Lojzeta Kovačiča. Kako spoštujemo svetost življenja, ko marsikje bogati toliko jemljejo revnim, da je njihovo »sveto« življenje le stradanje in počasno umiranje, ko vojne, ki so jih z določenim namenom zanetili v naslanjačih tam čez lužo, požirajo mlada življenja zmanipuliranih in obupanih, predvsem mladih ljudi na drugem koncu sveta? Kakšna je »svetost« življenja pregnancev, beguncev in končno tudi pri nas stradajočih in trpečih ljudi?

Prof. Zwitter je dal ob svojih dveh primerih tudi slikoviti in prepričljivi primerjavi, enkrat s Hudo jamo, drugič z morebitnim neizogibnim položajem zdravnika. Zdravniki bi se neredko odločali zase in za svoje drugače, kot naj bi sicer zdravili in delovali. Marsikateri ne bi hotel pri sebi ali svojem bližnjem uporabljati kemoterapije, ker pozna vse mogoče »stranske učinke«, in mnogi bi si želeli odrešitev predsmrtnih muk s smrtno injekcijo ali pa bi izbrali asistirani samomor. Tudi gospa primarijka Anica Mikuž Kos je odkrito povedala, kaj bi si želela ob trpljenju pri umiranju. In poudarila je, da tisti, ki bi ji pomagal, za to ne bi bil preganjan!

Sam sem prišel do tega, da sem star, kar sem si nekoč želel doživeti, vendar si takrat nisem predstavljal, kaj vse s seboj prinaša starost. Poleg tega me spremlja še »neozdravljiva« bolezen in ko tako prideš do zavedanja, kako pešajo moči, kako vse sprejemaš drugače, kako se pogosto sprašuješ o smislih in se vsak dan zavedaš, kako si vsak dan bliže smrti, ki je »dobra igralka šaha«, bi vsekakor raje predal partijo, kot se mučil do mata. In najbrž je veliko takih, ki tako

mislimo. Ob stopnjujočih se bolečinah in trpljenju pa bi si ob »predaji partije smrti« želel pomoči!

V veliki večini primerov pri razpravah in pisanju o teh problemih nismo iskreni. Kakor je prof. Zwitter večkrat poudaril, da ne sprejema evtanazije, in je gospa primarijka to pokazala kot olajševalno možnost, tako sam – ob tem, da poskušam razumeti tako zagovornike kot nasprotnike – menim, da je lahko evtanazija celo etično dejanje. Zelo huda trditev, ki pa izvira iz lastnega spoznanja, lastnega življenja z boleznijo in s staranjem, pa tudi iz dolgoletnega staža v etični komisiji. Trpljenje je nepotrebno in neetično! V današnjem svetu zamenjuje kakovost življenja njegovo »svetost«! Religije praktično vse po vrsti zaradi svojega boga, ki je dal življenje, seveda učijo drugače, ker življenje je sveto zaradi boga, saj je od boga dano. In verjamem, da bi kakšen globoko verujoči musliman in tudi katolik celo lahko doživljal svetost, da ne rečem blaženost, med umiranjem v trpljenju. Pa vendar velika večina ljudi ni takšnih in pri vseh rečeh se pač radi oziramo na večino.

Pogosto je pri nas prvi ugovor pri razpravah o evtanaziji možnost zlorabe oz. strah pred njo. Ampak ali ne obstoja v našem vsakdanjem življenju vedno možnost zlorab in to celo zavestno prenašamo? Ali ne vemo, ko nekoga izberemo ali delegiramo, na primer naše politike, da je možno, da bodo zlorabili svoj položaj? In se seveda to tudi dogaja. Zloraba je pač spremljevalka človekove slabosti in prikrite pokvarjenosti. Izgovarjanje na možnost zlorabe je torej slabo in zaradi tega ne bi smeli dobesedno omogočati trpljenja tistih, ki bi se radi dostojno poslovili od tega sveta.

Pri odločanju o zahtevnem zdravljenju je bila vsaj v mojem času dobra navada, da se je zbral, lahko tudi *ad hoc*, konzilij najmanj treh kompetentnih strokovnjakov, ki so potem za konkreten primer izbrali najprimernejši način zdravljenja. Ali ne bi bilo mogoče enako storiti pri vprašanju

evtanazije, pa tudi pri odtegnitvi intenzivnega zdravljenja, kateremu bi dodali le še dovolj učinkovito drogo, ki bi preprečila trpljenje ob izklopu umetnega predihavanja? Koliko možnosti zlorabe bi bilo pri tem? In končno, upam, da vendarle še zaupamo v strokovnost in kompetentnost strokovnjakov za presojo stanja in prognoze pri nekem bolniku. Ne bi se spuščal še v dodatno razpravo o želji samega bolnika o smrti, pa o pogovoru s svojci, ker se tu opredeljujem predvsem tako, kot da bi šlo za mene samega!

Aktivna evtanazija pri brezumno (neozdravljivo) bolnih po odločitvi konzilija je po mojem mnenju vsekakor bolj sprejemljiva kot izstradanje in izzejanje pri bolnikih v trajno vegetativnem stanju, ki pa ju je dovolilo celo evropsko sodišče za človekove pravice. To je etično vprašljivo! Do takega stališča sem toliko bolj kritičen zato, ker slepo sprejemam ne evropskih priporočil, navodil in razzsodb ni vedno smiselno, ko vendar vemo, da stojijo za praktično vsemi temi odločitvami in priporočili še neki drugi, ne zelo človeku prijazni nameni in interesi. Eden od teh je vedno prisoten ekonomski interes, ki je resda vse bolj sprejemljiv predvsem pri mladih liberalno mislečih, ki pa pogosto zadene ob človekov osebni interes, celo njegovo dostojanstvo in nekoč že izbrjane pravice. Ni prav pozabljati, da se danes želi čim več sredstev odtegovati socialni in tudi zdravstvu, predvsem zato, da se lahko še naprej krepi kapital in dobiček korporacij in bogatih. Izgovor pa je, da je zdravstvo pač drago in zato preveliko breme za državo.

Pri takih odločitvah, kot je odtegnitev hrane in tekočine, gre vsekakor za nedokončano evtanazijo, za polovičarstvo, ki je vedno slabo! Povsem se strinjam s prof. Zwitterom, da se v takih primerih navadno le opere roke, bolnik pa trpi in izsušen ter sestradan umira... To zame nikakor ni etično!

Filozofsko vprašanje, ali imamo ljudje lahko pravico odločati o vprašanih življenja in smrti, na nek način

postaja povsem laično vprašanje. Do ne tako davno nismo imeli možnosti vplivanja na rojstvo, danes je pri nekaterih postopkih, kot je umetna oploditev, to možno. In končno na rojstvo vsekakor vplivamo tudi z etično vsekakor nevprijetnim reševanjem zelo rizičnih nosečnosti. Etičnih problemov okrog tega nimamo, razen glede uporabe »stranskih produktov« umetne oploditve. In tudi zdravnikova pomoč pri rojstvu otroka je v primeru, ko je potrebna, vsekakor dolžnost.

Kaj pa vplivati na smrt? Kot že omenjeno, na smrt zdravih ljudi vsak dan vplivajo mnoge politične in ekonomsko podprte odločitve ljudi, ki vodijo države, družbe in korporacije. Kakšna je moralna razlika med ubiti nekoga ali pustiti ga umreti, kar prej omenjeni ves čas delajo? A na smrt terminalno bolnih, trpečih pa naj ne bi smeli vplivati zdravniki, ker smo kot zapriseženi dolžni življenje ohranjati? Ali se kdo vpraša, kolikokrat zdravniki zavestno ali tudi ne kršijo prenekatere zapriseženost, vse pogosteje zaradi lastnih takšnih ali drugačnih interesov? Kot je pisal že profesor Klun, smo včasih »pritikali morfin in kalij« trpečemu, smrtno bolnemu in mu brez razburjanja kogarkoli omogočili »dobro smrt«. Ali smo bili neetični, ker smo se zavedali, kaj počnemo? Bili smo pa zagotovo empatični in ne spomnim se, da bi kdaj prišlo do zlorab. Hoteli smo dobro, čeprav nismo vedeli za paliativno oskrbo in evtanazijo! Vse to omenjam kot opominjanje na resnična vsakdanja dogajanja v življenju »ljudi s poslanstvom«, čeprav je, priznam, morda neprimerno »načelnjati« našo zaprisego! Pa vendar gre za empatijo in spoštovanje človekovega dostojanstva in končno tudi za kakovost njegovega življenja in umiranja!

Tudi pri opustitvi umetnega predihavanja bolnikov v nepopravljivi možganski komi gre ne le za nedokončano evtanazijo, ampak v mnogih primerih za povzročitev trpljenja, ki je resda včasih kratkotrajno, pa vendarle

je. Licemerno je zaradi nekega načelnega odklanjanja evtanazije take bolnike pustiti trpeti in jim ne pomagati s primernim odmerkom odrešujoče droge.

Ob vsem pa moram vsekakor poudariti, da je danes paliativna oskrba terminalno bolnih tista, ki največ napravi za to, da bolnik ohranja ne le svoje dostojanstvo, ampak da mu je bistveno olajšano trpljenje in da ima tudi socialno ter duhovno oskrbo, tako bolnik kakor tudi njegovi bližnji.

Je pa vsekakor dejstvo, da je nek morda zelo majhen odstotek trpečih tudi ob paliativni oskrbi in take lahko odreši le »dobra smrt«, ki pa je danes pri nas ne morejo doživeti. Ob razpravah o evtanaziji ne bi bilo prav pozabljati na to!

Seveda je vse to, kar sem napisal, moje osebno razmišljanje, razmišljanje človeka v nekem obdobju in stanju, ki pa je prav zaradi tega še kako blizu razumevanju smisla primerno urejene evtanazije, evtana-

zije, ki naj izpolnjuje strogo določene kriterije. Mislim, da moramo zdravniki o tem problemu več razmišljati in odkrito povedati svoje mnenje.

Ali pa so za razpravo o problemu evtanazije bolj kompetentni filozofi, etiki ali zdravi humanisti, morda duhovni možje, politiki in novinarji, morda celo naši »vodje«, ne vem.

Na vprašanje v naslovu seveda nisem odgovoril, pa vendar dajem slutiti, kdo se boji!

Zdravniki nimamo zdravniških možganov, imamo samo človeške, zdravniki ne delamo zdravniških napak, ampak samo človeške, tako kot vsi drugi ljudje

*Odškodninska odgovornost zaradi zdravniške napake v slovenski sodni praksi
Pogled znanosti o varnosti pacientov in sodna praksa
Komentar k članku mag. Nataše Cankar*

Izr. prof. dr. Andrej Robida, dr. med., Bled
andrej.robida@telemach.net

Komentar se ne nanaša na razlago gospe Cankar (1), ki je korektna, nanaša se na sodno prakso, pravzaprav na zakonodajo, po kateri odločajo sodniki s pomočjo medicinskih izvedencev. Ta zakonodaja je v marsičem zastarela in škodljiva za preprečevanje napak, kar naj bi bil tudi cilj tako zdravstva kot tudi sodstva. Poleg tega so odškodninski sodni postopki dolgotrajni in dragi za osebo, ki je doživela škodljivi dogodek zaradi napake pri zdravstveni obravnavi, in hkrati velikokrat neuspešni.

Ne bom se, kakor se ni avtorica, osredotočil na kriminalizacijo človeških napak, ki je v veljavi pri nas in ki

ohranja škodljivi *status quo* pri preprečevanju napak. Končni cilj znanosti o varnosti pacientov je namreč preprečevanje napak in s tem zmanjševanje človeškega trpljenja tako pri prvi žrtvi napak –pacientu in njegovih svojcih, kot tudi pri drugi žrtvi – vpletenih zdravstvenih strokovnjakih. Vire, ki se uporabljajo za sodne postopke, bi lahko preusmerili v sisteme varnosti pacientov in kakovosti zdravstvene obravnave, če bi imeli sodobno zakonodajo in sodobno ravnanje z napakami.

Tako znanost o varnosti pacientov kot sodna praksa v Sloveniji zatrjujejo, da je pacient, ki je doživel škodo za zdravje zaradi napake pri zdravstveni

obravnavi, upravičen do primerne odškodnine.

Problem tudi ne nastane pri razlikovanju med poslabšanjem zdravja ali celo smrti pacienta zaradi napake na eni strani in zapleta same bolezni ali nekega postopka na drugi.

Prva težava pa nastopi že pri poimenovanju napak. Napake, ki se dogajajo v zdravstvu in tudi drugih dejavnostih, so največkrat posledica neurejenih sistemov in procesov, ki nimajo vgrajenih varoval, ki bi človeško ali tehnično napako lahko preprečila.

Čeprav sem že skušal, na podlagi znanstvenih dognanj v zvezi z napakami pri zdravstveni obravnavi, opozarjati tako zdravstveno kot pravno stroko, kakšnega pomembnega premi-

ka v praksi še nismo doživeli in kot vse kaže, ga tudi ne bomo.

Ponovil bom samo nekaj tistih definicij s področja znanosti o varnosti pacientov, ki se dotikajo razumevanja napak na podlagi znanstvenih dokazov, ne samo iz zdravstva, ampak tudi splošnega znanja o napakah tudi v drugih dejavnostih.

Napaka je neuspeh načrtovanih dejanj za dosegajo cilja. Načrt delovanja je primeren, ampak stvari ne gredo po načrtu ali pa gredo, kot je načrtovano, vendar je načrt neprimeren za dosegajo cilja (2, 5). Napaka lahko nastane kot dejanje izvedbe ali opustitve (na primer predpis napačnega zdravila; prepozna izvedba neke preiskave, nepravočasna diagnoza). Gre torej za človeško dejanje ali obnašanje, ki nenamerno odstopa od pričakovanih dejanj ali obnašanja.

Pravna teorija uporablja izraz **zdravniška napaka**. Zdravnik in vsi zdravstveni delavci morajo opravljati zdravstveno dejavnost v skladu s poklicnimi standardi in z drugimi strokovnimi in etičnimi kodeksi – kot da zdravstveno osebje tega ne ve. Izraza zdravniška napaka znanost o varnosti pacientov ne uporablja. Kot kaže, pravne stroke ne zanima, zakaj je napaka nastala, zanima jo zgolj dejstvo, ali je napaka bila ali ne. Tudi znanost o varnosti pacientov zanima, ali je napaka nastala ali ne. Pri pravni stroki se stvar bolj ali manj konča s to ugotovitvijo, za razliko od znanosti o varnosti pacientov, ki išče globlje vzroke za napako v procesih in sistemih, v katerih zdravnik in drugo zdravstveno osebje dela. Kajti le tako je mogoče napake preprečevati, ker se po ugotovitvi **osnovnih vzrokov**¹ za

napako in **pridruženih dejavnikov**² v sistem ali procese dela vgradijo **varovala**. Kako se dá z varovali preprečiti napake, bom zapisal pri primerih, ki jih je navedla gospa Cankar.

Če so se pravni teoretiki že odločili za izraz zdravniška napaka in potem v isti koš zmetali še druge zdravstvene strokovnjake, bi bili lahko vsaj dosledni. Tako izraz že vnaprej ožigosa samo eno poklicno skupino. Zaradi tega se potem začne iskati lepševalne besedne zveze in se govori tudi o strokovni napaki, neželenem dogodku, neljubem dogodku in o podobnih skrivalnicah.

Lahko kar začnemo po vrsti z naštevanjem napak, da se morda le pokaže nesmisel takega početja:

- reševalčeva napaka,
- napaka vratarja pri vhodu v bolnišnico,
- čistilska napaka,
- dobaviteljeva napaka,
- napaka srednje medicinske sestre,
- napaka zdravstvenega tehnika,
- napaka višje medicinske sestre,
- napaka diplomirane medicinske sestre,
- kurirska napaka,
- specializantska napaka,
- zdravniška napaka,
- farmacevtska napaka,
- napaka dietetika itd. (lahko si ogledate tudi spisek poklicev v zdravstvu in s seznamom sami nadaljujete).

Podobno lahko naredimo za vsako človeško dejavnost.

Dovolj bi bil izraz **napaka pri zdravstveni obravnavi pacienta**. Tako sem se naučil iz znanosti o varnosti pacientov in resnično nisem

padel z Lune ali Marsa, kar bi mi veliko ljudi rado pripisalo.

V letalstvu se ne govori več o pilotovi napaki, ampak o letalski nesreči. Ko se je pred več desetletji govorilo samo o pilotovi napaki in so pilotom jemali licence, če so preživeli nesrečo, se število nesreč ni zmanjšalo, ker je med piloti prišlo do kulture tišine. Tako kot se sedaj dogaja v zdravstvu zaradi strahu pred izgubo licence, pri nas pa tudi zaradi kriminalističnega preganjanja človeških (beri »zdravniških«) napak.

V članku gospe je tudi zapisano, kaj je zdravniška napaka: to je 1. strokovna zmota zdravnika, ki bi lahko ali je povzročila škodo bolniku, ali 2. nenačrtovan dogodek, ki bi lahko povzročil škodo bolniku, zdravnik pa bi ta dogodek glede na stanje in značilnosti bolnika lahko pričakoval in bi ga moral pričakovati.

Gre za popolno ignoranco znanosti o varnosti pacientov. Močno sumim, da tega znanja ni ne pri pravnih teoretikih ne pri odvetnikih, tožilcih, sodnikih, medicinskih izvedencih, še manj pa pri poslancih, ki so tako zakonodajajo sprejeli. Ni ga tudi v zdravstvenih strokah.

Izraz strokovna zmota je nepotreben, enako tudi izpeljanka **strokovna napaka**. Še enkrat: dovolj bi bil izraz napaka, ki se potem opredeli v človeško napako ali tehnično napako. Za obe je potrebno poiskati globlje vzroke. Zmota je samo **simptom** napake. Vzrok za zmoto je opredelila psihološka znanost, kar si lahko preberete tudi v slovenski literaturi (2, 3). Če se osredotočimo samo na simptome te bolezni, ki se imenuje napaka ali po pravniško zdravniška napaka, bolezni ne bomo nikoli pozdravili. To je tako, kot če bi vročino pri malariji zdravili samo z aspirini. Bolnik bi najbrž umrl, tako kot se sedaj zaradi zdravljenja simptomov napak te pojavljajo v nezmanjšani meri.

Izraz, da **bi lahko povzročil škodo**: s tem se sodstvo ne ukvarja. Sodstvo se ne ukvarja z napakami, ki, mimogrede, niso ne velike ne majhne,

1. Osnovni vzrok (angl. root cause) je tisti najzgodnejši vzrok, ki bo odstranil ali zmanjšal možnost ponovitve napake, če ga odpravimo. Tukaj gre za latentno napako, ki je skrita v sistemu, včasih pa je tudi vidna, a se ni nihče lotil njene odprave. Sem spadajo tudi obnašanja zaposlenih in vodstev, ki niso varna, na primer neprofesionalno obnašanje, ponavljajoča se kršitev pravil, uporaba metod, ki niso varne, spuščanje določenih korakov v standardiziranem procesu zaradi lažjega ali hitrejšega opravljanja dela, nesporočanje varnostnih incidentov in drugih odklonov, dovoljevanje drugim, da delajo stvari, ki niso varne, pomanjkljiv nadzor, pomanjkljivo usposabljanje sodelavcev, razporeditev dela tako, da preveč obremeni posameznika, neupoštevanje stresa in utrujenosti pri zaposlenih, neizvajanje ukrepov za izboljšavo varnosti pacientov... (3).

2. Prispevajoči dejavniki prispevajo k napaki ali skorajšnji napaki. Lahko variirajo glede na pomembnost in vpliv ter imajo lahko negativen ali pozitiven vpliv. Tudi prispevajoči dejavniki so največkrat skriti (3).

so zgolj napake. Sodstvo se ukvarja s posledicami napak, te pa so lahko majhne ali katastrofalne (3). Tako z napakami brez škode kot s škodo zaradi napak bi se moralo ukvarjati tudi zdravstvo, ki tega večinoma tudi ne dela, ampak kopira pri analizi napak dikcijo iz kazenskega zakonika. Slika na desni kaže na to, kako je z izrazom »ki bi lahko ali je povzročil škodo bolniku«. Tudi izraz bolnik je preozek, morali bi uporabljati izraz pacient (4). Namreč, če grem na preventivni pregled, zato še nisem bolnik, in če se mi zgodi škoda pri tej zdravstveni obravnavi, po sedanji zakonodaji ne morem zahtevati odškodnine, ker v času prejemanja zdravstvene obravnave nisem bil bolnik.

Izraza **nenačrtovani dogodek** pa ne razumem. Videti je, kot da ljudje napake načrtujemo ali pričakujemo. Res pa je, da lahko pričakujemo zaplet, napak pa ne. Vsaka napaka je nepričakovana, nihče je ne načrtuje. Če to stori, je to kriminalno dejanje.

Tudi tukaj je zadosten izraz napaka pri zdravstveni obravnavi pacienta. **Kako naj se človek napake, ki je po naravi in definicij neneren in nenačrtovan dogodek, vnaprej zaveda?**

Toliko o zmedbi v poimenovanju stvari tako na strani prava kot zdravstva. To ne bi bilo nič hudega, če bi bila znanost o varnosti pacientov šele v povojih, a po tolikih raziskavah je to nerazumljivo in škodljivo.

Prvi primer iz sodne prakse je objavljen v celoti v članku v oktobrski številki glasila Isis na strani 20. Tu bom zapisal samo povzetek in pristop, temelječ na znanstvenih dokazih.

Pogost zaplet pri tovrstnem zdravljenju

Aspiracija tujka iz dihalnih poti: večkratna bronhoskopija je našla spremembe v zračnih poteh, a tujek se ni našel, prišlo je do spontanega pnevmotoraksa in vstavljena je bila drenaža; ob ponovni bronhoskopiji je prišlo do

zastoja srca. V zapisu piše, da do zastoja srca ne bi prišlo, če bi bil dren, ki je bil zamašen, prehodan. Osebjem je pomislilo na pnevmotoraks kot vzrok za zastoj srca, a to misel je takoj izključilo, ker je bil vstavljen dren. V zapisu ponovno piše, da do zapleta ne bi prišlo, če bi bil dren prehodan ter pred zadnjim posegom očiščen in pregledan. Sledila je reanimacija 40 do 45 minut, ponovno so pomislili na pnevmotoraks, ki so ga potrdili z diaskopijo. Pnevmo- toraks in posledični zastoj srca, ki je pri bronhoskopiji lahko predviden in je tudi bil zaradi okvarjenih pljuč tožnice. Verjetnost tega zapleta je bila še povečana in torej predvidljiva, ker je bila tožnica ob posegu še otrok, dren posledično manjši in je bila večja možnost zamašitve.

Sodni zaključek: Glede na navedeno bi moralo osebje ob **ustrezni skrbnosti** pomisliti na možnost zamašitve in pri reanimaciji takoj ustrezno ukrepati (potrebna aparatura je bila ves čas na voljo).

Komentar znanosti o varnosti pacientov

Nedvomno je šlo za napako. Ugotovitev, da do zapleta ne bi prišlo, če bi bil dren prehodan, je bila jasna tistim izvedencem, ki so dogodek presojali. Temu znanost o varnosti pacientov pravi **pogled za nazaj** ali bolj preprosto »po bitki je lahko biti general«, kjer tisti, ki presoja domnevno napako, ve, kaj se je zgodilo, osebjem, ki je bilo vpleteno v napako, pa tega ob samem dogodku ni vedelo. Če bi vedelo, bi ravnalo drugače. Vprašanje pa je, ali bi izvedenec, če bi bil v enaki situaciji, pod enakim stresom in z enakimi izkušnjami kot vpleteno osebje, ugotovil, da je bil dren zamašen. Velika verjetnost je, da bi se vse odvijalo, kot se je, ker ni bilo varoval v procesu.



*Napaka ali varnostni incident pri pacientu. Če napako nekdo prepreči, preden doseže pacienta, gre za skorajšnja napako. Kadar pa napaka doseže pacienta, mu lahko povzroči škodo ali pa ne, kar je odvisno od škodljivosti agensa. Izraz, **da bi lahko povzročil napako, pomeni**, da je šlo za skorajšnja napako ali pa za napako, ki je dosegla pacienta, a mu ni škodovala. Z napakami brez škode za pacienta se sodstvo ne ukvarja, zdravstvo pa bi se moralo, a se tudi ne. Slika in še marsikaj drugega bi bilo prikazano na 24-urnem izobraževanju Zdravniške zbornice letos spomladi o varnosti pacientov, pa izobraževanja ni bilo, ker ni bilo zanimanja. Ali o napakah in njihovem preprečevanju res vsakdo ve vse?*

Zelo zanimiva je razlaga sodišča, da bi moralo osebje ob ustrezni skrbnosti pomisliti na možnost zamašitve drena. Nihče ni pomislil, da je bilo osebje takrat v stresu ob zastoj srca in da se takrat možgani odzovejo drugače, kot bi se sicer. Osebje je ravnalo skrbno po svojem najboljšem znanju in pozornosti v tisti situaciji. Edina stvar, ki je šla narobe, je bilo to, da na tisto, kar se je dogodilo *post festum* ob analizi napake, torej na možnost zamašitve drena, osebje ni pomislilo. Osebje je naredilo **aktivno napako**, a tu se pri nas na sodišču in tudi v zdravstveni ustanovi analiza dogodka zaključila. **Aktivne napake so človeška dejanja ali obnašanja**, ki niso varna

in jih nenamerno storijo tisti, ki so v neposrednem stiku s sistemom ali procesom, ki ustvari slabosti ali nima varoval. V zdravstvu so to največkrat zdravniki in medicinske sestre ter tudi drugi zdravstveni strokovnjaki, ki delajo s pacienti. Posledice teh napak so znane kmalu potem, ko je do njih prišlo. So vidne in so na površju (3). Pri nas se skoraj brez izjeme osredinimo na analizo samo aktivnih napak, tako v zdravstvenih ustanovah kot stanovskih organizacijah in sodstvu.

Osnovni vzrok za to napako je bil sistemske narave. Pomisliti na vse možne vzroke zastoja srca v taki situaciji je nemogoče, če ni varoval v sistemu ali procesu dela. Zamašitev drene je bila v našem primeru ugotovljena samo za nazaj; če bi imeli varovala, bi jo lahko predvidevali.

Kaj je bila v tem primeru sistemska napaka? Ali je bila samo ena, ali jih je bilo več? Ali se kljub nepopolnosti človeških možganov tako napako v podobnih situacijah v prihodnje dá preprečiti?

Zakaj je do napake prišlo, kaj so bili globlji vzroki za napako, s tem se sodišče ni ukvarjalo. Za sodišče je bilo dovolj, da je osebje spregledalo zamašitev drene. To je seveda res. Ali je sodišče morda vprašalo izvedenca, zakaj se je taka napaka zgodila, in tudi če bi ga, ali bi izvedenec znal odgovoriti? Dvomim. Če se o tem ne vprašamo, ker ne poznamo vzroka, zakaj osebje ni pomislilo na zamašen dren, potem bodo ukrepi usmerjeni v osebje, kot so dodatno usposabljanje, razni opomini ali začasni odvzemi licenc in v današnji sodni praksi verjetno tudi pogojna zaporna kazen. Zgodi pa se še hujše: sistema ali procesa, kjer je nastala napaka, ne popravimo, ne vgradimo varoval in napaka se bo prej ali slej ponovila, morda v drugi zdravstveni ustanovi.

Do napake je prišlo, ker je osebje **vleklo iz spomina**, kaj bi šlo lahko narobe ob zastoju srca. Najprej so pomislili na pnevmotoraks, a so to v začetku ovrgli, ker je bil vstavljen dren. Ko je osebje po reanimaciji ponovno pomislilo na pnevmotoraks, ga je tudi dokazalo. To jih je zapeljalo. Temu reče znanost o varnosti pacientov **selektivna pozornost**, ko se človeški možgani osredinijo na najverjetnejši vzrok, drugih pa ne vidijo.

Torej je šlo za dve nepopolni funkciji človeških možganov: **zanašanje na spomin** glede tega, kaj bi bil lahko vzrok zastoja srca, in za **selektivno pozornost**.

Ko se ugotovi, zakaj je prišlo do napake, je možno pripraviti sistemske ukrepe z vgraditvijo **varoval** v sisteme in procese dela, da bi take dogodke v prihodnje preprečili.

Teh ni bilo, zato je šlo v osnovi za sistemske napake. Sistemske napake se imenujejo tudi **latentne napake**. **Latentne napake in pomanjkljivosti so vrzeli v varovalih** (slabosti ali odsotnosti), ki so ustvarjene nezavedno in so rezultat predhodnih odločitev načrtovalcev, regulatornih teles ter menedžerjev v sistemu. Te luknje so v vseh kompleksnih tveganih sistemih, ker odločevalci ne morejo napovedati vseh možnih scenarijev delovanja sistema ali procesa (3). Posledice teh odločitev se po navadi pokažejo šele čez daljši čas. Nekateri jih imenujejo tudi nevarna stanja in zajemajo lahko opremo ter potrošni material, posameznike, time, naloge, organizacijske dejavnike itd. Vodijo do aktivnih napak in zdravstveni strokovnjaki, ki delajo v sistemih in procesih dela z latentnimi napakami, se težko, če sploh lahko, izognejo aktivnim napakam (3).

Kaj storiti, da se napaka ne bi več ponovila, kakšna

varovala vgraditi v sistem in proces dela v zgornjem primeru?

Varovala v tem primeru so zelo enostavna in če jih upoštevamo, so tudi uspešna. Najprej opomnik vseh možnih zapletov in vseh možnih napak, od najpogostejših do najredkejših pri bronhoskopiji. Tako listo naredimo s pomočjo znanja in pregleda literature ter s postopkom ugotavljanja kliničnih tveganj. To seveda ni dovolj. Slediti mora virtualni simulacijski trening vpeljave posameznih zapletov in možnih napak v sistem bronhoskopije, čemur sledi preverjanje veččin zdravstvenih strokovnjakov. Tako simulacija kot obdobjo preverjanje znanja mora biti stalno v določenih časovnih razmikih. Tako napake lahko preprečimo. Močno dvomim, da so se taki ukrepi v našem zdravstvu sploh kdaj zgodili, če pa so se, bi jih morali zapisati v strokovni literaturi ali vsaj v zdravniškem glasilu, da bi se znanje lahko razširilo.

Ker je v zdravstvu na tisoče sistemov in procesov, ali je tak način preprečevanja napak prezapleten? Je to predrago? Je za to premalo časa? Če je odgovor na vsa tri vprašanja dá, potem lahko samo sprejmemo dejstvo tako v zdravstvu kot v pravosodju, da bomo imeli v Sloveniji še naprej okrog 35 tisoč poškodovanih zaradi napak in okrog 1000 mrtvih samo v bolnišnicah vsako leto. Koliko to znese v 10 letih, 20 letih, koliko prepotrebni virov smo vrgli stran? O trpljenju ljudi raja ne govorim.

S sodnimi postopki globljih vzrokov ne najdemo, mečemo denar skozi okno za stvari, ki bi jih lahko rešili drugače. **Napak policija, odvetniki in sodstvo ne bodo nikoli preprečili**. Kot je videti, to tudi ni njihov cilj, kot da živijo v drugem svetu. Ali je res njihov cilj najti »krivca« in zadostiti »pravici«, in ne pomagati pri preprečevanju napak? Jaz tega ne razumem, ker imam samo človeške možgane in, če

hočete, »zdravniške«, da bo moje nerazumevanje lažje opredeliti.

Dá, zgodila se je napaka, dá, pacient je upravičen do primerne odškodnine. Kje je potem problem? Problem je v tem, ker nimamo nekrivdne odškodnine, čeprav so bili o tem že pogovori na zdravniški zbornici in celo na ministrstvu za zdravje, a je vse skupaj padlo v vodo, ker je bilo tem poskusom očitano, da se želijo zdravniki skriti za nek brezkrivdni sistem. Očitek še ne pomeni resnice, pomeni samo neznanje ali pa se išče finančne koristi za kakšno skupino.

V zadnjem času pa država s kriminalizacijo človeških napak in največkrat s pogojnimi zapornimi kaznimi ustvarja kulturo strahu in posledično kulturo tišine o napakah s skrivanjem napak, pripisovanjem napak zapletom in izvajanjem obrambne medicine. To so zelo

plodna tla, da se bodo napake dogajale še naprej v nezmanjšani meri.

Ker nisem vseznalec, sem morda kakšen pravni izraz prikazal narobe in pričakujem, da me bo glede tega kdo opozoril, ampak prosim, ne na podlagi zastarele zakonodaje. Rad pa bi, da se mi tudi pove, kam je šlo naše vseživljenjsko učenje, ker delamo stvari, ki so v pametnih državah že urejene, tudi pravno, na podlagi znanosti o varnosti pacientov, ki jo pri nas ignoriramo. Obravnavanje človeških napak je tako v pravni kot zdravstveni stroki zastarelo in je podobno, kot če bi vse bolezni še vedno zdravili s puščanjem krvi. Kri pa se pri taki neurejenosti varnosti pacientov, ki jo imamo v Sloveniji, pušča tako pacientom, njihovim svojcem kot zdravnikom in drugim zdravstvenim strokovnjakom. Najhuje je, da je dokazano, da je škoda zaradi napak možno

zmanjšati, a se tega kljub že pred več leti objavljenim številkam v javnih občilih o številu mrtvih in poškodovanih zaradi napak nihče noče ali ne zna lotiti, niti politika niti zdravstvena in niti pravna stroka.

Literatura:

1. Cankar N. Odškodninska odgovornost zaradi zdravniške napake v slovenski sodni praksi. *ISIS*, 10:20–23, 2015.
2. Reason J. Managing the risks of organisational accidents. Aldershot: Ashgate Publishing, 1997.
3. Robida A. Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov: Sistematična analiza globljih vzrokov napak in njihovo preprečevanje. Bled: Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, 2013.
4. Korošec D. (ur.). Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem. Ljubljana: Založba GV, 2009.
5. Svetovna zdravstvena organizacija. Konceptualni okvir za mednarodno klasifikacijo za varnost pacientov, Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2011.

Kultura strahu

Prim. Marjan Fortuna, dr. med., Kranj

V našem zdravstvu vlada nenormalna kultura strahu pred morebitnimi napakami, ki žal spremljajo naše delo. Po mojih izkušnjah je največ zdravniških napak bolj posledica drugih okoliščin kot pa neznanja, malomarnosti, nevestnosti ali celo brezbriznosti. Najmanj napak je gotovo pri posegih, ki se izvajajo pogosto, in tistih, ki so že po naravi posega povezani z manjšim tveganjem.

Ko spremljamo poročanje medijev, izjave raznih bolj ali manj kompetentnih posameznikov, tudi zdravnikov, ki že dolgo ne delajo z bolniki, dobi zlasti javnost vtis, da smo za vse napake pri obravnavi bolnikov krivi le in zgolj zdravniki. Resnica pa je po mojih izkušnjah precej drugačna. Ali je zdravniška napaka, če bolnik naredi v bolnišnici samomor brez kakršnih koli znakov, da namerava to storiti? Ali če pade s postelje in zaradi udarca

v glavo ali drugih poškodb ter kasnejših zapletov umre? Ali če umre zaradi katetrške sepse? Ali umre zaradi okužbe z odpornimi bakterijami? Ali če umre zaradi prepozne diagnoze kot posledice predolgi čakalni dobi na preiskave in postopke zdravljenja? So napake, to pač moramo priznati. Toda, kdo je sposoben predvideti take in podobne napake in jih povsem preprečiti? Nihče! Kdor trdi, da se mu kaj takega ne more zgoditi ali se mu še ni zgodilo, je ali nekritičen ali pa laže. Pri vsaki smrti pa je treba biti zelo natančen pri ocenah vzrokov in posledic. Ne moremo in ne smemo kar vseh, zlasti nepričakovanih smrtnih primerov metati v isti koš. V zdravstvu je toliko udeležencev, da je prelaganje krivde le na zdravnike nesprijemljivo posploševanje. Če javnost še tako obsoja zdravnike in se moramo stalno braniti pred napadi, je nujno vedno znova in

znova opozarjati, da je marsikatera napaka posledica sistemskih nepravilnosti, komunikacijskih šumov in mnogih drugih vzrokov. Vsakemu zdravniku in vsakemu zdravstvenemu zavodu je še kako v interesu, da bi bilo škodljivih posledic za bolnike čim manj. Zato pa je potrebno predvsem urejeno zdravstvo s čim bolj strokovno usposobljenim kadrom. Bojim pa se, da ob vsesplošnem varčevanju boljših varnostnih standardov ni mogoče doseči, pa če se še tako trudimo.

Dogodki ob domnevnih zdravniških napakah, opustitvah in zmotah, ki so tudi medijsko zelo odmevni, kažejo na »forma mentis« naše družbe, v kateri je polno hinavščine in dvoličnosti. Zaskrbljen sem, ker bolniki sicer upravičeno pričakujejo najboljše zdravstvene storitve, a se na žalost mnoge bolezni in bolezenska stanja ne končajo vedno tako, kot si vsi želimo in kot sodobna medicina ni vedno sposobna nuditi. Vse države se soočajo s problemom škode, ki jo utrpi bolnik, pa krivde ni mogoče ali jo je zelo težko dokazati. Patetične izjave,

da gre predvsem za bolnike in njihove pravice (ali kdo misli, da smo zdravniki ravnodušni do naših neuspehov?), so preveč prozaične.

Zdravniške organizacije se sicer trudijo zaščititi svoje člane, a so pri tem precej nemočne in deležne predvsem kritik o cehovski solidarnosti in podobnih floskulah. Vse prevečkrat smo zgolj zdravniki privezani na sramotilni steber, čeprav so tudi drugi v zdravstvu vsaj sokrivni, da se neljubi in tragični dogodki dogajajo, vendar ko je treba prevzeti odgovornost, si po pilatovsko umijejo roke.

Neljubi dogodki pri našem delu so se in se vedno bodo dogajali. Ti mečejo slabo luč na vse zdravnike in ves zdravstveni sistem, čeprav trdim, da je naš sistem glede na možnosti in sredstva nadpovprečno dober. Vsake-mu zdravniku, tudi meni, se včasih

porajajo dvomi, ali vedno in povsod res naredimo vse, kar je za konkretnega bolnika najboljše. Morda smo za (slab) odnos javnosti do našega dela, predvsem pa napak, res krivi zlasti zdravniki, a ne samo mi, ampak, če hočete, celoten zdravstveni sistem, ki je tak, kot je, z vsemi slabimi in tudi dobrimi lastnostmi. Naj se zdi še tako grobo rečeno, se moramo zavedati, da živimo v družbi, ki je bolj podobna Avgijevemu hlevu kot urejeni družbi. Iluzorno je pričakovati, da bo zdravstvo v taki (z)družbi delovalo tako, kot bi moralo in kot si vsi želimo.

Vse prevečkrat govorimo samo o posledicah, redko pa o vzrokih za napake. Za zmanjšanje števila iatrogenih zapletov je najpomembnejša dobra klinična praksa. To seveda velja za vse osebe, ki ima stik z bolnikom, predvsem pa medicinske sestre, ki so več

časa pri bolniku in imajo tudi veliko znanja ter izkušenj. Vsaka naša odločitev mora biti indicirana in pravilno izvedena, upošteva je možen zaplet ter ustrezno zdravljenje teh zapletov. Pametno bi bilo v okviru ministrstva in/ali zbornice za reševanje teh problemov imeti stalen organ in ne *ad hoc* imenovane komisije za vsak sporen dogodek posebej. Če je cilj preganjanja zdravnikov izrekanje strogih (včasih brezobzirnih) kazni, bo učinek ravno nasproten, kot si ga vsi želimo. Dokler bo vladala kultura strahu pred morebitnimi napakami in javnim sramotenjem zdravnikov, bomo stalno pričra aferam, ki vsem nam samo škodujejo in povzročajo nepopravljivo škodo. Ne nazadnje pa se zaradi defenzivne medicine, v katero smo enostavno prisiljeni, zelo povečujejo tudi stroški, česar se vsi premalo zavedamo.

Paliativna oskrba in »paliativna oskrba, ki to ni«, lajšanje ali krajšanje življenja?

Bi rekli, da življenje Stephena Hawkinga ni vredno?

Nenad Kohn, dr. med., spec. spl. med., Nova Gorica
nenadkohn8@gmail.com

Na začetku bi poudaril, da paliativna medicina ni nova. Izvajala se je vedno, mogoče brez tako lepo sortiranih teoretičnih definicij, ampak je tudi imela svoja načela. Paliativna oskrba ni namenjena samo umirajočim bolnikom, tudi ni namenjena odločanju o tem, kaj se pri nekom »splača« ali ne, sploh ne, kadar tako odločanje temelji na vrednostnem sistemu presojevalca, in ne bolnika in njegovih bližnjih.

Edina osnova pri paliativni oskrbi, ne glede na obstoječe stanje, **ne sme biti skrajšanje življenja, ampak le lajšanje težav do naravnega konca**. Vse ostalo postavlja zdravni-

ka v vlogo, ki je ne bi smel imeti: odločanje, koliko in kako bo kdo živel.

Odvisno od širine tolmačenja smo umirajoči vsi, od rojstva. Ali bomo skupino umirajočih določali po zdravstvenem stanju in ne po starosti, ali kognitivni sposobnosti, je vprašanje, ki ne bi smelo obstajati. Enako velja za definicijo tistih, ki ne morejo skrbeti zase. Po mojem prepričanju moramo ločiti med tistimi, ki so neposredno umirajoči, terminalni bolniki, ki zaradi svojega zdravstvenega stanja ne morejo skrbeti zase, in dementnimi, ki so fizično zdravi, ampak nesposobni samostojnega

odločanja. Razlika je tudi v preostalem trajanju življenja. Da stigmatiziranje posameznih skupin bolnikov ni dobro, se je pokazalo nekajkrat v zgodovini, takšna smer se vedno spremeni v družbeno patologijo.

Ostaja pa tudi pravni vidik. Ni sporna odločitev, ki jo poda bolnik sam, pod pogoji, ki so zakonsko določeni, torej v dokumentirani obliki, z ustreznimi varovalkami. Sporno je, ko o zdravljenju odločajo svojci, ki zatrjujejo, da je to želja pacienta, sporno je predpisati načrt paliativne nege, s podpisom pacienta, vendar brez ustreznih zakonskih varovalk. Tipična zdravniška logika, s prilagajanjem zakonov lastni interpretaciji. Zakonska dikcija navaja tudi, da svojci (skrbniki) dajo **privolitev** za zdravljenje, in ne, da oni predlagajo zdravljenje. Ker je ta dikcija preveč

ohlapna in omogoča tudi zlorabe tega položaja, je potrebna dodatne strokovne presoje, mogoče tudi ustavne.

V določenih primerih se načrt paliativne oskrbe skriva za formalnim strinjanjem svojcev – skrbnikov, vendar je jasno, da je strokovno odločitev pripravil zdravnik. V kasnejših pogovorih svojci dostikrat povejo, da so bili zavedeni in da niso razumeli, za kakšne radikalne ukrepe (in posledice) gre.

Moje praktične izkušnje s paliativno medicino, ki se izvaja v domači bolnišnici (SB Šempeter), so v glavnem negativne. Res je, da mojih primerov ni bilo veliko, tako kot je res, da gre le za stare in večinoma dementne paciente, ki so stanovalci doma starejših občanov. V enem primeru, kljub pooblastilu za zdravljenje, nisem dobil ustreznega odgovora od napotnega specialista, ampak le načrt paliativne nege. Zdravstveno stanje je bilo opisano skopo, brez ustreznega objektivnega statusa, poudarek je bil na dogovoru med zdravnikom in svojci. Nikjer ni bilo znakov, da bi bila pacientka v terminalni fazi življenja, ni bilo bolečin ali kakršne koli akutne simptomatike, ki bi nakazovala hiter zaključek življenja. Kontaktibilnost naj bi bila slabša, vendar vsi, ki delamo z dementnimi bolniki, vemo, da imajo slabša obdobja, ko več spijo, a to ni razlog, da jih definiramo kot umirajoče.

Z načrtom paliativne nege, ki je bila določena, poudarjam, pri bolnici, ki ni bila umirajoča (ni indicirano oživljanje, hemodializa, umetna ventilacija, vstavitvev PM, hranjenje z medicinsko pomočjo, antibiotično zdravljenje), je po mojem mnenju uveden popolnoma nehuman način za skrajšanje življenja pacienta. Če se sklicujemo na zmanjšano kakovost življenja, smo na zelo spolzkih tleh. Ali bomo tudi Stephenu Hawkingu odpovedali vse, kar medicina zmore in zna? Če medicina pri njem ne bi izkoristila vsega svojega potenciala, bi bilo človeštvo prikrajšano za velike dosežke tega uma, ki pa živi v, za večino ljudi, neuporabnem telesu?

Mislím, da v teh primerih ne moremo govoriti o paliativnem pristopu, ampak se za tem t.i. vnaprejšnjim načrtovanjem skriva opuščanje zdravljenja, če ne celo prepričevanje bolnika in svojcev, da se določenim dosežkom medicine odpovejo še v času, ko obdobje umiranja ni nastopilo.

Sprašujem se:

- Kako je možna odločitev za paliativni načrt umiranja pacientke, s katero je bil zdravnik (ki ni psihiater ali nevrolog) v stiku le enkrat, na kratko? Na kakšen način se s kratkim, površnim vtisom argumentirano pripravi odločitev o življenju ali smrti pacienta (določeni ukrepi iz načrta so zagotovo lahko odločilni za ohranitev življenja)?
- Kakšna je zakonska podlaga za to odločitev? Pacientka ni imela nobene relevantne dokumentacije o svojih odločitvah o omejitvi zdravljenja iz časov, ko je še lahko odločala o tem. Svojci o tem ne morejo odločati, lahko le dajo privolitev na predloge zdravnika, zdravnik pa mora biti objektivno, strokovno in verodostojno prepričan, da je stanje, ki ga je ocenil, resnično in nedvomno ustrezno za predlagane ukrepe.
- Na osnovi kakšnih indikacij ali simptomov je bilo odločeno, da pacientka sodi med umirajoče ali med takšne bolnike, za katere bi bila potrebna tako izrazita omejitev ukrepov, kar gotovo vodi v skrajšanje življenja?
- Kako je možno določiti načrt omejevanja ukrepov tudi za obdobje po odpustu iz bolnišnice? Skladno s (še) obstoječo zakonodajo (ZZVZZ, Pravila OZZ) o zdravljenju po odpustu odloča pacientkin osebni zdravnik, ki lahko **mnenje specialista sprejme, ali pa ne** (in ne **določite**). Osebni zdravnik se je dolžan ponovno pogovoriti s svojci – skrbniki in se v primeru njihovega vztrajanja (ko je le-to formalno pravno ustrezno) odločiti, ali bo

pri takšnem zdravljenju še sodeloval kot osebni zdravnik (ugovor vesti). V dobrem paliativnem načrtovanju se k odločitvi vedno pritegne tudi osebnega zdravnika in tudi dežurno službo ter strokovno podpre določene odločitve.

Še pravno vprašanje: ali se napotnica (pooblastilo za zdravljenje), ki jo izda osebni zdravnik, nanaša na zdravljenje, ali pa tudi na nezdravljenje? Osebno bom v potencialno spornih primerih na napotnico napisal, da ne pooblašчам izvajalca za nezdravljenje, kadar takšno ukrepanje ne bo utemeljeno.

Da strnem:

- Ali smo zdravniki postavljeni za to, da določamo, ali je kakovost življenja razlog za uvedbo paliativne oskrbe? Zadeva ni sporna, če imamo verodostojno izraženo željo pacienta, ali če gre za strogo terminalnega bolnika, ob natančni strokovni utemeljitvi in ob sodelovanju osebnega zdravnika, ki pacienta najbolj pozna – seveda, po mojem mnenju, le v smislu lajšanja težav in ne skrajšanja življenja.
- Ali je postavljanje starostnikov v skupino, pri kateri so kriteriji za uvedbo paliativne oskrbe bistveno bolj ohlapni kot pri ostalih, strokovno sprejemljivo?
- Ali je paliativno oskrbo možno določiti z enkratno, kratkotrajno oceno stanja bolnika, ki ga ne poznamo? Ocena kakovosti življenja je nedefiniran pojem, ki ga poljubno prilagajamo različnim potrebam.

Navedena vprašanja so se porodila ob konkretnih primerih. Ponačljaj, da ne gre za statistično pomembno število primerov, vendar je tudi tistih nekaj zaskrbljujočih.

Osebno menim, da moramo tudi težkega kroničnega in (pre)terminalnega bolnika zdraviti za vsa tista nujna stanja, ki bi lahko privedla do prezgodnjega umiranja. Sam se ne čutim pristojnega za odločanje o trajanju življenja svojih bolnikov. Takšna je tudi doktrina paliativnega odloča-

nja, ki življenja ne skrajšuje in dopušča naravno smrt. Vsi ukrepi intenzivnega zdravljenja, ki jih opuščamo, so vezani samo na obdobje umiranja, ki pa mora biti kot tako prepoznano (kriterij je dovolj).

Na koncu bi dodal: ne želim si polemik, ampak pošteno in strokovno določeno enotno doktrino. Edino s poenotenjem stroke lahko v tako občutljivih vprašanih dosežemo zmernost in preudarnost ter ustrezno humanost, da se izognemo postavljanju v vlogo, ki je, po mojem mnenju,

zdravniki ne bi smeli vzeti za svojo. Zato bi bilo nujno potrebno, da tudi ZZS pove svoje mnenje. **Stroka mora oceniti**, ali je takšna paliativna medicina še Hipokratova, ali je deontološko neoporečna in za naše okolje sprejemljiva. So okolja, kjer je liberalizacija že toliko napredovala, da je verjetno tudi takšna medicina sprejemljiva, vendar, ali je tako tudi pri nas? Področje paliativne medicine ni samo medicinsko, ampak predvsem pravno, sociološko (tudi politično, če pride do zlorab), etično, humanistično, ekonom-

sko. Nič od tega pri nas še ni sistemsko rešeno. Mislim, da mora naša stroka upoštevati tudi te dejavnike, preden se odloči, v kakšni meri bo sama sodelovala pri reševanju problema.

Mislim, da v Sloveniji ne smemo dopustiti, da bi posamezniki lahko drugače zapeljali doktrino paliativnega pristopa in jo omejili zgolj na raven vnaprejšnjega načrtovanja. Še enkrat je treba poudariti, da gre za strokovno odločanje, zdravniki pa pri tem ne smemo sodelovati s krajšanjem življenja.

Legendarni izumi

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Med deseterico izumov, ki so najbolj vplivali na življenje na modrem planetu, se je uvrstilo kar pet legendarnih odkritij, povezanih z zdravjem, oz. takih, ki služijo zdravstvu. Med omenjeno ključno peterico sodijo:

1. Aspirin

Pred 110 leti je podjetje Friedrich Bayer & Co. na patentnem uradu v Berlinu registriralo aspirin – vsestransko zdravilo, ki je bilo sprva izdelano iz snovi, ki se nahaja v vrbovih drevesih. Zgodovina aspirina sega že več kot 2.500 let nazaj, ko so s podobnim zdravilom, prav tako izdelanim iz vrbovega lubja, lajšali bolečine in zbijali visoko telesno temperaturo. Leta 1897 sta nemška raziskovalca Arthur Eichengrün in Felix Hofmann za družbo Bayer razvila formulo sintetičnega zdravila, ki ga poznamo še danes. Aspirin, ki naj bi se sprva uporabljal za lajšanje težav pri artritisu, je hitro postal znan kot učinkovito sredstvo proti bolečinam. Leta 1899 je Hoffman prvi sintetiziral aspirin v obliki praška in ga uporabil za lajšanje očetovih revmatičnih bolečin. Pomemben mejnik v zgodovini aspirina pa predstavlja tudi leto 1971, ko je sir John Vane odkril celoten mehanizem delovanja aspirina in bil za svoje epohalno odkritje enajst let kasneje nagrajen z Nobelovo nagrado za fiziologijo in medicino.

2. Srčni spodbujevalnik

Srčni spodbujevalnik, majhna naprava, vstavljena v prsni koš z namenom, da pomaga uravnati srčni ritem, bolnikom z motnjami srčnega ritma omogoča aktivno življenje, neredko celo edino možnost preživetja. Za marsikoga nepogrešljiva naprava je bila izumljena povsem po naključju, ko je elektroinženir John Hopps raziskoval, kako z radijsko frekvenco segreti podhlajeno

telo. Pri tem je odkril, da je srčno mišico, ki se je zaradi pohladitve ustavila, mogoče z umetno stimulacijo ponovno pognati v tek oz. aktivirati.

3. Penicilin

Tudi eno največjih odkritij v zgodovini medicine je posledica naključja. Škotski znanstvenik sir Alexander Flemming je med izvajanjem različnih preizkusov v svojem laboratoriju med poletnimi počitnicami pomotoma pustil odprto petrijevko s stafilokoki. Ko se je vrnil, je bila prekrita s plesnijo, ki je okrog sebe pobila vse bakterije. Po nekaj letih izpopolnjevanja formule je zahvaljujoč pričujočemu odkritju nastal prvi antibiotik, imenovan penicilin.

4. LSD

Halucinogena učinkovina, dietilamid lizeriginske kisline ali kratko LSD, je naključno odkritje švicarskega kemika Alberta Hofmana, ki se je pomotoma zastrupil s črnim glivičnim izrastkom, ki se pojavlja kot škodljivec na rži. Pri tem je ugotovil, da snov že v majhnih količinah človeka lahko spravi v bledež in opoj, poleg vizij in nenavadnih občutkov pa lahko povzroča tudi stanje blaženosti.

5. Saharin

Umetno sladilo brez kalorične vrednosti, ki je 300-krat bolj sladko od saharoze, je naključno izumil raziskovalec Constantine Fahlberg, ko je iskal nove načine učinkovite uporabe premogovega katrana. Ko se je vrnil iz laboratorija in jedel ženske piškote, so bili ti veliko slajši kot običajno. Izkazalo se je, da je imel na rokah kemikalijo, danes znano kot saharin.

Viri: *American Scientist* 12/2014, www.science.com, *Forbes* 3/2014, www.key-discovery.com

Zaščita pred pasovcem – cepiva proti herpesu zostru

Asist. Zoran Simonović, dr. med., spec. jav. zdrav.,

Nacionalni inštitut za javno zdravje

zoran.simonovic@gmail.com

Predvidoma še letos bo tudi pri nas dosegljivo živo atenuirano cepivo proti pasovcu oz. herpesu zostru (HZ) – zostavax®, katerega uporabo je Evropska agencija za zdravila (EMA) odobrila že leta 2006. Prav tako pa je v zaključni fazi kliničnih raziskav rekombinantno inaktivirano cepivo proti HZ (trenutno poimenovano HZ/su), ki kaže zelo obetavne rezultate v smislu učinkovitosti in varnosti.

Pasovec oz. herpes zoster (HZ) nastane zaradi reaktivacije latentnega virusa varicella-zoster (VZV), ki ostane dosmrtno prisoten v senzoričnih ganglijih po preboleli okužbi z noricami. Več kot 90 odstotkov odraslih je okuženih z VZV in vsi ti lahko zbolijo za HZ. Približno od 20 do 35 odstotkov oseb, ki so prebolele norice, kasneje v življenju dejansko razvije HZ. Vzroki za reaktivacijo virusa niso dokončno poznani, verjetno pa so povezani z upadom celično posredovane imunosti, do katerega prihaja ob staranju ali ob boleznih in jemanju zdravil, ki zmanjšujejo celični imunski odgovor. V senzoričnih ganglijih povzročajo VZV v obdobju reaktivacije intenziven vnetni proces in nekrozo živčnih celic. Za pasovec je zato značilna pekoča bolečina v prizadetem dermatomu, ki ji običajno sledi razvoj izpuščaja na koži prizadetega dermatoma. Spremembe so običajno unilateralne. Bolezen se pogosto zaplete. Sekundarna bakterijska okužba lahko zapusti brazgotine, prizadetost oftalmične veje trigeminusa lahko vodi v okvaro vida, nevrološki zapleti se lahko kažejo z vnetjem osrednjega živčevja, prizadetostjo motoričnih živcev s parezami in paralizami. Najpogostejši zaplet je izredno močna, lahko dolgotrajna, bolečina v prizadetem dermatomu – postherpetična nevralgija (PHN), ki se pojavi pri polovici bolnikov, starejših od 50 let, in močno vpliva na kakovost življenja. Tveganje za pojav hujše oblike PHN se povečuje s starostjo bolnika. Tudi bolniki z oslABLJENO imunostjo so posebno ogrožena skupina za hujši potek bolezni, pri kateri lahko pride do razsoja VZV in se lahko konča tudi smrtno.

V različnih državah po svetu ugotavljajo podoben vzorec pojavljanja pasovca. Letna incidenca boleznih narašča s starostjo bolnikov in se močno poveča po 50. letu starosti. V EU naštejemo več kot 1,8 milijona novih primerov HZ na leto, letna incidenčna stopnja pri starejših od 60 let je 7,8/1000 oseb. V letu 2013 smo v Sloveniji zabeležili 4057 bolnikov s pasovcem (incidenčna stopnja 197,1/100.000 oseb). Več kot 72 odstotkov vseh primerov se je pojavilo pri starejših od 45 let.

Predvideva se, da do reaktivacije VZV v obliki HZ pride zaradi upada specifičnega celičnega imunskega odziva na VZV s podaljšanim časom od prebolele primarne okužbe. Imunost pa verjetno na naraven način poživljamo z naknadno izpostavljenostjo VZV. Na podobnem principu požitve upadajočega specifičnega celičnega imunskega odziva na VZV temelji obstoječe živo atenuirano cepivo proti HZ (slika). Cepivo namreč vsebuje živ oslABLJEN sev VZV (Oka/Merck) v 14-krat višjem odmerku od koncentracije VZV v cepivu proti noricam. V raziskavi učinkovitosti in varnosti cepiva, v katero so vključili več kot 38.000 oseb z ohranjeno imunostjo, starejših od 60 let, je bila ugotovljena zmanjšana pojavnost HZ za 51,3 odstotka [95 % IZ: 44–58], za 66,5 odstotka [95 % IZ: 48–79] se je zmanjšala pojavnost težje oblike PHN, za 61,1 odstotka [95 % IZ: 51–69] pa breme bolezni (sestavljena vrednost pojavnosti, intenzivnosti in trajanja akutne in kronične bolečine, povezane s HZ v 6-mesečnem obdobju spremljanja). Učinkovitost cepljenja pri zmanjšanju pojava HZ je bila višja pri mlajših kot pri starejših preiskovancih (63,9 odstotka v starosti od 60 do 69 let in 37,6 odstotka v starosti nad 70 let). Po drugi strani pa je bila ugotovljena učinkovitost cepljenja pri zmanjšanju pojava PHN nekoliko višja pri osebah, starejših od 70 let (66,8 odstotka proti 65,7 odstotka). V dodatni raziskavi, v katero so vključili več kot 22.000 oseb, starih od 50 do 59 let, je bila ugotovljena 70-odstotna učinkovitost cepiva pri zmanjšanju pojava HZ [95 % IZ: 54–81].

Varnostni profil cepiva je ugoden, neželeni učinki po cepljenju so podobni kot pri ostalih cepljenjih, lokalne reakcije na mestu aplikacije cepiva pa so bile pogostejše pri cepljenih s cepivom kot pri prejemnikih placeba (49 odstotkov proti 17 odstotkom). Izjemno redko se je po cepljenju pojavil kožni izpuščaj, podoben izpuščaju pri HZ. Kljub temu, da se povečan specifični T-celični imunski odgovor pojavi že dva tedna po cepljenju in ostane visok več kot pet let, do sedaj potrebe ali časovnega okvira za obnovitveno cepljenje še niso opredeljevali. Cepivo se lahko varno uporabi pri osebah, ki so v preteklosti že prebolele HZ, lahko pa se izvede brez predhodnega testiranja na prebolelo okužbo z noricami. Kot pri vseh ostalih živih cepivih je kontraindicirana uporaba cepiva pri nosečnicah, pri bolnikih z oslajeno imunostjo (zaradi bolezni ali zdravljenja) ali v primeru anafilaktične reakcije na sestavine cepiva (neomicin, želatina). Cepivo se lahko varno uporabi pri okuženih z virusom HIV z ohranjeno imunsko sposobnostjo in pri osebah na sistematskem zdravljenju s kortikosteroidi z dnevnim odmerkom, enakovrednim < 20 mg prednizolona. Cepljenje lahko opravimo hkrati s cepljenjem proti gripi z inaktiviranimi cepivi, ne pa tudi sočasno s cepljenjem proti pnevmokoknim okužbam s polisaharidnim pnevmokoknim cepivom, saj se imunogenost cepiva proti HZ v takšnem primeru zmanjša. Učinkovitost cepljenja ob sočasnem jemanju protivirusnih zdravil ni bila ocenjena. Cepljenje se opravi z enojnim odmerkom cepiva podkožno v deltoidnem predelu roke. Cepivo je pred uporabo potrebno rekonstituirati in ga uporabiti v 30 minutah po pripravi. Shra-

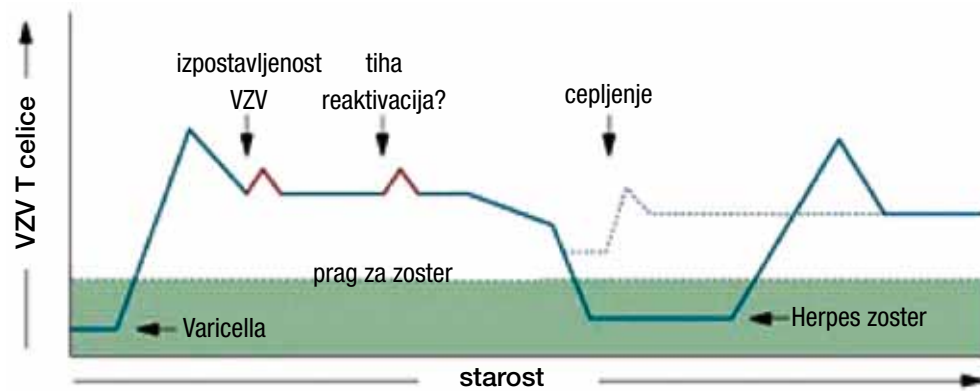
njuje se podobno kot vsa ostala cepiva na temperaturi od 2 do 8° C.

Zaradi pomanjkljivih podatkov o trajanju zaščite po cepljenju so priporočila o najprimernejši starosti za izvedbo cepljenja neenotna. EMA je odobrila uporabo cepiva pri starejših od 50 let. V ZDA priporočajo cepljenje proti HZ vsem osebam, starejšim od 60 let, v Avstriji in na Češkem priporočajo cepljenje starejšim od 50 let, v Veliki Britaniji pa starejšim od 70 let. V letu 2012 je bilo v ZDA proti HZ cepljenih že 20,1 odstotka oseb ustrežne starosti.

V zaključnem obdobju kliničnega

zajetih več kot 16.000 oseb, starejših od 50 let, brez motene imunosti. V raziskavi ugotavljajo 97,2-odstotno celokupno zaščitno učinkovitost cepiva pred pojavom HZ [95 % IZ: 94–99], brez odstopanj med posameznimi starostnimi skupinami. Cepivo je v primerjavi s placebom bolj reaktogeno s pogostimi lokalnimi in sistemskimi neželenimi učinki. Resni neželeni učinki v skupini cepljenih niso pogostejši.

HZ je relativno pogosta bolezen z možnimi neprijetnimi zapleti, ki lahko močno poslabšajo kakovost življenja bolnika. Cepljenje zmanjša tako



Upad VZV-celične imunosti s starostjo in vpliv cepljenja.

preizkušanja se nahaja tudi inaktivirano rekombinantno podenotno cepivo proti HZ, ki vsebuje glikoprotein E VZV in adjuvantni sistem ASO1_B. Glikoprotein E je primaren cilj VZV-specifičnega imunskega odgovora, adjuvantni sistem ASO1_B pa spodbuja močan CD4+ T-celični in humoralni imunski odgovor na rekombinantne proteine. Ker gre za inaktivirano cepivo, bi bila njegova uporaba možna tudi pri osebah z oslajenim imunskim sistemom. Imunogenost, učinkovitost in varnost kandidatnega cepiva preizkušajo v multicentrični študiji, v katero je

tveganje za pojav bolezni kot tudi zaplete bolezni. V kratkem bo omogočena izvedba cepljenja s cepivom, ki ima dovoljenje za uporabo v EU, tudi pri nas. V prihodnosti pa lahko računamo na možnost izbire različnih cepiv za preprečevanje pojava HZ in z njim povezanih zapletov.

Izjava o nasprotju interesov

S strani proizvajalcev v članku omenjenih cepiv avtor ni prejel donacij, honorarjev, sponzorskih sredstev ali drugačne podpore, ki bi vplivala na njegovo objektivnost.

Spoštovani avtorji prispevkov,

zaradi nezanesljivosti medmrežja bomo vsako elektronsko pošto potrdili s povratno pošto. V kolikor od nas ne prejmete potrdila o prejeti elektronski pošti, vljudno prosimo, da nas pokličete (01 30 72 152) ali ponovno pošljete prispevek.

Ugotovljeno najdaljše izločanje cepilnega poliovirusa

Prim. dr. Alenka Trop Skaza, dr. med.,

Nacionalni inštitut za javno zdravje, območna enota Celje

Alenka.Skaza@nijz.si

Raziskovalci iz Velike Britanije so v reviji PLOS Pathogens objavili prispevek o do sedaj ugotovljenem najdaljšem izločanju cepilnega poliovirusa tipa 2. Dokumentirali so 28-letno izločanje pri 29-letnem imunsko kompromitiranem Britancu, ki je v otroštvu prejel štiri odmerke živega oslavljenega cepiva proti otroški paralizi. Prvi vzorec blata na prisotnost poliovirusa so preiskali v novembru 1995, zadnjega pa v marcu 2015. Glede na datume cepljenja v letu 1986 zaključujejo, da gre za 28-letno izločanje.

Po podatkih iz literature je kronično izločanje s cepivom povezanega virusa otroške paralize zelo redko. Od leta 1962 so dokumentirali skupno 73 oseb/izločevalcev, pri samo sedmih je izločanje trajalo več kot pet let. So pa nedavno v odplakah na Slovaškem, Finskem, v Estoniji in Izraelu odkrili cepilne seve poliovirusa brez identifikacije izločevalcev. To kaže na dejstvo, da so kronični izločevalci prisotni tudi v teh državah.

Virus iz blata dolgoletnega izločevalca v Veliki Britaniji je cepilni virus proti otroški paralizi iz Sabinovega cepiva, ki je živo oslavljen cepivo za peroralno cepljenje proti poliomielitisu. Najdeni virus je pri gensko spremenjenih miših s humanimi receptorji za polioviruse povzročil paralizo. Miši, ki so bile cepljene z inaktiviranim, mrtvim cepivom, so bile pred okužbo zaščitene. Prav tako so virus inaktivirala nevtralizacijska protitelesa iz seruma cepljenih ljudi.

Na svetu za cepljenje proti otroški paralizi uporabljajo dve vrsti cepiv: tritipno živo, oslavljen cepivo in tritipno mrtvo, inaktivirano cepivo. V Sloveniji smo do 2003 uporabljali za cepljenje otrok živo oslavljen cepivo, od tega leta pa uporabljamo mrtvo inaktivirano cepivo. Svetovna zdravstvena organizacija vlaga velike

napore v program izkoreninjenja otroške paralize. Štiri od šestih svetovnih zdravstvenih regij so območja brez otroške paralize. Evropa je certifikat regije brez otroške paralize pridobila leta 2002. V skladu z zahtevami morajo države stalno dokazovati odsotnost virusov, ki povzročajo poliomielititis, ter zagotavljati laboratorijsko diagnostiko za odkrivanje in tipizacijo virusov v primeru, da se le-ti pojavijo. Prav tako se morajo etiološko pojasniti akutne flakidne paralize.

V Indiji so v letu 2010 s cepljenjem uspešno prekinili kroženje divjega poliovirusa, zadnji primer otroške paralize so ugotovili v novembru 2012. Endemska žarišča otroške paralize so trenutno v Afganistanu, Nigeriji, Pakistanu in Somaliji. V primeru potovanja v te države je obvezno cepljenje z dodatnim odmerkom proti otroški paralizi za vse tiste, ki v zadnjem letu niso bili cepljeni proti otroški paralizi. Globalni program izkoreninjenja otroške paralize v okviru javnozdravstvenih programov ocenjujejo na 16 milijard dolarjev. Izmed treh krožečih divjih tipov virusov otroške paralize sta tip 2 in tip 3 izkoreninjena, medtem ko se divji tip virusa 1 pojavlja v endemskih žariščih. Vsi občasni primeri

poliomielitisa, povzročeni z virusom otroške paralize tipa 2, so bili povzročeni s cepilnim sevom iz oralne žive polio vakcine. Otroška paraliza, povzročena s cepilnim sevom iz živega cepiva, je izredno redek, a poznan zaplet po cepljenju z živim cepivom, zato v razvitem svetu uporabljamo dražje mrtvo inaktivirano cepivo.

V Sloveniji je bilo cepljenje proti otroški paralizi uvedeno 1959. leta. V letih pred cepljenjem smo vsako leto beležili več sto bolnikov z otroško paralizo, od leta 1979, ko sta zboleli zadnji dve osebi, v Sloveniji nimamo bolnikov s to boleznijo. V prvem letu dojenčki v okviru programa cepljenja prejmejo tri odmerke cepiva proti otroški paralizi v sklopu osnovnega cepljenja proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi in hemoofilusnemu meningitisu tipa b, v drugem letu življenja so revakcinirani. Po preliminarnih podatkih o precepljenosti predšolskih otrok v Sloveniji v letu 2014 (otroci, rojeni od 1. 1. 2013 do 31. 12. 2013) je bilo cepljenih 94,9 odstotka otrok. Precepljenost je bila najvišja v regiji Murska Sobota (98,9-odstotna), najnižja pa v kranjski regiji (93,1-odstotna).

Literatura:

1. Gunn G et al. Twenty-eight years of poliovirus replication in an immunodeficient individual: impact on the global polio eradication initiative. *PLOS Pathogens* 2015; DOI: 10.1371/journal.ppat.1005114.
2. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji v letu 2013. Dostopno na spletnem naslovu: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/epidemilsko_spremljanje_nalezljivih_bolezni_2013.pdf
3. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Precepljenost predšolskih otrok v Sloveniji v letu 2014. Preliminarni podatki. Dostopno na spletnem naslovu: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/preliminarno_porocilo_o_cepljenju_predsol-skih_otrok_v_letu_2014.pdf

Kongres svetovnega združenja pediatrične radioterapije PROS v Ljubljani

Doc. dr. Lorna Zadravec Zaletel, specialistka onkologije z radioterapijo, predsednica lokalnega organizacijskega odbora kongresa PROS v Ljubljani
LZaletel@onko-i.si

Od 24. do 27. junija je v Grand hotelu Union v Ljubljani potekal kongres svetovnega združenja pediatrične radioterapije PROS (Paediatric Radiation Oncology Society), v katerem smo združeni radioterapevti, ki se ukvarjamo z obsevanjem otrok, obolenih za rakom.

Obsevalno zdravljenje pri otrocih povzroči več stranskih učinkov kot pri odraslih, saj otrok še raste in ionizirajoče sevanje lahko zmanjša rast in razvoj tkiv in organov, ki so v obsevalnem polju. Zato je zelo pomembno, da je obsevanje čim bolj natančno usmerjeno na tumorsko področje, ki ga želimo obsevati, in je odmerek sevanja na sosednja zdrava tkiva čim manjši.

Novodobno načrtovanje obsevanja s slikovnimi preiskavami CT in MRI ter moderne tehnike obsevanja (IMRT, stereotaktična radioterapija in stereotaktična radiokirurgija) nam to omogočajo.

Strokovni program je bil izredno zanimiv. Pomemben vsebinski del je predstavljal sklop predavanj o načinu rasti različnih kosti pri otrocih in vplivu obsevanja na rast le-teh, da bi se izognili neenakomernemu obsevanju rastnih hrustancev v kosti. To lahko povzroči asimetrično rast kosti in s tem težave (npr. skolioza, kifoza, prikrajšava okončine). Podan je bil tudi pregled študij in priporočenega zdravljenja najpogostejših solidnih tumorjev v otroštvu, to je



Prof. dr. Berta Jereb in prof. dr. Julio D'Angio, dobitnika naslova Honorary member združenja PROS, s člani izvršnega odbora PROS.

možganskih tumorjev, v Evropi in Ameriki. Velik del predavanj je bil namenjen različnim tehnikam in metodam obsevanja za zagotavljanje čim bolj natančnega obsevanja otrok (»image guided« radioterapija in »quality assurance« v radioterapiji). Zanimiva razprava je potekala o indikacijah za obsevanje otrok s protoni, ki za razliko od običajnega obsevanja s fotoni omogočajo manjše obsevanje sosednjih zdravih tkiv.

Zadnji dan kongresa sta na »Best poster session« svoje raziskovalno delo uspešno predstavila Ana Lina Vodušek, dr. med., in dipl. inž. fizike Primož Peterlin z Onkološkega inštituta.

Pomemben del strokovnega programa so predstavljale tudi interaktivne sekcije, v katerih so tvorno sodelovali vsi udeleženci kongresa.

Na tokratnem kongresu so prof. dr. Berti Jereb in prof. dr. Juliu D'Angiu, ki je bil tudi eden vodilnih otroških radioterapevtov, podelili naslov Honorary member združenja PROS. Prof. dr. Berti Jereb so že na prvem kongresu združenja PROS v Lyonu leta 2003 dodelili častni naslov pionir pediatrične radioterapije. Ta

naslov si je pridobila s svojim življenjskim delom na področju pediatrične radioterapije doma in v tujini (Švedska, ZDA).

Dan pred začetkom kongresa je na Onkološkem inštitutu potekalo izobraževanje pediatričnih radioterapevtov, ki delajo v manj razvitih državah in so za udeležbo na kongresu prejeli štipendijo. Ena od pomembnih nalog združenja PROS je tudi izobraževanje kolegov pediatričnih radioterapevtov iz manj razvitih držav. Dejstvo namreč je, da 85 odstotkov otrok, ki imajo postavljeno diagnozo rak, živi v manj razvitih deželah, kjer so možnosti zdravljenja zelo omejene in je preživetje bolnikov v teh deželah le okrog 20-odstotno v primerjavi z 80-odstotnim preživetjem v razvitih državah. Vsi udeleženci izobraževalne delavnice in člani Izvršnega odbora PROS, katerega sestanek je prav tako potekal dan in pol na Onkološkem inštitutu, so si ogledali Oddelek za radioterapijo našega inštituta in bili nad opremljenostjo prijetno presenečeni.

Udeleženci so bili zelo zadovoljni s strokovnim programom kongresa, navdušeni pa so bili tudi nad lepotami Ljubljane in Slovenije ter predvsem

nad izredno prijaznostjo Slovencev. Sicer je 125 kolegov radioterapevtov prišlo iz vseh koncev sveta, tako iz večine evropskih držav kot tudi iz Severne in Južne Amerike, Kanade, Avstralije, Indije, Egipta, Azerbajdžana...

Vsako leto v Sloveniji za rakom oboli približno 50 otrok. Zdravijo se na Hematoonkološkem oddelku pediatrične klinike, obsevanje pa poteka na oddelku za radioterapijo na Onkološkem inštitutu. Preživetje otrok z rakom v Sloveniji je primerljivo s tistim v razvitih državah, to je 80-odstotno. Na oddelku za radioterapijo Onkološkega inštituta v Ljubljani bolnikom nudimo obsevalno zdravljenje na tehnično visoko zmogljivih obsevalnih aparatih z modernimi tehnikami obsevanja. Povezovanje radioterapevtov, ki se ukvarjamo z načrtovanjem obsevanja otrok, je izrednega pomena, saj je zaradi majhnega števila teh bolnikov izmenjevanje izkušenj in znanja na področju pediatrične radioterapije izrednega pomena.

Zahvaljujem se vsem kolegom in drugim sodelavcem, ki so pomagali pri organizaciji tega dogodka.

8. Zdravčevi dnevi

Asist. mag. Erika Zelko, dr. med., Zdravstveni dom Murska Sobota
zelko.e@siol.net

8. Zdravčevi dnevi so se tematsko dotaknili nekaterih pravic bolnikov in zdravnikov v uradno opredeljenih postopkih (ZZZS, sodišča, ZPIZ). Med predavatelji sta se nam pridružila zdravnica in bolnik z osebno izkušnjo in za njuni izjemni predstavitvi smo bili udeleženci še posebej hvaležni. Svoje delo so suvereno predstavili tudi študentje MF Maribor. Srečanje je bilo dvodnevno. Prvi dan je bil namenjen predavateljem, drugi dan pa so v delavnicah prišli na račun

udeleženci srečanja. Eden izmed sponzorjev srečanja, Sava Turizem, je s pomočjo fizioterapevtke med odmori poskrbel tudi za zdrav življenjski slog udeležencev. Ob zaključku posameznih delavnic pa so vodje delavnic pripravili naslednja poročila:

Poročilo delavnice na 8. Zdravčevih dneh z naslovom: Primeri (ne)uspešnega sodelovanja z ZZZS, je pripravila dr. Ticijana Prijon, dr. med. Med drugim je zapisala:

»V sklopu 8. Zdravčevih dni je potekala tudi delavnica z naslovom: Primeri (ne)uspešnega sodelovanja z ZZZS, ki sva jo vodili **dr. Ticijana Prijon, dr. med.**, vodja zdravstvene komisije Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), in **doc. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.**, predstavnica Katedre za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani.

Na delavnici so bile opredeljene vloga in kompetence izbranega oseb-



Delavnica na temo sodstvo in zdravnik. Z leve prof. dr. Jože Balažič, dr. med., in prof. dr. Damjan Korošec, univ. dipl. prav.

nega zdravnika, ki izhajajo iz Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) in iz Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Pravila OZZ). Sodelujoči zdravniki družinske medicine so menili, da vse dodatne naloge, ki jih nalagajo ZZVZZ in Pravila OZZ, izbranega osebnega zdravnika močno obremenjujejo pri delu, z vlogo »vratarja« v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja pa so mu naložene še dodatne odgovornosti. Zato so predlagali, da bi bile nekatere naloge izbranih osebnih zdravnikov prenesene na druge kadre ali institucije. Kot primer so izpostavili predpisovanje plenil ali drugih nezahtevniških medicinskih pripomočkov na naročilnice. Sicer se zavedajo, da izbrani osebni zdravniki svoje paciente najbolj poznajo, saj jih ves čas vodijo skozi preventivne, diagnostične, kurativne in rehabilitacijske postopke, vendar bi lahko določene kompetence prenesli tudi na diplomirane medicinske sestre npr. v referenčnih ambulantah. Z uvedbo obnovljivih naročilnic za medicinske pripomočke je ZZZS že nekoliko zmanjšal »administrativna« dela družinskih zdravnikov.

Podobno se dogaja tudi pri vodenju in urejanju začasnih nezmožnosti za delo, predvsem pri bolniških staležih do treh dni ali pri dolgotrajnih staležnikih. Z izdajo t.i. bolniških

listov, predlogov imenovanim zdravnikom ter predlogov za uvedbo postopka iz pravic ZPIZ-a so izbrani osebni zdravniki dokaj obremenjeni, poleg tega pa se na njih izvaja »pritisek« tako s strani bolnikov in njihovih delodajalcev kot samega zavoda. Zato predlagajo, da bi bil za vodenje začasnih nezmožnosti za delo zavarovanih oseb pooblaščen specialist MDPŠ oz. da bi bil pacient, ki je v dolgotrajnem staležu, obravnavan v posebnih institucijah oz. zavarovalniških zavodih, kot npr. to poteka v sosednji Avstriji. Trenutno takih predlogov ZZZS žal ne more upoštevati, ker to zahteva zakonske spremembe tako na področju zdravstvene zakonodaje kot zakonodaje s področja delovnih razmerij. Sicer so družinski zdravniki menili, da je sodelovanje z imenovanimi zdravniki ZZZS primerno in korektno.

V zadnjem času družinski zdravniki opažajo tudi povečano število zahtevkov pacientov za izdajo potrdil o upravičenosti odsotnosti npr. na izobraževanjih, ki potekajo na zavodih za zaposlovanje, ali narokih glavnih obravnav pred sodiščem. Pri tem lahko nastopijo težave, ker zavarovanci do teh opravičil oz. potrdil večkrat niso »upravičeni«, poleg tega pa izdaja tovrstnih potrdil ne sodi med pravice obveznega zdravstvenega

zavarovanja in so zaradi tega potrdila samoplačniška. Osebni zdravniki so izpostavljeni tudi določenim konfliktnim situacijam ali pritiskom zavarovanih oseb, ki zahtevajo določene zdravstvene storitve ali druge pravice OZZ, ki glede na njihovo zdravstveno stanje niso potrebne oz. do njih niso upravičene. Izpostavljena je bila problematika reševalnih prevozov, ki jih zavarovanci od svojega zdravnika praktično »zahtevajo«. Nekateri sodelujoči zdravniki so v ta namen že iskali pomoč pri organih na območjih enotah ZZZS, vendar ustrezne in pričakovane podpore s strani ZZZS žal niso dobili. Zdravniki so menili, da je ZZZS, ki je edini izvajalec OZZ, dolžan svojim zavarovancem natančno in jasno obrazložiti, kaj so njihove pravice, do katerih storitev so upravičeni in zakaj jim določene pravice, ki izhajajo iz OZZ, ne pripadajo, ne pa, da svoje naloge prelaga na pleča izbranega osebnega zdravnika.

Na delavnicah smo na kratko predstavili tudi spremembe Pravil OZZ, ki se nanašajo na pravico zavarovanih oseb do zdraviliškega zdravljenja. Po novem je osnovni pogoj za napotitev na zdraviliško zdravljenje povrnitev funkcionalnih sposobnosti, natančneje so bila definirana tudi zdravstvena stanja, ki so indikacija za napotitev na zdraviliško rehabilitacijo. Spremembe Pravil OZZ v celoti sledijo priporočilom vrha slovenske medicinske stroke in so popolnoma usklajene z veljavno medicinsko doktrino. Predstavniki ZZZS smo opozorili, da se Pravila OZZ posodablja enkrat letno in tako sledijo spremembam na področju medicine. Letos se pripravljajo velike spremembe Pravil OZZ, ki se nanašajo na medicinske pripomočke, zobno protetiko in implantologijo.

V praksi zdravniki večkrat opažajo, da nekateri izvajalci zdravstvenih storitev Pravil OZZ v določenih segmentih ne poznajo ali si jih napačno razlagajo. Po mnenju sodelujočih ZZZS ne zagotavlja ustreznega prenosa informacij. Za boljše medsebojno sporazumevanje bi moral ZZZS

vzpostaviti neposredni stik s izvajalci, organizirati izobraževanja ali predavanja, na katerih bi bili zdravniki neposredno obveščeni in seznanjeni s spremembami na področju OZZ.«

Moderatorji druge delavnice, ki je potekala na temo sodstvo in zdravnik, v obliki usmerjene razprave s štirimi skupinami so bili **prof. dr. Jože Balažič, dr. med., prof. dr. Damjan Korošec, univ. dipl. prav., in Martin Raj, univ. dipl. prav. – zastopnik pacientovih pravic**. Prof. dr. Jože Balažič, dr. med., je zapisal:

»V usmerjeni razpravi smo osvetlili vprašanja s področja strokovnega pregleda in odvzema telesnih tekočin, prisotnosti policije pri strokovnem pregledu in samoplačniških strokovnih pregledov.

Obravnavali smo bolniški stalež ter njegovo vodenje in opozorili na konkretnem primeru na pomembnost zapisa, kaj pacientu dovoljujemo med bolniškim staležem in da vsako naknadno zapisovanje ni dovoljeno.

Osvetlili smo pomembnost identifikacije pacienta, predvsem tistega, ki ga ne poznamo, saj se pogosto dogaja, da se pacient izkaže s tujo kartico zdravstvenega zavarovanja. Na primeru smo pokazali, kaj tako izkazovanje lahko pomeni in kakšne posledice nosi za pacienta in za tistega, ki mu je kartico posodil.

Obravnavali smo postopke zdravnika ob morebitni odklonitvi zdravljenja kot uresničevanju pacientove pravice, kdaj taka pravica ugasne in kako ukrepa zdravnik.

Ob prisilni hospitalizaciji smo obravnavali vse indikacije in obnovili postopek.

Obravnavali smo vlogo osebnega zdravnika ob pacientu, uživalcu psihotropnih zdravil ter alkohola, in pacientove vozniške sposobnosti.

Področje posredovanja medicinske dokumentacije je bilo osvetljeno z odgovori, kdaj, komu, na kakšen način.

Ob prijavi dolžnosti zdravnika je bilo posebej poudarjeno, da je v nekaterih primerih opustitev prijave tudi kaznivo dejanje.

Osvetljena je bila tudi pravna odgovornost za pisanje zdravniških potrdil za nazaj ter pisanje zdravniških potrdil za razne pacientove potrebe.

Obravnavali smo tudi možnosti zdravnika ob konfliktnih in napadalnih situacijah, v katerih se znajde nasproti pacientu, komu in na kak način se lahko pritoži, in vlogo varuha pacientovih pravic ob takih primerih. Izoblikoval se je predlog, da delodajalec pripravi ustrezen pravilnik z navodili ob takem ravnanju in za pomenjenje postopkov.

Ob vsaki obravnavani temi so bili izoblikovani sklepi, ki so bili obrazloženi s konkretnimi pravnimi normami.«

Tretja delavnica se je ukvarjala z nekaterimi postopki NMP, ki so lahko potrebni pri delu vsakega zdravnika družinske medicine. Poročilo o delavnici je pripravil Stanislav Malačič, dr. med.:

»Pri izvedbi delavnic NMP smo sodelovali: Nejc Halas, dr. med., doc. dr. Matej Strnad, dr. med., spec., Simona Šilec, dr. med., Stanislav Malačič, dr. med., in Staša Kocjančič, dr. med. Delavnice iz NMP so potekale v seminarskem prostoru MT5 v Hotelu Ajda v Moravskih Toplicah, na štirih postajah, udeleženci so v skupinah po štirje krožili med posameznimi postajami. Naš namen je bil prikaz obravnave nenadno obolelega/ poškodovanega po točkah ABC.

Prva postaja – oskrba dihalne poti (1), s Stašo Kocjančič:

- pomen oskrbe dihalne poti,
- uporaba obrazne maske, dihalnega balona, nosno- (Wendl) in ustnožrelnega (Guedel) tubusa,
- »zlati standard« pri definitivni oskrbi dihalne poti – orotrahealna intubacije s pomočjo klasičnega laringoskopa in sapničnih tubusov primernih dimenzij na vadbene lutki, namenjeni le oskrbi dihalne poti,
- za pripomoček pri oskrbi težke dihalne poti smo imeli na voljo Karl Storzev C-MAC videolaringskop (Karl Storz, Nemčija) in

ekstraglotične pripomočke (I-gel, laringealni tubus, laringealne maske v več izvedbah...),

- prikazana je bila tudi punkcija ventilnega pnevmotoraksa.

Druga postaja – oskrba dihalne poti (2) – konikotomija, s Simono Šilec:

- konikotomija, kot »ultima ratio« možnost oskrbe dihalne poti, s pomočjo VBM QuickTrach II sistema (VBM Medizintechnik GmbH, Nemčija).

Tretja postaja – oživljanje, z Matejem Strnadom in Nejcem Halasom:

- na podlagi različnih scenarijev smo spoznali ukrepanje ob srčnem zastoju,
- uporabljali smo lutko s simulatorjem srčnih ritmov, defibrilator Corpuls 3 (GS Elektromed. Geräte G. Stemple GmbH, Nemčija) s senzorjem globine in frekvence zunanje masaže srca, hkrati je bila na razpolago vsa oprema za oskrbo dihalne poti (vse za OTI in ekstraglotični pripomočki ter prenosni ventilator Medumat Standard (Weinmann, Nemčija)).

Četrta postaja – skrajni primeri iz točke C (cirkulacija), s Stanislavom Malačičem:

1. težave pri vzpostavitvi intravenske poti za aplikacijo zdravil in/ali tekočin in možne rešitve:
 - uporaba posebne žilne preveze, ki z rotacijo stopnjuje kompresijo (BOA constricting i.v. Band, ZDA) in omogoča boljšo polnitev perifernih ven ter posledično lažjo punkcijo le-teh,
 - intraosalni pristop do venskega sistema kot zadnje ali v določenih primerih že prvo možnost smo spoznali preko sistema EZ-IO, ki predstavlja zlati standard pri intraosalnem pristopu (Arrow EZ-IO, Teleflex, ZDA), praktični

- prikaz na modelih kosti – tibia odrasli in tibia otrok ter alternative,
- kot alternativno možnost aplikacije zdravil v urgentni medicini smo spoznali nosni razpršilec MAD (Mucosal Atomisation Device) (LMA MAD nasal, ZDA),
2. novejša metode/pristopi pri ustavljanju hudih zunanjih in notranjih krvavitev:
- SWAT Tourniquet (TEMS Solutions, VB) BLAST Bandage (Tactical Medical Solutions, ZDA) E-MAT Tourniquet (PYNG Medical, Kanada), iTClamp (iTraumaCare, ZDA),
 - vprašanje in pomen uporabe medeničnih spon pri poškodbah medenice (T-POD, PYNG Medical, Kanada, in SAM Sling Pelvic Sling II, SAM Medical, ZDA).«

Poročevalec Stanislav Malačič, dr. med., je na koncu zapisa dodal še **zahvalo sponzorjem opreme za delavnico:** Meditra, Ljubljana; SIND, Ljubljana; Karl Storz, Slovenija, Ljubljana; Splošna bolnišnica Murska Sobota; Zdravstveni dom Gornja Radgona in MBS Medizintechnik, Nemčija.

Četrto delavnico smo pripravili s pomočjo sodelavcev ZPIZ, kjer so udeleženci srečanja lahko dobili odgovore na nekatera svoja vprašanja s tega področja. Poročilo o delu na delavnici je pripravila **Ksenija Šterman, dr. med.**, spec. Zapisala je naslednje:

- »Delovno zmožnost ocenjujemo na podlagi treh zakonov:
 - **Zakon o družbenem varstvu telesno in duševno prizadetih otrok,**
 - **Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov – ZZRZI,**
 - **Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju – ZPIZ 2.**
- Invalidnost po ZPIZ 2 se ocenjuje:
 - po **pravnih kriterijih** – med drugim je potrebna minimalna

- pokojninska doba za pridobitev pravic,
 - po **medicinskih kriterijih** – da ugotovljeno zdravstveno stanje povzroča zmanjšano delovno zmožnost in da je do poslabšanja prišlo po zadnji zaposlitvi,
 - po **kriterijih dela/delovnega mesta** – upošteva se zahteve in obremenitve delovnega mesta ter se jih primerja s telesnimi zmogljivostmi in duševnimi sposobnostmi zavarovanca.
- Ocenjuje se vedno v dobro zavarovanca, seveda v skladu z veljavno zakonodajo in izvedensko prakso zavoda.
 - Pri kroničnih boleznih, nastalih pred prvo zaposlitvijo, kongenitalnih boleznih, poškodbah, nastalih pred prvo zaposlitvijo, **je treba dokazovati poslabšanje zdravstvenega stanja po zaposlitvi**, da se lahko pridobijo pravice iz ZPIZ 2 oz. da zavarovanec pridobi kategorijo invalidnosti.
 - Ob vsaki novi oceni na invalidski komisiji je treba dokazovati poslabšanje zdravstvenega stanja, če želimo spremembo kategorije invalidnosti ali dodatne omejitve pri delu znotraj iste kategorije invalidnosti.
 - Poklicna rehabilitacija:** celostni proces, v katerem se zavarovanca strokovno, fizično in psihosocialno usposobi za drug poklic ali delo.
 - Pravico do poklicne rehabilitacije imajo zavarovanci, pri katerih je podana II. kategorija invalidnosti, ali tisti, pri katerih je podana III. kategorija invalidnosti in uveljavljajo to kot izbirno pravico. Do 55. leta starosti tisti, ki so sposobni za delo v polnem delovnem času, in do 50. leta starosti tisti, ki so sposobni za delo v SDČ.
 - Poklicna rehabilitacija se v skladu s preostalo delovno zmožnostjo zavarovanca opravi:
 - s kratkotrajnim usposabljanjem in izobraževanjem,

- s praktičnim delom na ustreznem delovnem mestu pri delodajalcu oz. v drugih oblikah delovnega usposabljanja,
 - z izobraževanjem ob delu s soglasjem zavarovanca, ki se bo usposabljal za drugo delo, ki ga bo opravljal polni delovni čas,
 - z izobraževanjem na ustreznih šolah in z drugimi oblikami izobraževanja, pridobitev funkcionalnih znanj,
 - z ustrežno prilagoditvijo delovnega mesta z ustreznimi tehničnimi pripomočki – prilagoditev delovnih prostorov in delovnih sredstev.
- Zavarovancu za čas poklicne rehabilitacije teče delovna doba, dobi povrnjene stroške šolanja, potne stroške, če se šola izven dela, dobi denarno nadomestilo, odmerjeno v višini 130 odstotkov invalidske pokojnine, ki bi mu pripadala na dan nastanka invalidnosti.
 - Če se izobražuje ob delu za drugo delo, ki ga bo opravljal s polnim delovnim časom, mu pripada od nastopa in do končane poklicne rehabilitacije denarno nadomestilo, odmerjeno v višini 40 odstotkov invalidske pokojnine, ki bi mu pripadala na dan nastanka invalidnosti.
 - Prišteta doba:** 138. člen: Zavarovalni dobi zavarovancev, ki so jo prebili v delovnem razmerju ali drugem delu, na podlagi katerega so bili obvezno zavarovani kot zavarovanci **s telesno okvaro najmanj 70 %**, vojaški invalidi od I. do VI. skupine, civilni invalidi vojne od I. do VI. skupine, **slepi, gluhi, oboleli za distrofijo in sorodnimi mišičnimi in nevro-mišičnimi boleznimi in za paraplegijo, cerebralno in otroško paralizo, multiplo sklerozo, oboleli za rakom do 15. leta starosti ter ekstrapiramidnimi obolenji**, se za

pridobitev in odmero pravic prišteje ena četrtnina dobe dejanskega zavarovanja.

12. Od 1. 1. 2013 telesna okvara sicer obstaja, vendar se invalidnina izplačuje samo za telesne okvare, katerih vzrok so **poškodba pri delu ali poklicna bolezen**. Že pridobljene pravice ostanejo nespremenjene.«

Že iz zapisanega lahko sklepamo, da so bili udeleženci na delavnicah izjemno aktivni. Tema srečanja pa ponovno aktualna in je že prvi dan srečanja odprla številne dileme, med katerimi so zagotovo izstopale komunikacijske težave med nivoji ter breme administrativnega dela, ki postaja iz leta v leto kljub informatizaciji in e-medicini težava številnih ambulant.

Na podlagi odličnih ocen srečanja, ki smo jih dobili organizatorji, je naša odgovornost za izvedbo 9. Zdravčevih dni še toliko večja. Vsebino naslednjega srečanja so udeleženci že izbrali in tako se vidimo naslednje leto v Moravskih Toplicah ob temi **Izzivi družinske medicine v prihodnosti** (polifarmakoterapija, multimorbidnost, geriatrija...). Vljudno vabljeni!

Strokovni sestanek združenja za transfuzijsko medicino pri Slovenskem zdravniškem društvu

Polonca Mali, dr. med., Zavod RS za transfuzijsko medicino
polonca.mali@ztm.si

V lepem naravnem okolju pod Pohorjem, kjer je doma Zlata lisica, je 2. in 3. oktobra potekalo redno jesensko strokovno srečanje Združenja za transfuzijsko medicino. Tokrat je bila celovito predstavljena dejavnost presajanja organov ter celic in tkiv v Sloveniji.

Vodilni strokovnjaki so predstavili programe in dosežke pri presaditvah posameznih organov. Udeleženci so se seznanili z mrežo transplantacijske dejavnosti v državi, s čezmejnimi povezovanjem in pripravo čakalnih list. Predstavljeni so bili postopki in protokoli za pripravo dajalca in prejemnika na presaditev ter izkušnje z zdravljenjem s transfuzijskimi postopki ob transplantacijah.

Kri ni le tekočina, je človeški organ in vsaka transfuzija je pravzaprav presaditev tega tekočega tkiva. V Sloveniji transfuzijsko dejavnost opravljamo že 70 let, in sicer od 4. 6. 1945, ko je bil izveden prvi odvzem krvi v steklenice.

V klinično delo transplantacij smo neposredno vključeni na področju diagnostičnih storitev in preiskav ter na področju preskrbe s krvjo. Pred odvzemom organov in celic opravljamo

mo številne diagnostične preiskave, tako od testiranja na prisotnost označevalcev okužb, ki se lahko prenašajo s krvjo (hepatitis B, C, HIV, toksoplazmoza, citomegalovirus ...), do imunohematoloških preiskav in različnih tipizacij. Posebno pozornost in sodelovanje pa zahteva priprava in preskrba bolnika s krvjo in krvnimi pripravki ter zdravlili iz krvi.

Medicinski vodja registra Slovenija Donor nam je predstavil delo Registra nesorodnih darovalcev krvotvornih matičnih celic (KMC), ki obsega podatke o tkivnih antigenih odraslih darovalcev KMC ter tkivnih antigenih darovalcev popkovnične krvi, zbrane v javni banki. Register na Zavodu Republike Slovenije za transfuzijsko medicino deluje že od leta 1991. Trenutno ima že več kot 16.000 registriranih možnih darovalcev. V vseh registrih po svetu je 26 milijonov oseb pripravljenih darovati krvotvorne matične celice bolnikom, ki jih potrebujejo za zdravljenje malignih ter nekaterih nemalignih bolezni kostnega mozga in drugih krvotvornih organov.

Veseli nas, da smo skupaj z Združenjem za hematologijo v sobotnem strokovno delovnem dopoldnevu lahko izmenjali novosti in izkušnje pri zdravljenju akutne in kronične zavrnitvene reakcije presadka proti gostitelju ob presaditvi KMC s postopki zunajtelesne fototerapije. Še posebno zanimiva je bila predstavitev izzivov, ki jih hematologu in transfuziologu predstavlja podporno zdravljenje bolnika s trombocitopenijo. Izjemnega pomena je pravilno in pravočasno naročilo, izbor najustrežnejšega pripravka trombocitov in seveda skupno reševanje zapletenih primerov, ko transfuzije trombocitov postanejo neučinkovite.

Po koncu so se udeleženci strinjali, da so pred vsemi nami številni strokovni in organizacijski izzivi, o katerih bomo še razpravljali, iskali skupne rešitve in posodabljali protokole.

Na Kongresu hematologov in transfuziologov, ki ga organizirata obe združenji in bo naslednje leto potekal v Laškem (od 7. do 9. aprila 2016), bomo predstavili dosežke zadnjih let in se soočili z izzivi, ki jih narekuje razvoj stroke. Vabimo vse, ki vas področje zanima ali bi želeli sodelovati s svojimi prispevki, da se nam pridružite.

Ginekološko srečanje »Obravnava na sekundarnem nivoju«

Asist. mag. Petra Krajnc, dr. med., SB dr. Jožeta Potrča Ptuj
Damijana Bosilj, dr. med., SB dr. Jožeta Potrča Ptuj
p.krajnc4@gmail.com

Na prijetno toplem septembrski petek smo se v Grand hotelu Primus na Ptujju zbrali na vseslovenskem ginekološkem srečanju z osrednjo temo »Obravnava na sekundarnem nivoju«, katerega je letos prvič organiziral ginekološko-porodni oddelk SB Ptuj. Srečanje je potekalo 18. septembra, obravnavali pa smo tematiko s področja uroginekologije, patologije materničnega vratu in splošne ginekologije. Sodelovali so priznani profesorji in predavatelji, ki so se prijazno odzvali našemu vabilu in skupaj z nami sooblikovali kakovosten ter zanimiv program. Srečanje je bilo namenjeno vsem ginekologom, porodničarjem in tudi specializantom. Zelo smo bili veseli, da je bila udeležba po naših ocenah izjemna. Uspeli smo pritegniti kar sto kolegic in kolegov – večinoma ginekologov – iz celotne Slovenije, ki so se lotevali različnih strokovnih dilem, prisluhnili zanimivim predavanjem, nekaj časa pa so seveda namenili tudi neformalnemu druženju in ogledu lepot našega mesta.

Ptuj je kot najstarejše slovensko mesto s svojimi termami in bogato kulturno, zgodovinsko, športno ter kulinarčno ponudbo kot nalašč za prijetno razvajanje po napornem delovnem tednu. Z namenom razširitve ponudbe strokovnega srečanja smo se tako povezali tudi z lokalno skupnostjo, ki je z dodatnim programom s področja kulture, športa in kulinarike srečanje še obogatila. Zadovoljni smo, da smo uspeli kar nekaj udeležencev prepričati, da so obisk na vzhodnem koncu naše lepe dežele poleg strokovnega dela namenili še podaljšanemu družinskemu vikendu.

Program strokovnega srečanja smo usmerili v obravnava na sekundarni ravni, katere vidik je v slovenskem prostoru zapostavljen, in posebej izpostavili pomen medsebojnega povezovanja ter sodelovanja med primarno, sekundarno in terciarno ravno. V nekaterih predavanjih smo se dotaknili aktualne problematike kolposkopij in kolposkopskih centrov, kar je izzvalo dobrodošlo polemiko glede strokovne usposobljenosti, organizacije in financiranja le-teh v luči bodočih sprememb, posamezna predavanja pa so obravnavala analizo in rezultate našega lastnega dela.

Dogajanje, ki je trajalo ves dan, se je pričelo z nagovorom Andreja

Levaniča, direktorja ptujske bolnišnice, mag. Saše Djukanoviča, predstojnika ginekološko-porodnega oddelka ter organizatorjev dogodka.

Prvi sklop srečanja se je nanašal na tematiko patologije materničnega vratu. O delu in rezultatih kolposkopskega centra v ptujski bolnišnici je spregovorila Damijana Bosilj. Prim. Tatjana Kodrič je predavala o tem, kako obravnavati nosečnico s patološkim brisom materničnega vratu, mag. Petra Krajnc o testni uporabi programa Endobase v kolposkopski ambulanti, asist. mag. Mateja Marčec je predavala, kako svetovati pacientki ob dokazani okužbi z visokorizičnimi sevi HPV, asist. Veselin Šučur o prednostih povezovanja med primarno in sekundarno ravno z vidika obravnave ženske s CIN-lezijo, doc. dr. Špela Smrkolj pa o celoviti obravnavi žleznih sprememb materničnega vratu.



Člani kolektiva ginekološko-porodniškega oddelka SB Ptuj z direktorjem ustanove (foto: Veselin Šučur).

Med odmorom za kosilo smo si privoščili kulturno poslastico, saj je naša ušesa razvajal Vox Arsana. Gre za bend, ki velja za enega najbolj prepoznavnih vokalnih kvartetov v Sloveniji in na Balkanu, s svojim večglasnim petjem pa so nas popeljali v svet vokalne ekstaze, kakršno izvajajo zasedbe New York Voices, Manhattan Transfer in The Real Group.

Popoldanski sklop srečanja je bil namenjen tematikam iz splošne ginekologije in uroginekologije. Mag. Alenka Zupančič Pridgar je spregovorila o praktičnih izkušnjah zdravljenja z ulipristal acetatom, Maja Rosič je predavala o težavah v diagnostiki in zdravljenju lichenja, Sabina Senčar o laserski termoterapiji v zdravljenju disfunkcij medeničnega dna, prof. dr. Igor But o neuspehu operativne terapije stresne urinske inkontinence, o razlogih za neuspeh in nadaljnji obravnavi, mag. Saša Djukanović pa o

tem, kdaj zdraviti prekomerno aktivni sečni mehur z mirabegronom.

Vsa predavanja so bila po mnenju udeležencev kakovostno pripravljena in zanimivo podana. Za zaključek in kot piko na i celotnemu dogodku pa smo si zamislili predavanje, ki bi segalo onkraj ozko strokovnih tem, a se hkrati intenzivno dotikalo vsakega posameznika tako v zasebnem kot tudi strokovnem življenju. S tem namenom smo v naše vrste povabili psihiatra in psihoterapevta dr. Željka Čurića, ki nam je na svoj karizmatičen način zabavno in obenem zelo poučno predstavil učinkovito reševanje medosebnih konfliktov. Z izbiro omenjenega predavanja kot zaokroževalca celotnega dogodka smo želeli še poudariti namen srečanja, saj je dejstvo, da lahko dobro in kakovostno strokovno delo poteka le v kolektivih, ki imajo razčiščene medsebojne odnose in pozitivno komunikacijo, ki se posledično odraža tudi v odnosu do pacientov.

Prepričani smo, da je timsko delo in strokovno povezovanje izjemnega pomena tako v naši ustanovi kot tudi v regiji in na ravni celotne države.

Srečanje smo zaključili v poznih popoldanskih urah in z zadovoljstvom ugotavljamo, da so bili odzivi naših kolegov zelo pozitivni, glavno vprašanje, ki smo ga dobivali, pa je bilo: kdaj se bo ponovilo? Tudi naše želje in pričakovanja gredo v smeri, da bi srečanje postalo tradicionalno (biennialno), in upamo, da nam bo uspelo. Velja pa omeniti tudi dejstvo, da nam brez dobrega odziva devetih farmacevtskih družb, ki so na srečanju sodelovale kot razstavljalci in nam tako omogočile, da smo dogodek izpeljali brez kotizacije, takšnega srečanja, izvedenega na dovolj visoki kakovostni in strokovni ravni, ne bi uspelo izpeljati.

Vsem sodelavcem, predavateljem in sponzorjem se ob tej priložnosti še enkrat lepo zahvaljujemo.

10. jesenska mednarodna delavnica skupinske analitične psihoterapije

Kobarid, 2.–4. oktober 2015

Prof. dr. Miloš F. Kopal, dr. med., Ljubljana
milosfrancisek.kopal@amis.net

Poročilo terja nekaj uvodnih pojasnil. Med drugo svetovno vojno je S. R. Foulkes v bolnišnici Northfield (Velika Britanija) začel zdraviti vojake z duševnimi motnjami v skupinah. Delo je nadaljeval v strokovnem gibanju, sprva v Group Analytic Society (1952), ki je pozneje preraslo v Institut (1971).

Pomembno je bilo, da sem se med študijem v Združenem kraljestvu (1962/3) seznanil z zdravljenjem v skupinah in to znanje prenesel najprej na klinično kriminološko področje, pozneje v Klinično bolnišnico za

psihiatrijo Ljubljana Polje. Tako je klinika v Ljubljani začela delovati »po poti razvite anglosaške psihiatrije«, kot je o tem zapisal pokojni S. Zihel (dodatni vpliv sta imeli tudi teorija in praksa o psihiatrični rehabilitaciji prof. Melehova iz bolnišnice Ganuškin v Moskvi). V bolnišnici je bilo treba pridobiti navdušenca. To je bil dr. Franc Peternel, vodja enega najzahtevnejših ženskih oddelkov v Polju, kamor so po kaskadnem načelu odlagali najtežje in slabo zdravljive bolnice. Pri njih je začel z zdravljenjem v skupini. Pozneje je na Foulke-

sovem inštitutu in drugod pridobil popolno znanje o skupinski psihoterapiji, prenesel ga je domov in okoli sebe zbral pomembno skupino enako zavzetih navdušencev. Danes se ti združujejo v Slovensko društvo za skupinsko analizo, že dalj časa je njegova predsednica dr. Vladislava Stamos, psihiatrinja iz Psihiatrične bolnišnice Begunje na Gorenjskem.

Društvo je tako v oktobrskih dneh 2015, s prizadevanjem dr. Vlaste Meden Klavora, psihiatrinje iz Nove Gorice, pripravilo mednarodno delavnico z udarnim naslovom Mir in vojna. Za takšno razpravljanje in razmišljanje na Slovenskem ni bolj primerne kraja, kot je Kobarid. Tu se je odvila ena največjih bitk soške fronte – prodor avstrijsko-nemške vojske v oktobru 1917, vzdušje tega

časa in njegovih posledic za človeštvo pa živo ohranja Kobariški vojni muzej.

Kot je v delavnicah društva že v navadi, se je delo odvijalo v štirih malih in treh velikih skupinah. Delo so dopolnjevali trije referati.

Prvega je pripravil psihiater Matjaž Lunaček: *Razumevanje miru in vojne skozi gonske vzgibe*. Četudi je v pripovedi ves čas zvest ustreznim mislim S. Freuda, dovolj plastično oriše konfliktnost otrokovega psihoseksualnega razvoja. Vsakemu libidinalnemu stadiju je dodana agresija.

Pozornost je pri predmetu, ki ga obravnavamo, posvečena zlasti analni agresiji, vendar ne zanemarja pojavov te vrste v drugih psihoseksualnih obdobjih. To nas neposredno spomni, da ima v poznejših spopadih najvišji status falično orožje, kot je sablja (povezano tudi s častjo!). Streljanje in klanje z bajoneti je manj ugledno, oralno agresijo (grizenje) uporabimo le v skrajni sili.

Avtor se sprašuje, ali je mogoče preprečevati nekaj, kar je tako močno povezano z gonskimi vzgibi. Po njegovem je edina pot čim večja ozaveščenost o oblikah in pojavljanju gonskih vzgibov za otroka in ljudi na splošno.

Klinični psiholog Bogdan Lešnik začne svoj prispevek s prepričljivim stavkom: *Vojna je dejanje agresije*. V oporo sta mu oba ključna pojma v Freudovi misli, ki ju pretresljivo obrne: *Eros vojne in tanatus miru*. Upravičenost takega obrata potrjuje sam mir, ki nikakor ni nujno miren in miroljuben. Uničevalne in samouničevalne značilnosti človeške družbe se ne kažejo samo v vojnem času. Kar predstavljamo si, kakšen bi bil mir, če bi v drugi svetovni vojni zmagale sile osi. Vojni čas pa na drugi strani ni brez zadovoljnih, celo srečnih trenutkov.

V vsakovrstni vojni, v vsakem sporu je njeno in njegovo jedro vedno povezano z gonsko vsebino udeleženi subjektov. Vojna se začne v miru, spletajo se gonski in narcistični impulzi posameznika in skupnosti: zato nikoli ne moremo vedeti, ali dejansko ne delamo za vojno.

Psihiatrinja Vlasta Meden Klavora in klinični psiholog Roman Korenjak sta se predstavila z referatom *Ubese-ditev neubesedljivoga*. Čeprav se v pomembnem delu posvečita skupinsko analitičnemu vidiku miru in vojne, je njuna poglobljena pozornost namenjena skupinski psihoterapiji. Motnje, ki so nastale v skupini, se lahko pozdravijo samo v skupini. Še

posebej velja za ljudi s travmatskimi motnjami (vojna in povojna doživetja, zapori, taborišča, osebe, prizadete s povojnimi poboji). Ko delamo stvari skupaj, gradimo skupno zavedanje in občutenje. Travmatska doživljanja je treba ubesediti. Ni enostavno, ni lahko, zlasti občutja sramu. Vendar: *česar mi mogoče ubesediti, ni mogoče pustiti za sabo (pokopati)*, pravi Ivo Urlič, ki ponovi misel znanega zagrebškega psihoanalitika Stjepana Betel-hajma o pomiritvi in spravi pri osebah, ki so preživela razne oblike vojnih in povojnih travm. Na koncu zalebdi v njuni pripovedi stavek starodavne Antigone: »Ne da sovražim – da ljubim sem na svetu«.

Ob robu, kot je v analitičnih delavnicah že v navadi, je srečanje spremljalo nekaj prijetnih trenutkov. Bobnarja Tomaž Žagar in Žiga Šercer sta na začetku srečanja z bobnanjem spomnila na divjanje bitke, nasprotno pa so zvečer s svojimi nežnimi glasovi deklice v Mladinskem pevskem zboru OŠ Simona Gregorčiča v Kobaridu pod vodstvom Marjetke Rakušček in ob spremljavi Aurore Calvet pričarale mir in sožitje.

Podelili so še listine častnima članoma in študentom skupinske analize.

Prvi tečaj za inštruktorje gorske urgentne medicine v Nepal

Kathmandu, 18. 8.–29. 8. 2015

Prim. dr. Iztok Tomazin, dr. med. spec., ZD Tržič
itomazin@siol.net

Letošnji tečaj je pomenil zaključek usposabljanja nepalskih zdravnikov in gorskih reševalcev v okviru projekta, ki smo ga začeli že leta 2009, ko smo v okviru IKAR MEDCOM (komisija za urgentno medicino mednarodne zveze gorskoreševalnih organizacij) izbrani

zdravniki inštruktorji v Katmanduju izpeljali prvi tečaj. Projekt se je nadaljeval na Južnem Tirolskem leta 2012 in 2014, leta 2013 in letos pa smo inštruktorji spet prišli v Nepal in tam izpeljali usposabljanje bodočih nepalskih inštruktorjev.

Projekt financira vlada regije Južne Tirolske, pri izvedbi pa sodelujejo EURAC (Evropska akademija iz Bolzana), Himalajska zveza reševalnih organizacij (Himalayan Rescue Association – HRA), Nepalsko združenje za gorsko medicino (Mountain Medicine Society of Nepal) in Gorska reševalna služba Južne Tirolske.

Letos smo na povabilo EURAC kot inštruktorji sodelovali trije zdravniki iz Italije, po eden pa iz Avstrije, Švice, ZDA, Nepala in Slovenije ter štirje

gorski reševalci z Južne Tirolske. Pridružila sta se nam še vodja izobraževanja EURAC in strokovnjakinja za komunikacijo in menedžment iz Švice. Sodelovali smo odlično, vzpostavili nove stike in poglobili obstoječe. Med tečajniki smo npr. imeli zdravnika, ki je vodil medicinsko oskrbo med letošnjim potresom v baznem taboru pod Everestom, pa dve Šerpi s po šestimi vzponi na Everest, in Šerpo, ki velja za trenutnega svetovnega rekorderja po številu opravljenih helikopterskih reševanj na velikih višinah.

Cilji letošnjega tečaja so bili:

1. Nadaljevanje usposabljanja nepalskih gorskih reševalcev in zdravnikov do nivoja učiteljev, da ne bodo več odvisni od mednarod-

nih inštruktorjev.

2. Pomoč pri vzpostavitvi učinkovite gorske reševalne službe in pri izboljšanju sistema NMP tako v gorah kot v ostalih predelih Nepala.

Nedavni potres je po svoje »pomagal« pri večji motiviranosti odgovornih v Nepal, saj je izpostavil potrebo po organizacijskih spremembah oz. po dobro delujočem sistemu obveščanja, koordinacije, reševanja in NMP. Letošnji program je bil kompleksen, z veliko koordinacije in prilagajanja lokalnim razmeram ter različnim predznanjem in izkušnjam udeležencev. Vodja projekta prof. Brugger, predstojnik Inštituta za gorsko urgentno medicino EURAC, je poudaril, da gre za prvi tovrsten tečaj na svetu.

Po uvodnem spoznavanju smo najprej obravnavali tri največje množične nesreče v Himalaji v zadnjem obdobju: 1. Neurje leta 2014, ki je na področju Daulagirija in Anapurne zahtevalo najmanj 40 smrtnih žrtev med pohodniki, domačini in alpinisti, okrog 550 ljudi pa je bilo treba evakuirati. 2. Podor v Everestovem Lednem slapu leta 2014, kjer je umrlo 16 Šerp, 12 je bilo hudo poškodovanih. 3. Nesreča, ko je med letošnjim katastrofalnim potresom ogromen plaz s Pumorija uničil večino baznega tabora pod Everestom in ubil 19 ljudi, še mnogo več je bilo poškodovanih. Omenjene nesreče so najprej predstavili udeleženci, v nadaljevanju pa smo jih podrobno analizirali s poudarkom na izkušnjah



Zdravniki in gorski reševalci inštruktorji z nepalskimi tečajniki pod umetno steno Astrek v Katmanduju, kjer je potekal večji del tečaja.

in možnih izboljšavah ukrepanja v prihodnje – tako na lokalni kot na državni ravni.

Ker je šlo za usposabljanje bodočih učiteljev in organizatorjev gorskega reševanja in NMP v Nepal, je bil poudarek na didaktičnih metodah, komuniciranju in organizacijskih veščinah. Začeli smo s preprostimi temami v medicinskem delu, npr. z oskrbo različnih zlomov, podhladitev in podobno, v tehničnem pa z izdelavo sidrišč, samovarovanjem in reševanjem padlega. V nadaljevanju so bili scenariji kompleksnejši, npr. politravme in akutne bolezni v kombinaciji s tehničnoreševalno problematiko v zahtevnih terenih. Inštruktorji smo najprej prikazali scenarije, nato pa smo nadzorovali in svetovali, ko so se tečajniki razdelili na »učitelje« in tečajnike. Poudarek je bil na simuliranih situacijah s celotnim ukrepanjem (organizacija intervencije, vodenje, tehničnoreševalna izvedba, medicinska oskrba). V zaključnem delu tečaja smo izvedli dva zahtevna scenarija: 1. nesreča v plazju z dvema zasutima – prvi podhlajen in politravmatiziran, drugi brez znakov življenja. Zasute so morali najti, izkopati, oskrbeti vključno z reanimacijo in jih pripraviti za transport s helikopterjem. 2. nesreča plezalca, ki je z zlomom vratne hrbtenice in gležnja obtičal na polici sredi stene. Do poškodovanca sta morala priplezati reševalec in zdravnik s potrebno opremo, ga najprej zavarovati, oskrbeti in spustiti v vnožje stene, kjer ga je prevzela in dodatno oskrbela razširjena reševalna ekipa. Z za Nepalce značilno igrivostjo in šaljivostjo ter hkrati veliko motiviranostjo in sposobnostjo improvizacije so dobro opravili z obema izzivoma. Na koncu smo napravili temeljito analizo. Zelo veseli so bili tudi podarjene reševalne in medicinske opreme.

Naslovi nekaterih naših predavanj: Kako predavati in organizirati seminar ali vajo reševanja, krizne intervencije, sestava urgentnih ekip, osnove menedžmenta in mreženja, »crew resource manage-

ment«, »crisis resource management«, teorije in metode učenja, standardi poučevanja, umetnost simulacije...

Naslovi nekaterih delavnic: Osnove alpinistične in reševalne tehnike, varovanje in začetni pregled bolnika in poškodovanca v gorah, poškodbe zaradi strele, politravma, vodenje klasičnih ali helikopterskih reševanj, obravnava nesreče v plazju, oživljanje v različnih okoliščinah, priprava in izvedba predavanja in seminarja, dispečerstvo, komunikacija v timu in z javnostjo...

Predavanja tečajnikov: Ena od njihovih nalog je bila priprava in izvedba predavanja za javnost. Nepalski zdravniki so predstavili medicinske teme od višinske bolezni do različnih področij urgentne medicine, reševalci pa svoje reševalne izkušnje. Nekatera predavanja so bila izvedbeno na visoki ravni in/ali vsebinsko zelo zanimiva. Šerpa Kaji (šestkrat na Everestu) nam je predstavil reševanje svojega obnemoglega klienta z višine 8600 metrov na Everestu. Klient je že omagal, potem pa je vzel poživilo z besedami: »Ko bom to pojedel, bom umrl ali pa zdržal do najvišjega tabora.« Na srečo je zdržal in ob Kajijevi pomoči uspešno sestopil. Šerpa Tsiring je predstavil svoje izkušnje z visokogorskega helikopterskega reševanja, vključno s tragično nesrečo helikopterja na Ama Dablamu. Zanimiva je bila tudi predstavitev Dawa Šerpe, ki je bil že šestkrat na vrhu Everesta, enkrat s presledkom komaj dveh dni tudi na sosednjem osemtisočaku Lotseju. Sicer je budištični menih v samostanu Lukla in odličen slikar tibetanskih verskih slik – tank. Nekateri tečajniki so predstavili svojo vizijo razvoja gorskega reševanja in NMP v Nepal. Omenili so, da je bil eden od dejavnikov za hitrejši razvoj helikopterskega reševanja v Nepal, posredno tudi naš Tomaž Humar. Njegova tragična usoda, ko je hudo poškodovan moral več dni čakati na helikoptersko reševanje in je umrl pred prihodom reševalcev, je izpostavila pomen

hitrega, dobro organiziranega reševanja tudi v Himalaji.

Edini prost dan smo posvetili organiziranemu raziskovanju Katmanduja in okolice s poudarkom na obisku infrastrukture, ki bo uporabna za naslednje izobraževalne projekte. Seveda so se nas dotaknile še ne v celoti odpravljene posledice potresa. V vasi Kakani smo si ogledali spominski park ponesrečenih na Everestu in umetno plezalno steno s predavalnico ter obeležje žrtvam strmoglavljenega tajskega letala.

Žal je organizator zaradi varnosti in odgovornosti po potresu odpovedal predvideno nadaljevanje letošnjega tečaja – udeležbo inštruktorjev v medicinski ekipi za oskrbo vsakoltnega množičnega romanja na sveta jezera Gosainkund v gorovju Langtang. Konec avgusta se pri teh jezerih skoraj 4400 metrov visoko za nekaj dni zbere okrog deset tisoč hindujskih romarjev. Ker so neaklimatizirani in slabo pripravljene, jih mnogo potrebuje zdravniško pomoč.

Pod vodstvom kolega in prijatelja prof. dr. Buda Basnyata smo si ogledali bolnišnico v Patanu, eno največjih v katmandujski kotlini, znano po močnem raziskovalnem oddelku (sodelujejo z Univerzo v Oxfordu) in po tem, da poudarjeno skrbi za revne oz. za paciente, ki ne morejo plačati drage medicinske oskrbe. V Nepal, ni javnega zdravstvenega zavarovanja.

Zaključki tečaja so bili skupaj s predlogi za naslednje korake pri izboljšanju gorskega reševanja in NMP v Nepal predstavljene na srečanju s predstavniki ministrstev in drugih institucij. Odzivi so bili odlični, obiskal nas je tudi nepalski minister za turizem s svojo ekipo in še nekaj visokih predstavnikov, tako da so možnosti nadaljevanja projekta velike. Hkrati so na področju organiziranja gorskega reševanja in NMP v Nepal vse bolj aktivni tudi zasebniki, ki poleg humanitarnih vzgibov v razvoju reševanja, zlasti helikopterskega, vidijo tudi poslovno priložnost, saj se tu že sedaj obrača precej denarja.

Šlo je za novo zanimivo, lepo in koristno izkušnjo sodelovanja v mednarodni ekipi inštruktorjev. Na organizacijski in osebni ravni smo utrdili sodelovanje z Nepalci in EURAC, stkali številna nova znanstva. Obilo je bilo novih idej in zametkov projektov, delili

smo znanje in izkušnje tudi med seboj. Izkoristil sem priložnost za predstavitev slovenskega gorskega reševanja in NMP in še marsikaj. Poleg napredujočega znanja so nas nepalski tečajniki spet presenetili z odprtostjo, igrivostjo, sposobnostmi improviziranja in

prilaganja – lastnostmi, ki jih večkrat pogrešam na slovenski sceni. Vsaj nekateri med njimi bodo nosilci omenjenih dejavnosti v prihodnje, saj so zelo motivirani. Razšli smo se v zelo prijateljskem ozračju, z obljubo, da se kmalu spet srečamo.

21. letna konferenca Evropskega združenja za simulacijo v medicini – SESAM 2015

Belfast, Severna Irska

Asist. mag. Lili Steblovnik, dr. med., UKC Ljubljana

lili.steblovnik@mf.uni-lj.si

Ležala je kar tam. Z razkrečenimi nogami, ki so ji nekako nemarno visele z mize. Vseeno spodobno pokrita čez intimne dele. Oblečena v bolniško srajco, tisto, ki se zaveže ob strani. Gledala je v strop, nekako začudeno, široko razprtih oči in vsake toliko pomežiknila. Modrooka blondinka, kratkih, razmršenih las in čeprav gladke kože, je kazala zrelost mnogorodnice. Iz razprtih ust se je slišalo dihanje, ki ga je potrjevalo mirno dviganje in spuščanje prsnega koša. Radovedno sem se ustavila ob njej. Izza paravana je pristopil starejši gospod in me nagovoril: »To je Viktorija. Želite gledati, kako rodi?«

O, da! Veliko porodov sem že videla, zanima me, kako rodi ona. Zanima me, kako bom lahko tipala popadke, kako se bo sukala glavica ploda in odpiralo maternično ustje, kako se bo rodil novorojenček in ali bo kazal znake življenja. Ali ji bom lahko med porodom izmerila tlak, tipala pulz in opazovala dihanje? Ji lahko injiciram zdravila, če jih bo potrebovala? In končno, kako lahko jaz nadzorujem njen porod? Ga lahko ustavim, pospešim, lahko zaigram zaplet? Lahko rodi plod v medenični

vstavi? Bo krvavela po porodu in mi omogočila, da krvavitev ustavim?

Prijazni mož je na moj interes odgovoril s svojim. Viktorija je namreč eden od vedno številnejših porodnih simulatorjev, ki omogočajo učenje veščin, postopkov, sodelovanja in timske komunikacije, potrebne za varno vodenje normalnega in zapletenega poroda ali reševanje zapletov ob porodu. Namenjena je treningu profesionalcev, ki smo poklicani za pomoč ob porodu – babicam, porodničarjem, medicinskim sestram, anesteziologom. Bila sem v razstavnici dvorani letne konference Evropskega združenja za simulacijo v medicini (SESAM – The society in Europe for simulation applied to medicine), ki je bila že 21. po vrsti in tokrat v Belfastu, Severna Irska (od 24. do 26. junija 2015).

Konferenca je združila strokovnjake različnih strok, ki sodelujejo pri razvoju poučevanja v medicini s poudarkom na rabi simulatorjev. Poleg zdravnikov urgentne medicine, anesteziologov, kirurgov, pediatrov, ginekologov in porodničarjev so sodelovale babice, medicinske sestre, tehniki, inženirji, psihologi, fiziki,

biologi in predstavniki industrije simulatorjev in modelov.

Odprt je bil svet poučevanja v medicini na načine, ki jih v Sloveniji širše šele pričenjamo uporabljati. Poučevanje s pomočjo interaktivnih lutk, s standardiziranimi bolniki, s pomočjo navidezne resničnosti, vaje za večšine posamezne stroke in kompleksno prepleteno delovanje tima sodelavcev različnih specialnosti.

Navdušili so me zanesenjaški plenarni predavatelji. Prof. Pamela M. Kato (Coventry University, Velika Britanija) je profesorica za resne igrice (»serious games«). Predstavila nam je uporabnost računalniških igrice v izobraževanju strokovnega kadra in kot motivacijo za sodelovanje pediatričnih onkoloških bolnikov pri zdravljenju. Razložila nam je izraz »gamification«, ki označuje uporabo načel in oblike zabavnih računalniških igrice z namenom npr. izobraževanja. Računalniške igrice omogočajo, da nam večkrat varno spodleti, dokler ne dosežemo mojstrstva, z vključenim humorjem in zabavo pri učenju. Omogočajo nagrade za pozitivno obnašanje, ki bi bilo sicer samoumevno in zato spregledano. V namene izobraževanja lahko vključimo vse prednosti in možnosti komercialnih zabavnih iger. Uspeh igrice temelji na načelu, da se vsi ljudje radi igramo.

Primer take videoigrice je Air Medic Sky 1 (www.airmedicsky1.org)

za treniranje varnosti bolnikov in timskega sodelovanja. Videoigrice je namenjena mladim zdravnikom za trening obvladovanja nemedicinskih vzrokov, ki zapletajo naše delo. Igralec se pridruži vrhunski medicinski zračni enoti v helikopterju (domišljjski svet, ki ustreza resničnemu) in kot del ekipe rešuje življenja.

Tako kot pri izobraževanju strokovnjakov, so računalniške igrice uporabne tudi pri krepitvi bolnikovega sodelovanja. Ugotovili so, da je bilo najslabše preživetje po kemoterapiji pri bolnikih, starih med 15 in 40 let. Vzrok so pripisali slabemu sodelovanju oz. prezgodnjemu prenehanju jemanja kemoterapije v remisiji zaradi stranskih učinkov. Zasnovali so igrico Re-MISSION (sedaj že druga verzija), v kateri se kot superjunak znotraj telesa boriš proti rakavim celicam z uporabo supermoči (kemoterapije, antibiotikov in naravnih mehanizmov). Bolniki, ki so v času zdravljenja igrali igrico, so imeli boljše znanje o bolezni in se bolje držali navodil jemanja zdravil. Igrica je prosto dostopna in brezplačna (www.re-mission2.org). Del medicinskega znanja lahko pridobimo na zabaven način, vendar nas je prof. Kato opozorila, da je narediti učenje zabavno zelo zahtevno in težko.

Prof. Jan-Joost Rethans, z univerze v Maastrichtu na Nizozemskem, nas je s predstavitvijo metodologije uporabe standardiziranega/simuliranega bolnika popeljal stran od tehnologije. Zagovarja prepričanje, da se največ naučimo na pravih bolnikih, vendar je to zaradi varnosti bolnikov, potrebe po ponavljanju, težko nadzorovanega poteka in primerljivosti manj učinkovito pri večjem številu študentov. Pravega bolnika lahko nadomesti simuliran bolnik, laik, ki je posebej izobražen za svojo vlogo in ga ne prepozna niti izkušen zdravnik. Simuliran bolnik je lahko standardiziran, zato vedno enak, uporaben tudi za izpite. Tako izobraževanje omogoča pridobivanje povratne informacije, ponavljanje enake situacije, nadzorovano okolje in osredotočanje na

namen izobraževanja, brez škode za pravega bolnika. Razvili so programe za izobraževanje simuliranih bolnikov, ki so seveda za svoje delo plačani.

Poleg preglednih predavanj se je bilo kar težko odločiti med številnimi zanimivimi delavnicami, kjer smo udeleženci delili izkušnje in si širili obzorja z novimi idejami. Zelo uporabni sta bili delavnici o pripravi scenarija za različne tehnološko napredne simulatorje – lutke, in o izboru načina »debriefinga«. Analizirali smo različne pristope pri vodenju simulacijskih izobraževanj in primerjali ustreznost izbranih metod.

Z izvedbo simulacijskega učenja imamo tudi v Sloveniji že nekaj izkušenj. Kot povsod po svetu, največ s področja anesteziologije, urgentne in splošne medicine. S simulacijskim učenjem v ginekologiji in porodništvu se ukvarjamo zadnjih nekaj let. Skupina sodelavcev na Kliničnem oddelku za perinatologijo Ginekološke klinike v Ljubljani, z zunanjim sodelavcem – psihologom, razvijamo TUPS – trening urgentnih porodniških stanj. Tečaj, sestavljen iz tematskih modulov (poporodna krvavitev, porod v medenični vstavi z zapleti, fetalni distress z vakuumsko ekstrakcijo, preeklampsija/eklampsija in sporočanje slabe novice), je namenjen treningu timskega dela ekip, ki sodelujejo v porodni sobi. Babica, porodničar, anesteziolog in medicinska sestra na anesteziologiji morajo biti v primeru nujnega stanja takoj popolnoma usklajeni in učinkoviti. Zato je nujno, da redke postopke vadimo in znanje obnavljamo. Zgoraj omenjena Viktorija ima starejšo sestro Noelle, s stalnim prebivališčem v Ljubljani. Nekaj ekip je že treniralo timsko sodelovanje in izvedbo postopkov na njej. Z zavedanjem nujnosti takega izobraževanja, ki mora postati stalno in redno, bo varnost porodnic večja in stres babilic, medicinskih sester in zdravnikov v porodni sobi manjši.

Udeležbo na kongresu sta mi omogočila MEDIS, d.o.o., in Univerzitetni klinični center Ljubljana.



Prošnja organizatorjem strokovnih srečanj

Ker veliko upokojenih zdravnikov z zanimanjem sledi razvoju stroke, ki so se ji posvečali vse svoje aktivno obdobje, se radi udeležujejo strokovnih srečanj – tudi tistih, ki jih uvrstimo v koledar strokovnih srečanj v reviji Isis.

Organizatorje zato prosimo, da upokojenim zdravnikom čim večkrat ponudijo možnost, da se brez plačila kotizacije udeležijo strokovnih dogodkov, nam pa dosledno sporočajo, ali so upokojeni zdravniki oproščeni plačila kotizacije ali ne, da bomo podatek lahko uvrstili v ustrezno rubriko.

Uredništvo

Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

Komunikacijske odvozanke in osebnostne odlike

seminar – oktober, november

Na srečanju bomo pokukali v zakladnico komunikacijskih in osebnostnih veščin ter **izpostavili vrednote in prepričanja, ki nas oblikujejo in odlikujejo**. Z notranjim monologom in »osebno inventuro« si bomo odgovorili na nekaj pomembnih vprašanj. In si postavili cilj(e) – odvozlati komunikacijske zanke in izkoristiti svoje osebnostne odlike za uspešen poslovni (in zasebni) vsakdan.

Izvajalka: Irena Potočar Papež, univ. dipl. ped., prof. slov.

Arhetipska analiza osebnosti

predavanja in delavnice – november

Arhetipi so univerzalne psihične dispozicije, ki nam pomagajo razumeti našo osebnost. Bi želeli spoznati svoje potenciale in omejitve skozi arhetipske dispozicije? Arhetipske razlage so močna spodbuda za osebnostno rast in profesionalni razvoj, za poglobljen stik s seboj in iskrene odnose z drugimi.

Izjava: Manica Žmauc, univ. dipl. ped., prof. soc.

Preprečevanje izgorelosti pri zdravnikih

delavnica – 4-krat po 2,5 ure – november

Izgorevanje na delovnem mestu ni odvisno samo od povečanega obsega dela, vezano je tudi na občutek izgube nadzora nad opravljenim delom, nagradnim sistemom, razpadom vrednot ali nasprotujočimi si vrednotami ipd. Znaki izgorevanja se lahko kažejo kot velika izčrpanost, splošno neprijetno počutje, motnje spanja, obup, pomanjkanje sočutja. Delo je usmerjeno v večanje zavedanja (iskanje smisla in razumevanja), iskanje podpirajočih prepričanj in rešitev, večanje občutka solidarnosti in v delo z viri.

Izvajalka: Tanja Breznik, dipl. del. ter.

Sporočilnost telesnega z ljudmi, ki delajo z ljudmi

delavnica – november

Telo si zapomni. Telo sporoča. V našem telesu je zapisano vse, kar smo bili, kar smo in kar prav zato še le postajamo. **Vsa naša prepričanja, navade, strahovi, izkušnje, nadarjenosti in hrepenenja.** Iščemo zapletene metode, da bi razumeli skrivnosti drugih. Ne glede na to, kako obvladani ali naučeni smo, naše telo govori, kriči. Prisluhnjimo telesu.

Delavnica poteka 3 dni po 4 ure.

Število udeležencev: do 10.

Izvajalka: avtorica Body Reading programa Manica Žmauc, univ. dipl. ped., prof. soc.

Prepoznavna in obravnavna žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti

predavanja in delavnice, 2 dni – september–april

Namen izobraževanja je zdravstveno osebje opremiti z znanjem in komunikacijskimi veščinami za izboljšanje prepoznavanja in obravnavanja žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti.

Izobraževanje med drugim **izpolnjuje predpis ministrstva za zdravje, ki določa, da se morajo zdravstveni delavci z določenih področij udeležiti izobraževanja o nasilju v družini vsakih pet let**, v obsegu najmanj 5 ur.

Poudarki iz vsebine:

- osnovne značilnosti, oblike in dinamika nasilja v družini,
- klinični in drugi znaki za boljše prepoznavanje žrtev nasilja v družini,
- teoretične smernice ter praktični prikaz ustrezne komunikacije z žrtvami nasilja v družini,
- primeri dobrih kliničnih in mednarodnih praks s področja prepoznavne in obravnave žrtev nasilja v družini,
- izkušnje ter pričakovanja žrtev pri obravnavi v zdravstvenem sistemu,

- koraki medinstitucionalnega sodelovanja pri prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini,
- protokoli obravnave otrok in odraslih žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti.

Izobraževanje je del projekta *Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti: smernice in izobraževanja za zdravstvene delavce (POND_SiZdrav)*. Sodelujoči partnerji so Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, Zdravniška zbornica Slovenije, Center za socialno delo Maribor, Zavod Emma in St. Olavs University Hospital, Forensic department Brøset, Centre for research and education in forensic psychiatry. Projekt je sofinanciran s strani Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014.



Vodenje zdravniških timov

seminar – november

Dober vodja je kot dirigent, ki vzpodbudi svoj »orkester«, da igra harmonično, da se njegovi sodelavci soočijo z vsemi izzivi na delovnem mestu, dosegajo dobre rezultate in predvsem, da obvladujejo manjše in velike spremembe, ki jih prinaša okolje in vsakodnevno delo. Naučili se boste, kaj je razlika med timom in ekipo, kakšne so naloge vodje, kako se vodi tim, kakšne so resnice in zmote o motivaciji ter kakšna naj bo komunikacija v timu.

Izvajalka: Metka Komar, univ. dipl. ekon.

Da ne bi po nepotrebnem strašili in jezili drugih

predavanja – november, december

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

pri blaženju strahu in zaskrbljenosti ali umirjanju jeze. Ob koncu delavnice pričakujemo, da bodo udeleženci zmogli upoštevati medosebno različnost ter delovanje lastnih in čustev drugih.

Izvajalka: dr. Polona Selič, univ. dipl. psih.

Trpinčenje na delovnem mestu

predavanja – november

Seminar je namenjen vsem, ki želijo večjo ozaveščenost o trpinčenju, kaj ga povzroča, kako vpliva na odnose med zaposlenimi, kako vpliva na povečanje strokovnih napak zaradi napačno usmerjene pozornosti. Izvedeli boste, kako se zaščititi pred izgorevanjem.

Izvajalka: Tanja Breznik, dipl. del. ter.

Upati do konca

seminar – november

Za polno in kakovostno življenje je upanje temeljnega pomena. Da zaupamo v svoje notranje vire moči, da prepoznavamo smisel svojega življenja, da v še tako težkih situacijah ne izgubimo upanja. Tudi v času hude bolezni in umiranja ne. Dolgoletne izkušnje spremljanja umirajočih, poslušanje zgodb ljudi v stiski in branje literature o tem bo vodilo seminarja, v katerem bomo iz konkretnih pripovedi



dobili moč in navdih, kako upati do konca. Mi osebno in ljudje, ki jim pomagajo zdravniki, ki čutijo in znajo podpirati upanje.

Seminar vodi dr. Manca Košir, publicistka, dolgoletna prostovoljka hospica

Čustveno inteligentni starši

predavanja – december

Vsebine s področja čustvene inteligentnosti so namenjene prepoznavi pomena čustev in čustvovanja v komunikaciji in medosebnih odnosih, pa tudi pri **razumevanju sebe in drugih**. Priporočljivo za tiste, ki želijo vedeti, kaj je odgovorno starševstvo in kako se ga lotiti.

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

Nujna medicinska pomoč za ekipe v zobozdravstvu

delavnica – december

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

Tečaj je sestavljen iz teoretičnega in praktičnega dela, ki sta prilagojena posebnostim obravnave nujnih stanj v zobni ambulanti. Praktični del je sestavljen iz vaj na modelih in ravnanja z opremo. Simulacija primerov je pripravljena tako, da predstavimo primer pacienta v zobni ambulanti, zobozdravnik in njegova medicinska sestra pa morata pravilno ukrepati. Ostali opazujejo dogajanje, na koncu sledi analiza ter ocena pravilnosti ukrepanja. Ob zaključku tečaja je preizkus znanja.

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

Pacienti (bolniki) in potrpljenje

delavnica – januar

Na delavnici boste podrobno spoznali, kako najhitreje prepoznati osebnostni tip pacienta (bolnika), kako se posamezni tip osebnosti pacienta (bolnika) sooča z boleznijo in zakaj se odziva na določen način ter kako prilagoditi komunikacijo posameznemu tipu osebnosti pacienta (bolnika).

Delavnico vodi Anja Žagar, univ. dipl. ekon.

Težave in razumevanje v medosebnih odnosih

delavnica – januar

Na delavnici boste podrobno spoznali temeljne tipe osebnosti in njihovih prirojenih značilnosti ter lastnosti, kako se osvoboditi nerealnih pričakovanj do ljudi drugačnega tipa osebnosti, kot je vaš. Spoznali boste, zakaj v komunikaciji z določenimi ljudmi pogosteje zaidete v konflikt in kako le-te ustrezno reševati oz. jih preprečiti. S pomočjo orodij poznavanja tipov osebnosti boste bolje razumeli vedenje, razmišljanje in odzivanje ljudi okoli vas.

Delavnico vodi Anja Žagar, univ. dipl. ekon.

Podroben program in prijavnico najdete na spletni strani zbornice: <http://domusmedica.si/dogodki>

Več dogodkov najdete na www.domusmedica.si

Dodatne informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si, T: 01 30 72 191

3. 11., 17.11., 1. 12., 15. 12. ob 17.00 • PREPREČEVANJE IZGORELOSTI PRI ZDRAVNIKIH

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, učilnica Julija	št. udeležencev: 16	kotizacija: 180 EUR	k. točke: 10
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravnikom. Znaki izgoravanja se lahko kažejo kot velika izčrpanost, splošno neprijetno počutje, motnje spanja, obup, pomanjkanje sočutja, simptomi so vidni tudi v obliki cinizma, prenašanja odgovornosti na druge, povečanih občutkov krivde, izgube smisla. Delo je usmerjeno v večanje zavedanja (iskanje smisla in razumevanja), iskanje podpirajočih prepričanj in rešitev, večanje občutka solidarnosti in v delo z viri.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Tanja Breznik, univ. dipl. psih.	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, MBA, T: 01 30 72 191	

5. • VODENJE ZDRAVNIŠKIH TIMOV (seminar)

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 15	kotizacija: 120 EUR (DDV je vključen)	k. točke: 8
vsebina: Ob sebi imamo ljudi, ki so osebnostno zelo različni, vsak s svojimi dobrimi in slabimi lastnostmi, vsak s svojimi mejami sposobnosti. Dober vodja je kot dirigent, ki vzpodbudi svoj »orkester«, da igra harmonično, da se njegovi člani soočijo z vsemi izzivi na delovnem mestu, dosežajo dobre rezultate in predvsem, da obvladujejo manjše in velike spremembe, ki jih prinaša okolje in vsakodnevno delo.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije	

5. ob 15.00 • OBRAVNAVA DOJENČKOV IN MALČKOV Z NAJPOGOSTEJŠIMI GASTROINTESTINALNIMI SIMPTOMI (KOLIKAMI, REGURGITACIJO, ZAPRTJEM, DRISKO)

kraj: LJUBLJANA, Pediatrična klinika, Bohoričeva 20, predavalnica Pediatrične klinike (P2)	št. udeležencev: 130	kotizacija: ni podatka	k. točke: v postopku
vsebina: seminar je namenjen pediatrom	organizator: Pediatrična klinika, prof. dr. Rok Orel, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: funkcionalne.info@gmail.com , informacije: Tina Kamhi, T: 01 522 37 05, E: funkcionalne.info@gmail.com	

5.-7. • 57. TAVČARJEVI DNEVI

kraj: PORTOROŽ, Kongresni center St. Bernardin	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: prijava do 30. 10.: zdravniki 240 EUR + DDV, specializanti, mladi raziskovalci 120 EUR + DDV, prijava po 30. 10.: zdravniki 300 EUR + DDV, specializanti, mladi raziskovalci 160 EUR + DDV	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno specializantom in zdravnikom splošne/družinske medicine, interne medicine, kardiologije/vaskularne medicine, pulmologije, nefrologije	organizator: Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta v Ljubljani, prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Katedra za interno medicino MF Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, informacije: E: interna@mf.uni-lj.si	

5. 11., 12. 11. in 19. 11. • SPOROČILNOST TELESNEGA ZA LJUDI, KI DELAJO Z LJUDMI (delavnica, 3-krat po 4 ure)

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 10	kotizacija: 200 EUR	k. točke: 8
vsebina: Telo si zapomni. Telo sporoča. V našem telesu je zapisano vse, kar smo bili, kar smo in kar prav zato šele postajamo. Vsa naša prepričanja, navade, strahovi, izkušnje, talenti in hrepenenja. Iščemo zapletene metode, da bi razumeli skrivnosti drugih. Pa nam toliko pove že tisto, kar je najbolj očitno. Resnica je na dlani – in v očeh, obliki našega nosu, naši koži, drži. Ne glede na to, kako obvladani ali naučeni smo, naše telo govori, kriči. Prisluh-nimo telesu.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije	

6. • ARHETIPSKA ANALIZA OSEBNOSTI (predavanje 1,5 ure)

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 4
vsebina: Arhetipi so univerzalne psihične dispozicije, ki nam pomagajo razumeti našo osebnost. Vsak arhetip ima svoje potencialne in omejitve. V interakciji drug z drugim tvorijo enkratno identitetno kombinacijo, ki pojasnjuje naše zasebno in poklicno življenje.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191	

6. ob 8.00 • 6. IZOBRAŽEVALNI DAN PROGRAMA ZORA Z MEDNARODNO UDELEŽBO

kraj: BRDO PRI KRANJU, Kongresni center	št. udeležencev: 430	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno izobraževanje je namenjeno vsem sodelavcem programa ZORA (ginekologi, citologi, patologi, medicinske sestre, presejalci, mikrobiologi, epidemiologi...)	organizator: Onkološki inštitut Ljubljana in Ministrstvo za zdravje RS, izr. prof. dr. Maja Primic Žakelj, dr. med., Urška Ivanuš, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Program in register ZORA, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, informacije: Mojca Florjančič, E: zora@onko-i.si , T: 01 587 95 76	

6.-7. ob 8.30 • STROKOVNA DOKTRINA STOMATOLOŠKE KLINIKE, 70. OBLETNICA DZDS, STOMATOLOŠKE KLINIKE, ZOBOZDRAVSTVENEGA VESTNIKA IN SREDNJE ZOBOTEHNIČNE ŠOLE

kraj: LJUBLJANA, Ljubljanski grad	št. udeležencev: 200	kotizacija: zobozdravniki 230 EUR, drugi zobozdravstveni delavci 150 EUR	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno zobozdravnikom, ustnim higienikom, medicinskim sestram, zobotehnikom	organizator: Društvo zobozdravstvenih delavcev Slovenije, izr. prof. dr. Martina Drevenšek, dr. dent. med.	prijave, informacije: prijave: Društvo zobozdravstvenih delavcev Slovenije, informacije: Peter Goltes T: 051 212 869, F: 01 434 49 20	

6.–7. ob 9.00 • X. CELJSKI DNEVI – DELOVANJE URGENTNIH CENTROV S HOSPITALNEGA VIDIKA & OSTEOPOROTIČNI ZLOMI MEDENICE – 5. TIPIČNI ZLOM PRI OSTEOPOROZI

kraj: PORTOROŽ, Kongresni center hotelov LifeClass, Hotel Slovenija	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 100 EUR (z vključenim DDV)	k. točke: v postopku
vsebina: bienalno interdisciplinarno strokovno srečanje je namenjeno specializantom in specialistom travmatologije, splošne kirurgije, ortopedije, fizioterapije, družinske medicine	organizator: Društvo travmatologov Slovenije SZD, prof. dr. Andrej Čretnik, predsednik DTS	prijave, informacije: prijave: E: sbcdi@guest.arnes.si , informacije: prof. dr. Radko Komadina, predsednik organizacijskega odbora, T: 03 423 30 96, F: 03 423 38 99, E: sbcdi@guest.arnes.si	

6.–7. ob 14.00 • XII. DERMATOLOŠKI DNEVI V MARIBORU

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 50 EUR, kotizacije ni za študente in upokojene zdravnike	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Združenje slovenskih dermatovenerologov, prof. dr. Jovan Miljković	prijave, informacije: prijave: Oddelek za kožne in spolne bolezni UKC Maribor, Ljubljanska ul. 5, 2000 Maribor, Klavdija Fras, T: +386 2 321 27 05, F: +386 2 321 27 13, E: klavdija.fras@ukc-mb.si , informacije: Klavdija Fras, T: +386 2 321 27 05, F: +386 2 321 27 13, E: klavdija.fras@ukc-mb.si	

9. • TRPINČENJE NA DELOVNEM MESTU

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 40	kotizacija: 30 EUR (DDV je vključen)	k. točke: v postopku
vsebina: Predavanja so namenjena zaposlenim, ki delujejo na vodstvenih delovnih mestih in so lahko potencialni povzročitelji trpinčenja na delovnem mestu, in vsem, ki želijo večjo ozaveščenost o trpinčenju, kaj ga povzroča, kako vpliva na odnose med zaposlenimi, kako vpliva na povečanje strokovnih napak zaradi napačno usmerjene pozornosti.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije	

9. ob 8.00 • PRVI IZOBRAŽEVALNI DAN IZ SPOLNE MEDICINE IN SEKSOLOGIJE

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Studenc 48, 1260 Ljubljana Polje	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 60 EUR	k. točke: 7
vsebina: izobraževalni dogodek je namenjen specializantom in specialistom psihiatrije in klinične psihologije, urologije, ginekologije in porodništva, družinske medicine ter drugim zainteresiranim	organizator: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Irena Rahne Otorepec, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: silva.potrato@psih-klinika.si , informacije: Silva Potrato, T: 01 587 24 11, E: silva.potrato@psih-klinika.si	

12.–13. ob 9.00 • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Lek	št. udeležencev: 20	kotizacija: 250 EUR	k. točke: 18,5
vsebina: delavnica je namenjena družinskim zdravnikom	organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, prof. Mitja Košnik, dr. med.	prijave, informacije: prijave: spletna prijavnica W: www.klinika-golnik.si , informacije: Irena Dolhar, T: 04 25 69 493, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	

12., 13. in 27. ob 16.00 • MEDICINSKA HIPNOZA ZA OBVLADOVANJE BOLEČINE

kraj: KRANJ, Hotel Azul, Šuceva ul. 26	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: 300 EUR, za študente 150 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovni seminar medicinske hipnoze je namenjen zdravnikom, psihologom, zdravstvenim delavcem, psihoterapevtom	organizator: Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije, prof. dr. Marjan Pajntar	prijave, informacije: prijave: informacije@hipnoza-dmhs.si , informacije: Boni Plut, T: 031 322 207	

13. • ARHETIPSKA ANALIZA OSEBNOSTI (delavnica 4 ure)

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 10	kotizacija: 160 EUR (DDV je vključen)	k. točke: 4
vsebina: Arhetipske razlage so močna spodbuda za osebnostno rast in profesionalni razvoj, za poglobljen stik s seboj in iskrene odnose z drugimi.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije	

13. ob 8.00 • ŠOLA O GINEKOLOŠKEM RAKU: RAK JAJČNIKOV

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, predavalnica v stavbi C	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 7
vsebina: učna delavnica je namenjena ginekologom, internističnim onkologom, radioterapevtom, patologom, radiologom	organizator: Združenje za radioterapijo in onkologijo SZD, Sekcija internistične onkologije SZD, Združenje za gineološko onkologijo, kolposkopijo in cervikalno patologijo SZD, Onkološki inštitut Ljubljana, Barbara Helena Zobec Logar	prijave, informacije: prijave: E: asmolic@onko-i.si informacije: Anja Smolič, T: 01 587 95 22	

13. ob 8.00 • XI. MARIBORSKO ORTOPEDSKO SREČANJE Z NASLOVOM »RAMA V ORTOPEDIJI«

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: do 200	kotizacija: zdravniki 150 EUR, fizioterapevti in medicinske sestre 50 (DDV vključen), kotizacije ni za študente in upokojence	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno specialistom in specializantom ortopedije, travmatologije, nevrokirurgije, fiziatrom, fizioterapevtom, pediatrom, infektologom, zdravnikom družinske medicine in medicinskim sestram	organizator: UKC Maribor, Klinika za kirurgijo, Oddelek za ortopedijo, Medicinska fakulteta Maribor, doc. dr. Matjaž Vogrin, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si (zavihek strokovna srečanja), informacije: Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., Slavica Keršič, posl. sekr., T: 02 321 28 13 in 321 29 40, F: 02 321 28 26	

13. ob 8.00 • 4. SREČANJE O KEMIJSKI VARNOSTI: IZPOSTAVLJENOST PESTICIDOM PRI DELU IN DOMA

kraj: LJUBLJANA, Plaza Hotel	št. udeležencev: 120	kotizacija: 130 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: Srečanje je namenjeno zdravnikom medicine dela, javnega zdravja, družinske medicine, interne medicine, pediatrije, onkologije. Na srečanju bomo predstavili posledice poklicne izpostavljenosti pesticidom in izpostavljenosti pesticidom v domačem okolju (hrana, voda). Opisali bomo vpliv posameznih pesticidov na zdravje ter pomen genetske občutljivosti. Predstavili bomo tudi možnosti in posledice pridelovanja hrane ob pomoči kemikalij ali z gensko zaščito ter novosti pri določanju pesticidov.	organizator: Sekcija za klinično toksikologijo SZD in Center za zastrupitve UKCL, doc. dr. Miran Brvar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Sekcija za klinično toksikologijo SZD, Center za zastrupitve, Interna klinika, UKC Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, E: miran.brvar@klj.si , informacije: Miran Brvar, T: 041 605 420, F: 01 434 76 46, E: miran.brvar@klj.si	

13.–14. ob 14.00 • 62. REDNO SREČANJE SLOVENSKEGA ZDRUŽENJA ZA GASTROENTEROLOGIJO IN HEPATOLOGIJO

kraj: GORIŠKA BRDA, Grad Dobrovo	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 90 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: redni strokovni sestanek združenja je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo, prof. dr. Bojan Tepeš, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: melita.susmelj@gmail.com , informacije: E: samo.plut@gmail.com , asist. Samo Plut, dr. med., Melita Šušmelj, T: 01 522 26 39, F: 01 433 41 90, E: melita.susmelj@gmail.com	

14. ob 7.30 • 4. MEMORIALNO SREČANJE DR. TOMA PLOJA

kraj: BRDO PRI KRANJU, Kongresni center	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: seminar je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino, asist. mag. Rajko Vajd, dr. med., spec.	prijave, informacije: prijave: Irena Petrič, IPP – tajništvo, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, informacije: Irena Petrič, T: 01 522 53 37, F: 01 522 24 16, E: info@szum.si	

14. ob 12.00 • FINALE SLOVENSKEGA POKALA ZDRAVNIŠKIH TEKOV V LETU 2015

kraj: LUCIJA, Sečoveljske soline, ZD Lucija	št. udeležencev: 100	kotizacija: 10 EUR, člani Medicusa 5 EUR, kotizacije ni za upokojene zdravnike in študente MF	k. točke: ***
vsebina: tek na 7000 m in predavanje Slovenski pokal zdravniških tekov sta namenjena zdravnikom in študentom MF	organizator: Zdravniško športno društvo Medicus in ZD Lucija	prijave, informacije: prijave: E: armin.alibegovic@mf.uni-lj.si , informacije: Armin Alibegović, T: 040 575 975	

16. • TRPINČENJE NA DELOVNEM MESTU

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 40	kotizacija: 30 EUR (DDV je vključen)	k. točke: v postopku
vsebina: Predavanja so namenjena zaposlenim, ki delujejo na vodstvenih delovnih mestih in so lahko potencialni povzročitelji trpinčenja na delovnem mestu, in vsem, ki želijo večjo ozaveščenost o trpinčenju, kaj ga povzroča, kako vpliva na odnose med zaposlenimi, kako vpliva na povečanje strokovnih napak zaradi napačno usmerjene pozornosti.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije	

16.–19. ob 12.00 • 20. PODIPLOMSKI TEČAJ IZ HOSPITALNE DIABETOLOGIJE podroben program na spletni strani W: <http://www.endodiab.si/izobrazevanja/>

kraj: LJUBLJANA, Seminar »stare travmatologije«, Zaloška 2, Ljubljana	št. udeležencev: 25	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 15
vsebina: podiplomski tečaj je namenjen predvsem specializantom in specialistom interne medicine	organizator: KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, UKC Ljubljana, dr. Jelka Zaletel, dr. med.	prijave, informacije: prijave: od 1. 11. 2015 dalje do zapolnitve mest na E: jelka.zaletel@kclj.si , informacije: T: 01 522 39 90, E: jelka.zaletel@kclj.si	

17. • KOMUNIKACIJSKE ODVOZLANKE IN OSEBNOSTNE ODLIKE (seminar)

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 20	kotizacija: 120 EUR (DDV je vključen)	k. točke: 5,5
vsebina: Na srečanju bomo pokukali v zakladnico komunikacijskih in osebnostnih veščin ter izpostavili vrednote in prepričanja, ki nas oblikujejo in odlikujejo. In so seveda hkrati naš »napajalnik« dobre volje in pozitivne energije, ki se odraža v strokovnem in kakovostnem delu.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije	

17. ob 19.00 • MEDICAL STUDENT JOURNAL CLUB: ANTIKOAGULACIJSKO ZDRAVLJENJE – PRILOŽNOSTI IN PASTI

kraj: LJUBLJANA, MF, Korytkova 2, Srednja predavalnica	št. udeležencev: 150	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Debatni večer s predavanjem pripravlja študent Jurij Košir pod mentorstvom doc. dr. Boruta Juga, dr. med., sledi razprava. Debatni večer je namenjen študentom medicine, mladim zdravnikom in ostali zainteresirani javnosti.	organizator: Medical Student Journal Club – debatni klub študentov medicine, Matija Šatej, štud. med.	prijave, informacije: prijave: niso potrebne, informacije: Sara Vodopivec, T: 041 268 895, E: medicalstudentjournalclub@gmail.com	

19. • DA NE BI PO NEPOTREBEM STRAŠILI IN JEZILI DRUGIH (seminar)

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 60 EUR (DDV je vključen)	k. točke: 4
vsebina: V delavnici izhajamo iz opredelitve čustvene inteligentnosti kot tipa socialne inteligentnosti, ki vključuje sposobnost nadzora lastnih čustev in čustev drugih. Čustvena inteligentnost je zmožnost razločevanja med čustvi (emocijami) in uporabo informacij za lastno mišljenje in delovanje.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije	

19. • UPATI DO KONCA

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 15	kotizacija: 45 EUR (DDV je vključen)	k. točke: 2,5
vsebina: Za polno in kakovostno življenje je upanje temeljnega pomena. Da zaupamo v svoje notranje vire moči, da prepoznavamo smisel svojega življenja, da v še tako težkih situacijah ne izgubimo upanja. Tudi v času hude bolezni in umiranja ne.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije	

19. ob 9.00 • 6. MAJHNOV DAN: CELJSKI DAN DRUŽINSKE MEDICINE

kraj: CELJE, Celjski dom, Krekov trg 3	št. udeležencev: 200	kotizacija: 90 EUR za zdravnike in 45 EUR za medicinske sestre (brez DDV), za študente in upokojene zdravnik kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: Podiplomsko izobraževanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine. Predstavljene bodo novice pri obravnavi bolnikov v ambulanti družinske medicine. V okviru strokovnega srečanja bo potekala okrogla miza Racionalna raba antibiotikov	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine pri SZD, Danica Rotar Pavlič	prijave, informacije: prijave: http://www.e-medicina.si/majhnov-dan/prijavnica , informacije: Nina Štojs, T: 01 438 69 14, F: 01 438 69 10, E: nina.stojs@gmail.com , dodatne T: 03 780 05 00, F: 03 780 05 30, E: jana.govc@gmail.com	

19.–21. ob 15.00 • 45 LET KRONIČNE DIALIZE IN TRANSPLANTACIJE LEDVIC V SLOVENIJI – SIMPOZIJ Z MEDNARODNO UDELEŽBO IN TEČAJ DOPLERSKE DIAGNOSTIKE V DIALIZI IN TRANSPLANTACIJI

kraj: LJUBLJANA, UKC, predavalnica 1	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: simpozij z mednarodno udeležbo je namenjen zdravnikom nefrologom, internistom in pediaterom ter vsem, ki se ukvarjajo z dializo in transplantacijo ledvic, prav tako nefrološkim, dializnim in transplantacijskim sestram	organizator: Klinični oddelek za nefrologijo, Interna klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, prof. dr. Jadranka Buturovič Ponikvar, dr. med., višja svetnica	prijave, informacije: prijave: E: jasm.zunic@kclj.si , informacije: jadranka.buturovic@kclj.si , jasm.zunic@kclj.si , E: jasm.zunic@kclj.si	

20. ob 8.45 • DELAVNICA ZA MENTORJE V DRUŽINSKI MEDICINI: VARNA OBRAVNAVA BOLNIKOV

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska c. 162	št. udeležencev: 200	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 8
vsebina: delavnica je namenjena mentorjem in bodočim mentorjem specializantov družinske medicine	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, Zdravniška zbornica Slovenije, Katedri za družinsko medicino MF v Ljubljani in Mariboru, izr. prof. dr. Marija Petek Šter, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Lea Vilman, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, T: 01 438 69 15, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	

20. ob 9.00 • SVOJCI BOLNIKOV Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI

kraj: BEGUNJE, Psihiatrična bolnišnica	št. udeležencev: 100	kotizacija: ni podatka	k. točke: 2
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno družinskim zdravnikom, psihiaterom in drugim, ki jih tema zanima	organizator: Psihiatrična bolnišnica Begunje, prim. Andrej Žmitek, dr. med.	prijave, informacije: prim. Andrej Žmitek, dr. med., T: 04 533 52 48, F: 04 530 72 21, E: andrej.zmitek@pb-begunje.si	

20.–21. • UČNA DELAVNICA – OSKRBA DIHALNIH POTI

kraj: MARIBOR, UKC Maribor in Medicinska fakulteta Maribor	št. udeležencev: 36	kotizacija: 240 EUR z vključenim DDV	k. točke: v postopku
vsebina: učna delavnica je namenjena specializantom anestezije, urgentne medicine, interne intenzivne medicine in ostalim	organizator: UKC Maribor, Oddelek za anestezio-logijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečin UKC Maribor, Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta v Mariboru, prim. Zoran Zabavnik, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Slavica Keršič, posl. sek., E: slavica.kersic@ukc-mb.si , T: 02 321 29 40, F: 02 321 28 26	

20.–21. ob 9.00 • KIRURŠKI DNEVI 2015 – KOAGULOPATIJA PRI KIRURŠKEM BOLNIKU

kraj: PORTOROŽ, Kongresni center hotelov LifeClass, Hotel Slovenija	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 100 EUR (z vključenim DDV)	k. točke: ***
vsebina: interdisciplinarno mednarodno strokovno srečanje in učna delavnica sta namenjena specializantom in specialistom kirurških strok, anestezio-logije, urgentne medicine, družinske medicine	organizator: Katedra za kirurgijo MF UL, Združenje kirurgov SZD, Splošna in učna bolnišnica Celje, prof. dr. Alojz Pleskovič, predstojnik Katedre za kirurgijo	prijave, informacije: prijave: E: sbcrdi@guest.arnes.si , informacije: prof. dr. Radko Komadina, T: 03 423 30 96, F: 03 423 38 99, E: sbcrdi@guest.arnes.si	

20.–21. ob 11.00 • 11. DNEVI INTERNISTIČNE ONKOLOGIJE

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, predavalnica v stavbi C	št. udeležencev: 90	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: podiplomski seminar je namenjen vsem, ki jih to področje zanima	organizator: Sekcija internistične onkologije SZD in Sektor internistične onkologije Onkološkega inštituta, asist. mag. Erika Matos, dr. med.	prijave, informacije: prijave izključno na E: Ikristan@onko-i.si , informacije: Lidija Kristan, T: 01 587 92 82, F: 01 587 93 05, E: Ikristan@onko-i.si	

20.–21. ob 9.00 • 7. BANIČEVI DNEVI: OKUŽBE PREBAVIL

kraj: DOLENJSKE TOPLICE, Kongresni center	št. udeležencev: 150	kotizacija: 150 EUR, kotizacije ni za upokojene zdravnike, študente in specializante	k. točke: 6
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom in mikrobiologom	organizator: Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD in NLZOH, Oddelek za medicinsko mikrobiologijo Novo mesto, prof. dr. Miroslav Petrovec, dr. med., Tatjana Harlander, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Tatjana Harlander, NLZOH, Oddelek za medicinsko mikrobiologijo Novo mesto, Mej vrti 5, 8000 Novo mesto, informacije: Tatjana Harlander, dr. med., E: tatjana.harlander@nlzoh.si , asist. dr. Mateja Pirš, dr. med., E: mateja.pirs@mf.uni-lj.si , T: 07 39 34 129, F: 07 39 34 101	

21. • II. ŠOLA OBREMENITVENEGA TESTIRANJA

kraj: ŠMARJEŠKE TOPLICE, Terme	št. udeležencev: do 100	kotizacija: zdravniki 150 EUR (+ DDV), med. sestre, zdr. tehniki 100 EUR (+ DDV)	k. točke: v postopku
vsebina: enodnevni tečaj s končnim preizkusom znanja, namenjen zdravnikom spec. interne medicine in kardiologom, zdravnikom medicine dela, prometa in športa, zdravnikom, ki sodelujejo pri obremenjevanju športnikov, zdravnikom, ki sodelujejo pri ocenjevanju delovne sposobnosti v invalidskih komisijah, ter medicinskim sestram in tehnikom, ki sodelujejo pri izvajanju obremenitvenih testov v bolnišnicah, zdravstvenih domovih, ambulantah, v enotah medicine dela, prometa in športa, centrih za rehabilitacijo srčnih bolnikov (zdravilišča, ambulantna rehabilitacija, KK, centrih za rekreacijo športnikov, zdravih itd.)		organizator: Združenje kardiologov Slovenije, Delovna skupina za preventivno kardiologijo, Štukljeva cesta 48, 1000 Ljubljana	prijave, informacije: Združenje kardiologov Slovenije, T: 01 434 21 00, E: sasa.radelj@sicardio.org , prijave do 13. 11. 2015

21. ob 9.00 • JESENSKA PEDIATRIČNA ŠOLA V MARIBORU

kraj: MARIBOR, Hotel Piramida	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 50 EUR, kotizacije ni za upokojeince, študente, sekundarije in specializante	k. točke: ***
vsebina: šola je namenjena vsem zdravnikom	organizator: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, prim. asist. mag. Jernej Završnik, dr. med. spec.	prijave, informacije: prijave: Zdravniška zbornica Slovenije in E: tatjana.mauko@zd-mb.si , informacije: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Tatjana Mauko, T: 02 228 63 56, F: 02 228 65 81, E: tatjana.mauko@zd-mb.si	

21. ob 9.00 • 16. DRŽAVNO PRVENSTVO ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV V KOŠARKI, 35. MEMORIAL DR. TOMA KRASNOVA

kraj: MARIBOR, športna dvorana II. gimnazije Maribor	št. udeležencev: 60	kotizacija: 20 EUR	k. točke: ***
vsebina: košarkarski turnir je namenjen zdravnikom in zobozdravnikom	organizator: ekipa Zdravniki Maribor, Ivan Žebeljan	prijave, informacije: prijave: E: baco73@gmail.com , informacije: T: 041 540 010	

24. ob 9.00 • OSNOVNA DELAVNICA ZA USPOSABLJANJE MENTORJEV IN UČITELJEV (TTT – TRAINING THE TRAINERS)

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, Očesna klinika, Grablovičeva 46, Vajalnica, 2. nadstropje	št. udeležencev: 15	kotizacija: 200 EUR, za zaposlene v UKC Ljubljana kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: delavnica je namenjen učiteljem in mentorjem vseh poklicev	organizator: Služba za izobraževanje UKC Ljubljana, Živa Novak Antolič, predavateljica	prijave, informacije: E: izobrazevanje@kclj.si , informacije: Tina Kofler, Služba za izobraževanje, T: 01 522 90 22	

26. ob 13.00 • RAZISKAVE V P&O IN Z DOKAZI PODPRTA PRAKSA

kraj: LJUBLJANA, Center za ortotiko in protetiko, Linhartova 51	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 30 EUR, kotizacije ni za člane in pridružene člane	k. točke: ***
vsebina: Namen seminarja je predstaviti novejša raziskave na področju protetike in ortotike v Sloveniji. Srečanje je namenjeno vsem članom rehabilitacijskih timov ter specialistom in specializantom ortopedije, travmatologije, kirurgije, nevrologije in revmatologije.	organizator: Društvo za protetiko in ortotiko – ISPO Slovenije, prof. dr. Helena Burger, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: ispo.slovenije@ir-rs.si , informacije: Maja Mlakar, T: 01 475 84 50, E: ispo.slovenije@ir-rs.si	

27. ob 8.00 • XI. SPOMINSKI SESTANEK AKAD. PROF. DR. LIDIJE ANDOLŠEK - JERAS: KRONIČNA MEDENIČNA BOLEČINA PRI ŽENSKAH

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 120 EUR specialisti, 70 EUR ostali (DDV vključen)	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno specialistom in specializantom ginekologije in porodništva, družinske medicine, kirurgije, urologije ter drugim zdravstvenim delavcem	organizator: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, KO za reprodukcijo, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, UKC Maribor, doc. dr. Andrej Vogler, dr. med.	prijave, informacije: prijave: UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Enota za raziskovanje, izobraževanje in informatiko s knjižnico, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, informacije: Martina Pečlin, E: martina.peclin@mf.uni-lj.si , W: http://www.obgyn-si.org/ad-2015 , T: 01 522 60 20	

27. ob 8.30 • 3. SIMPOZIJ Z MEDNARODNO UDELEŽBO – KOAGULACIJA V VSAKDANJI PRAKSI

kraj: MARIBOR, Kongresni center Habakuk, dvorana Minarik	št. udeležencev: 100	kotizacija: 50 EUR z vključenim DDV za specialiste, za specializante in študente kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen vsem zdravnikom in študentom	organizator: UKC Maribor, Klinika za interno medicino, Oddelek za kardiologijo in angiologijo, doc. dr. Husam Franjo Naji, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Center za odnose z javnostmi in marketing, Slavica Keršič, posl. sek., T: 02 321 29 40, F: 02 321 28 26	

27. ob 13.00 • UPORABA TOKSINA BOTULINA PRI ZDRAVLJENJU ŽARIŠČNE SPASTIČNOSTI, DISTONIJ IN BOLEČINE

kraj: LJUBLJANA, URI Soča, sejna soba v kleti stavbe Vrtnica	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena specialistom in specializantom fizikalne in rehabilitacijske medicine, nevrologije in anesteziologije	organizator: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, mag. Klemen Grabljevec, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , informacije: Vesna Grabljevec, T: 01 475 82 43, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si	

27.–28. ob 8.30 • SENZOMOTORNA INTEGRACIJA, STIMULACIJA IN SNOEZELEN PRI OSEBAH Z OKVARO CENTRALNEGA ŽIVČNEGA SISTEMA

kraj: LJUBLJANA, URI Soča, 4. nadstropje stavbe Vrtnica	št. udeležencev: 20	kotizacija: 80 EUR brez DDV	k. točke: ***
vsebina: delavnica	organizator: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Maja Povše, viš. fiziot., univ. dipl. ped.	prijave, informacije: prijave: E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , informacije: Vesna Grabljevec, T: 01 475 82 43, F: 01 473 70 20, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si	

27.–28. ob 9.00 • IZBRANA POGLAVJA IZ LAJŠANJA BOLEČINE

kraj: LJUBLJANA, Hotel Four Points by Sheraton (Mons), dvorana Plečnik 1	št. udeležencev: 150	kotizacija: do 10. 10. 2015 je kotizacija 70 EUR, po tem datumu 85 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: 18. seminar o bolečini je namenjen vsem zdravnikom, medicinskim sestram, farmacevtom, fizioterapevtom	organizator: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, prim. Gorazd Požlep, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: pba.amb@ukc-mb.si , SZZB (Martina Felser), UKC Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, informacije: E: pba.amb@ukc-mb.si , pozlep@netscape.net , Martina Felser, T: 02 321 15 36, 02 321 15 68, prim. Gorazd Požlep, dr. med., T: 041 720 750	

28. ob 9.00 • 17. STROKOVNI SEMINAR ZDRUŽENJA ZA MAKSILOFACIALNO IN ORALNO KIRURGIJO SLOVENIJE – OBZOBNA TKIVA: OHRANJANJE, REKONSTRUKCIJA IN ESTETIKA

kraj: BRDO PRI KRANJU, Kongresni center	št. udeležencev: 400	kotizacija: 250 EUR	k. točke: 6
vsebina: seminar je namenjen zdravnikom in zobozdravnikom	organizator: Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, UKC Ljubljana, KO za maksilofacialno in oralno kirurgijo, MF Ljubljana, Katedra za maksilofacialno in oralno kirurgijo	prijave, informacije: prijave: Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, informacije: Ani Klopčič, T: 01 522 42 35, GSM: 051 381 557	

30. 11.–1. 12. ob 14.00 • DIAGNOSTIKA AKUTNIH LEVKEMIJ IN MINIMALNE REZIDUALNE BOLEZNI Z VEČBARVNIM PRETOČNIM CITOMETROM

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, Zaloška c. 2	št. udeležencev: cca 70	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno zaposlenim na Onkološkem inštitutu Ljubljana, strokovnjakom, ki se ukvarjajo z diagnostiko in zdravljenjem akutnih levkemij, ter strokovnjakom s področja pretočne citometrije. Srečanje bo potekalo dva dni. Prvi dan srečanja bodo predavanja, drugi dan bo delavnica.	organizator: Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, doc. dr. Veronika Kloboves Prevodnik, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: jlavrencak@onko-i.si , informacije: doc. dr. Veronika Kloboves Prevodnik, dr. med., T: 01 587 97 03, E: vkloboves@onko-i.si	

2. ob 8.30 • ČETRTRA ŠOLA TUMORJEV PREBAVIL

kraj: LJUBLJANA Onkološki inštitut Ljubljana, predavalnica v stavbi C	št. udeležencev: 90	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: podiplomska šola je namenjena vsem, ki jih to področje zanima	organizator: Sekcija internistične onkologije pri SZD, Onkološki inštitut Ljubljana, Katedra za onkologijo, izr. prof. dr. Janja Ocvirk, dr. med.	prijave, informacije: prijave: izključno na E: Ikristan@onko-i.si , informacije: Lidija Kristan, T: 01 587 92 82, F: 01 587 93 05, E: Ikristan@onko-i.si	

2. ob 9.00 • 23. SPOMINSKO SREČANJE AKADEMIKA JANEZA MILČINSKEGA OB 70-LETNICI INŠTITUTA: »NOVOSTI NA PODROČJU MEDICINSKEGA IZVEDENSTVA«

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, Korytkova 2	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: ovosti na področju pravnih predpisov za imenovanje novih sodnih izvedencev, zahteve Združenja izvedencev medicinske stroke za izdajo pozitivnega mnenja kandidata za izvedenca (potrdilo o udeležbi je eden izmed osnovnih dokumentov za podaljšanje izvedenske licence izvedencev)	organizator: Inštitut za sodno medicino MF Ljubljana v sodelovanju z RS, Ministrstvom za pravosodje, Centrom za izobraževanje v pravosodju, prof. dr. Jože Balažič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: do 1. 12. 2015 na E: tajnistvo.ism@mf.uni-lj.si , T: 01 543 72 00	

3.–4. ob 8.00 • 46. MEMORIALNI SESTANEK PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA Z MEDNARODNIM SIMPOZIJEM – NOVOSTI NA PODROČJU USTNIH BOLEZNI

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, Korytkova 2, velika predavalnica	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: sestanek z mednarodnim simpozijem je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Inštitut za patologijo Medicinske fakultete, prof. dr. Nina Gale, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: vlasta.krfogec@mf.uni-lj.si , informacije: Jera Jeruc, Vlasta Krfogec, T: 01 543 71 03, 01 543 71 38, F: 01 543 71 01, E: jera.jeruc@mf.uni-lj.si , E: nina.gale@mf.uni-lj.si	

4. • XXIV. STROKOVNO SREČANJE ZDRUŽENJA ZA HIPERTENZIJO: NOVOSTI V OBRAVNAVI IN ZDRAVLJENJU ARTERIJSKE HIPERTENZIJE

kraj: LJUBLJANA, Four Points by Sheraton Ljubljana, Mons	št. udeležencev: 200	kotizacija: 80 EUR + DDV, kotizacije ni za študente, sekundarije, upokojeince	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno družinskim zdravnikom, specialistom interne medicine, kardiologije, nefrologije, specializantom.	organizator: Združenje za arterijsko hipertenzijo, mag. Jana Brguljan Hitij, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: tina.mali@hipertenzija.org , informacije: Tina Mali, mag. Jana Brguljan Hitij, dr. med., T: 01 522 55 18 ali 01 522 55 97, F: 01 522 56 00	

4. ob 12.00 • 28. ONKOLOŠKI VIKEND – PREPREČEVANJE RAKA: DEJSTVA, KI JIH MORA VEDETI ZDRAVSTVENI DELAVEC

kraj: LJUBLJANA, Austria Trend Hotel	št. udeležencev: 180	kotizacija: 150 EUR (z DDV), kotizacije ni za predstavnike nevladnih organizacij (največ tri iz posameznega društva)	k. točke: 6
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravstvenim delavcem in sodelavcem s področja onkologije, družinskim zdravnikom	organizator: Kancerološko združenje SZD, Onkološki inštitut Ljubljana, Zveza slovenskih društev za boj proti raku, prof. dr. Janez Žgajnar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, informacije: Amela Duratović Konjevič, T: 01 587 96 25, F: 01 587 94 00, E: aduratovic@onko-i.si	

4.–5. ob 8.30 • 32. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O OBRAVNAVI MULTIMORBIDNOSTI V STARAJOČI SE POPULACIJI

kraj: ZREČE, Terme Zreče	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 14
vsebina: delavnica je namenjena sedanjim in bodočim mentorjem študentov in specialistov s področja družinske medicine (udeleženci bodo na srečanju prejeli zbornik, ki bo obravnaval omenjene teme)	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prim. doc. dr. Mateja Bulc, prim. Darinka Klančar, izr. prof. dr. Marija Petek Šter, prim. doc. dr. Davorina Petek	prijave, informacije: prijave: Lea Vilman, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , informacije: Darinka Klančar, E: darinka.klancar@siol.net	

5. • NUJNA MEDICINSKA POMOČ, DELAVNICE ZA EKIPE V ZOBOZDRAVSTVU

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162 **št. udeležencev:** 21 **kotizacija:** 147 EUR (DDV je vključen) **k. točke:** 8

vsebina: Namen tečaja je, da osveži in obogati znanje in veščine s področja temeljnih postopkov oživljanja in defibrilacije ter prepoznavanja in pravilnega ukrepanja ob nekaterih nujnih stanjih (tujki v zgornjih dihalih, akutni koronarni sindrom, akutna možganska kap, motnje zavesti, anafilaktična reakcija)

organizator: Zdravniška zbornica Slovenije

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

9. • ČUSTVENO INTELIGENTNI STARŠI: REKLAMNI TRIK ALI URESNIČLJIVA MOŽNOST (SEMINAR)

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162 **št. udeležencev:** 50 **kotizacija:** 40 EUR (DDV je vključen) **k. točke:** 3

vsebina: Družine in odnosi, vloge in naloge. Čustveno inteligentno sporazumevanje. Odgovorno starševstvo v različnih fazah odraščanja otrok (in staršev)

organizator: Zdravniška zbornica Slovenije

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

10. • TEČAJ OSKRBE KRITIČNO OBOLELEGA/POŠKODOVANEGA Z DR. CLIFFOM REIDOM (V SKLOPU ŠOLE URGENCE, III. LETNIK) – tečaj bo le v angleškem jeziku

kraj: MARIBOR, Hotel City, Ulica kneza Koclja 22 **št. udeležencev:** ni podatka **kotizacija:** (posebej za tečaj oskrbe z dr. Cliffom Reidom, lahko pa se prijavite na obe srečanji skupaj) - pripravniki: 60 EUR, specializanti, sobni zdravniki, zdravstveni tehniki, diplomirani zdravstveniki: 80 EUR, specialisti: 100 EUR (vključen DDV) **k. točke:** ***

vsebina: Tečaj je namenjen specializantom in specialistom urgentne medicine, vsem zdravnikom (tudi anesteziologom, travmatologom, družinskim zdravnikom), ki delajo na urgentnih oddelkih bolnišnic in zdravstvenih zavodov, pripravnikom. Enodnevni tečaj je osnovan na kliničnih primerih kritično bolnih bolnikov. Po besedah dr. Reida je tečaj interaktiven, zabaven, poln prigod iz klinične prakse in slikovnih vsebin, nikakor ne vsebuje dolgočasnih powerpoint predstavitev. Zajema teme iz srčnega zastoja, oskrbe dihalne poti, ventilacije, akutnih obolenj centralnega živčevja, sepse in travme.

organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino

prijave, informacije: prijave: E: <http://url.sio.si/sola-urgence2015>

10., 11. in 15. ob 16.00 • MEDICINSKA HIPNOZA PRI ANKSIOZAH IN FOBIJAH

kraj: KRANJ, Hotel Azul, Šuceva ul. 26 **št. udeležencev:** ni podatka **kotizacija:** 300 EUR, za študente 150 EUR **k. točke:** ***

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

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

prijave, informacije: prijave: E: informacije@hipnoza-dmhs.si, informacije: Boni Plut, T: 031 322 207

11.–12. • ŠOLA URGENCE, III. LETNIK

kraj: MARIBOR, Hotel City, Ulica kneza Koclja 22 **št. udeležencev:** ni podatka **kotizacija:** pripravniki: 100 EUR, specializanti, sobni zdravniki, zdravstveni tehniki, dipl. zdravstveniki: 130 EUR, specialisti: 160 EUR (vključen DDV) **k. točke:** ***

vsebina: šola je namenjena specializantom in specialistom urgentne medicine, vsem zdravnikom (tudi anesteziologom, travmatologom, družinskim zdravnikom), ki delajo na urgentnih oddelkih bolnišnic in zdravstvenih zavodov, pripravnikom. Šola urgence bo po evropskem kurikulumu urgentne medicine zajela teme s področja gastroenterologije, abdominalne kirurgije, urologije, porodništva, ginekologije, hematologije in endokrinologije. Predstavljen bo tudi povzetek novih smernic za oživljanje. Hkrati bo poseben gost na Šoli urgence Cliff Reid.

organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino

prijave, informacije: prijave: <http://url.sio.si/sola-urgence2015>

10.–12. ob 8.30. • III ANNUAL MEETING MIPS

kraj: LJUBLJANA, Cankarjev dom **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** 400 EUR **k. točke:** ***

vsebina: predavanja so namenjena ginekologom

organizator: Mednarodno združenje za inkontinenco s patologijo medeničnega dna, prof. dr. Adolf Lukanović, dr. med.

prijave, informacije: prijave: W: <http://www.mipsnet.org/#!mips-2015/cw9i>, informacije: UKCL, Ginekološka klinika, Šlajmerjeva 3, prof. dr. Adolf Lukanović, dr. med., T: +386 31 310 797, E: adolf.lukanovic@guest.arnes.si

11.–13. ob 8.00 • EVROPSKI TRAVMA TEČAJ – TIMSKI PRISTOP

kraj: Ig, IC	št. udeležencev: 24	kotizacija: 750 EUR	k. točke: ***
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino, prim. mag. Dušan Vlahovič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.szum.si , E: info@szum.si , informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402	

15. • SVITOVİ DNEVI 2015

kraj: LJUBLJANA, Grand hotel Union	št. udeležencev: 150	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno vsem vključenim v izvajanje Programa Svit, podpornikom programa in širši strokovni javnosti	organizator: Nacionalni inštitut za javno zdravje	prijave, informacije: E: programsvit@nijz.si	

15. ob 19.00 • MEDICAL STUDENT JOURNAL CLUB: ELEKTROKONVULZIVNA TERAPIJA JE PRIHODNOST MODERNE PSIHIATRIJE

kraj: LJUBLJANA, MF, Korytkova 2, Srednja predavalnica	št. udeležencev: 150	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Debatni večer, predavanje pripravlja študentka Eva Nikë Cvikel pod mentorstvom prof. dr. Mojce Muršec, dr. med., sledi razprava. Debatni večer je namenjen študentom medicine, mladim zdravnikom in ostali zainteresirani javnosti.	organizator: Medical Student Journal Club – debatni klub študentov medicine, Matija Šatej, štud. med.	prijave, informacije: prijave: niso potrebne, informacije: Sara Vodopivec, T: 041 268 895, E: medicalstudentjournalclub@gmail.com	

16. • DA NE BI PO NEPOTREBNEM STRAŠILI IN JEZILI DRUGIH (seminar)

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 60 EUR (DDV je vključen)	k. točke: 4
vsebina: V delavnici izhajamo iz opredelitve čustvene inteligentnosti kot tipa socialne inteligentnosti, ki vključuje sposobnost nadzora lastnih čustev in čustev drugih. Čustvena inteligentnost je zmožnost razločevanja med čustvi (emocijami) in uporabo informacij za lastno mišljenje in delovanje.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije	

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

Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj

razpisuje prosta delovna mesta za zdravnike specialiste:

zdravnik specialist interne medicine V/VI
3 prosta delovna mesta (m/ž)

zdravnik specialist radiologije V/VI (m/ž)

zdravnik specialist anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine V/VI (m/ž)

zdravnik specialist pediatrije V/VI (m/ž)

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,

- opravljena specializacija in specialistični izpit ustrezne specialnosti,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- zaželene delovne izkušnje 5 let.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s štirimesečnim poskusnim delom.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev, kratkim življenjepisom in opisom dosedanjih delovnih izkušenj pošljite v 8 dneh od objave na naslov: Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, Potrčeva cesta 23, 2250 Ptuj.

Kandidate bomo obvestili o izbiri v 30 dneh po sprejeti odločitvi.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

»Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je javni zavod, ki zagotavlja zavarovancem v državi uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Z usposobljenimi in motiviranimi zaposlenimi, s sodobno tehnologijo in organiziranostjo želimo zavarovancem, partnerjem in drugim strankam nuditi odlične storitve.«

K sodelovanju vabimo komunikativne in dinamične sodelavce, ki želijo nadaljevati svojo poklicno kariero v Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije:

1. Zdravnika/zdravnico na Direkciji za:

- delo v oddelku za nadzor, ki obsega področja:
 - ambulantnih in bolnišničnih storitev,
 - izvajanja finančno-medicinskih nadzorov,
 - predlaganja ukrepov v primeru odstopanj,
 - odgovorov na vprašanja izvajalcev in priprave navodil,
 - predlaganja sprememb.

Poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

- doktor medicine, specialist ali doktor medicine, magister znanosti,
- poznavanje dela z osebnim računalnikom (urejanje besedil in preglednic) in e-pošte ter znanje svetovnega jezika.

2. Zdravnika/zdravnico na Direkciji za:

- odločanje v pritožbenih postopkih za začasno nezmožnost za delo, zdraviliško zdravljenje in drugih pravicah,
- podajanje izvedenskih mnenj.

3. Vodjo oddelka za nadzor v območni enoti

Novo mesto za:

- vodenje sodelavcev in organiziranje, kontroliranje in usklajevanje dela v oddelku ter zagotavljanje zakonitosti in ažurnosti poslovanja,
- odločanje v postopkih za začasno nezmožnost za delo, zdraviliško zdravljenje in drugih pravicah,
- izvajanje finančno-medicinskih nadzorov in predlaganje ukrepov v primeru odstopanj.

4. Zdravnike/zdravnice v območnih enotah Kranj, Maribor, Novo mesto za:

- odločanje v postopkih za začasno nezmožnost za delo, zdraviliško zdravljenje in drugih pravicah,
- izvajanje finančno-medicinskih nadzorov in predlaganje ukrepov v primeru odstopanj,
- podajanje izvedenskih mnenj.

Pri točkah 2, 3, 4 poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

- doktor medicine ali doktor medicine, specialist medicine dela, prometa in športa ali specializacije v zdravstvu druge ustrezne smeri,
- strokovni izpit iz splošnega upravnega postopka (kandidati, ki ob razpisu tega izpita ne bi imeli opravljenega, ga bodo dolžni opraviti najkasneje v roku šestih mesecev od dneva zaposlitve),
- poznavanje dela z osebnim računalnikom (urejanje besedil in preglednic) in e-pošte ter znanje svetovnega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim ali krajšim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom. Za dodatne informacije se lahko obrnete na nas po T: 01 307 74 10. Svoje pisne prijave, s predstavitvijo dosedanjega dela in navedbo enote, kamor se prijavljate, pošljite **do 30. 11. 2015** na naslov: ZZZS, Direkcija, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana oz. na E: zaposlitev@zzzs.si.

Od novih sodelavcev pričakujemo sposobnosti komuniciranja in reševanja problemov, sposobnosti organiziranja in analitičnega razmišljanja, sposobnost timskega dela, sposobnost hitre presoje in sodelovanja, predvsem pa profesionalnost in samoiniciativnost ter pripravljenost za pridobivanje specifičnih znanj s področja zdravstvenega zavarovanja. Novim sodelavcem nudimo dinamično delo v urejenem okolju ter možnost strokovnega izpopolnjevanja in razvoja.

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

Kandidati bodo o izboru obveščeni v zakonsko določenem roku.

Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije

objavlja v sektorju za izvedenstvo prosto delovno mesto:

zdravnik predsednik II (m/ž) v službi za izvedenstvo I. stopnje za delo v Kopru

Kandidati/kandidatke morajo poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, izpolnjevati še naslednje posebne pogoje:

- zdravnik specialist medicine dela, prometa in športa ali zdravnik specialist druge ustrezne specialnosti,
- 4 leta delovnih izkušenj,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje Microsoft Office,
- aktivno znanje slovenskega jezika in sposobnost sporazumevanja v tujem jeziku,
- 6-mesečno poskusno delo.

Prijava mora vsebovati:

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

Pogodbo o zaposlitvi bomo z izbranim kandidatom sklenili za nedoločen čas, s polnim delovnim časom; nastop dela po dogovoru. Novemu sodelavcu nudimo dinamično delo v urejenem okolju ter možnost strokovnega izpopolnjevanja in razvoja.

Kandidate/kandidatke vabimo, da pošljejo pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev in opisom delovnih izkušenj v 15 dneh od dneva objave na naslov: E: kadri@zpiz.si ali po pošti: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1000 Ljubljana.

Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije

za delo v izvedenskih organih Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije objavlja razpis za

izvedence/izvedenke medicinske stroke

za delo v invalidski komisiji I. stopnje, in sicer za:

IK CELJE

- zdravnika izvedenca – specialista nevrologije

IK KRANJ

- zdravnika izvedenca – specialista splošne oz. družinske medicine (za opravljanje obiskov na domovih upravičencev)
- zdravnika izvedenca – specialista ortopedije
- zdravnika izvedenca – specialista interne medicine

IK LJUBLJANA

- zdravnika izvedenca – specialista psihiatrije
- zdravnika izvedenca – specialista splošne oz. družinske medicine (za opravljanje obiskov na domovih upravičencev)

IK NOVA GORICA

- zdravnika izvedenca – specialista interne medicine

IK NOVO MESTO

- zdravnika izvedenca – specialista kirurgije

Za izvedenca je lahko imenovan zdravnik specialist ustrezne usmeritve z veljavno licenco Zdravniške zbornice Slovenije, z najmanj dveletnimi delovnimi izkušnjami v svoji specialistični dejavnosti, ki je praviloma v rednem delovnem razmerju ali je samozaposlen. Izbrani izvedenec bo imenovan praviloma za štiri leta in bo kot član senata ali predsednik senata invalidske komisije ali kot zdravnik posameznik izdeloval izvedenska mnenja, kot so opredeljena po Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Delo se na podlagi določil Pravilnika o organizaciji in načinu delovanja izvedenskih organov Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije opravlja po pogodbi in praviloma v popoldanskem času.

Kandidati/kandidatke naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izobrazbi in delovnih izkušnjah 8 dni od objave na naslov: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1000 Ljubljana ali na E: kadri@zpiz.si

O imenovanju oz. neimenovanju bodo kandidati obveščeni v 30 dneh po sklepu pristojnega organa.



Razvoj otroškega in mladinskega zobozdravstvenega varstva v letih 1968–1974 v Zdravstvenem domu Maribor na območju občin Maribor, Slovenska Bistrica in Lenart*

Prim. Aleksander Sterger, dr. dent. med., Maribor

Prim. Majda Korpar, dr. dent. med., Maribor

aleksander.sterger@gmail.com

Uvod

Niz dejavnikov je v preteklih sedemdesetih letih odločilno vplival na razvoj celotnega zobozdravstva, še posebno pa na razvoj otroškega in mladinskega zobozdravstva na območju občin Maribor, Slovenska Bistrica in Lenart.

Razmere v slovenskem zobozdravstvu so bile slabe. Čeprav je bilo v Sloveniji leta 1960 v javni ambulantni službi zaposlenih 246 zobozdravnikov in dentistov, pa je bilo razmerje 6.000 prebivalcev na enega terapevta v primerjavi – po podatkih FDI – z Avstrijo (1.700 prebivalcev na enega terapevta), Nemčijo in Švedsko (1.500 prebivalcev na enega terapevta) zelo neugodno.

Okraj	Število prebivalcev	Število terapevtov v ambulantni službi	Število preb. na 1 terapevta v ambulantni službi
Gorica	109.331	12	7.000
Koper	108.217	17	4.800
Kranj	138.675	25	4.900
Ljubljana	402.580	107	4.400
Novo mesto	155.515	11	11.200
Celje	198.207	25	6.000
Maribor	344.683	42	6.800
Murska Sobota	127.160	7	16.600
LRS – skupaj	1.584.368	246	6.000

Tabela prikazuje veliko razliko med številom prebivalcev na enega terapevta v javni ambulantni službi med najbolj ugodnim okrajem Ljubljana in najmanj ugodnim okrajem Murska Sobota.

Sprejeti zakon o kmečkem zdravstvenem zavarovanju je zahteval povečano zobozdravstveno oskrbo prebivalcev, zlasti še šolskih otrok in mladine. Zato so odgovorni z vso pravico zahtevali, da se število zobozdravstvenih terapevtov poveča. Uveden dvostopenjski študij stomatologije na medicinski fakulteti v Ljubljani in višji stomatološki šoli v Mariboru, ki sta izobraževali zobozdravstvene terapevte z višjo izobrazbo, bi lahko zagotovil potrebno število zobozdravstvenih terapevtov.

Visoka obolevnost s kariesom ne samo odrasle populacije, temveč tudi pri otrocih in mladini je povzročala številne zdravstvene zaplete in invalidnost. Izvršeni pregledi stalnega zobovja med šolsko mladino na področju ZD Maribor v letih 1959–60 so pokazali, da ima 23.061 učencev iz 68 šol 4.987 izdrtih in 6.722 praktično izgubljenih gangrenoznih zob ter kar 51.954 nezdravljenih karioznih zob, od tega kar dve tretjini z globokim kariesom.

Še leta 1966 prof. dr. Valter Krušič navaja, da so ugotovitve zobozdravstvene službe o zdravljenju predšolskih in šolskih otrok porazne. Okrog 70 odstotkov otrok ima karies, zobozdravstvena služba pa lahko pozdravi le 28 odstotkov otrok in še samo tiste, ki so nujno potrebni zdravljenja. Največ otrok, ki jih sprejmejo v zdravljenje, je iz mest in večjih krajev, večina otrok na podeželju pa ostaja brez zobozdravstvene oskrbe. S preventivo kariesa bi morali začeti že pri bodočih materah in začeti izvajati fluorizacijo zob.

* Članek obravnava eno izmed zelo plodnih obdobij razvoja otroškega in mladinskega zobozdravstva na območju takratnih občin Maribor, Slovenska Bistrica in Lenart, ki v preteklosti ni bilo podrobno predstavljeno strokovni javnosti, in služi dopolnitvi prispevkov, objavljenih v zborniku »70-letnica prvih javnih zobnih ambulant v Mariboru« (Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Maribor, 2015).

Na podlagi ugotovitev in prizadevanj stroke je socialno-zdravstveni zbor skupščine SRS 24. 12. 1969 sprejel sklep, da zdravstveni domovi usposobijo svoje zobozdravstvene enote za sistematično izvajanje zobozdravstvenega varstva otrok in mladine v vseh občinah Slovenije.

Otroško in mladinsko zobozdravstveno varstvo na območju občin Maribor, Slovenska Bistrica in Lenart do leta 1968

Zobozdravstvena služba za odrasle je bila do takrat razmeroma dobro razvita le v občini Maribor, predvsem na mestnem območju, precej manj pa v občini Slovenska Bistrica in Lenart. Vse to pa ni veljalo za zobozdravstveno varstvo predšolskih, šolskih otrok in mladine, saj je le Zdravstveni dom Maribor premogel šolske zobne ambulante, Slovenska Bistrica in Lenart pa ne.

Z zaposlitvijo diplomantov Višje stomatološke šole po letu 1962 se je zobozdravstvo kadrovsko okrepilo. Razkorak med potrebami in možnostmi pa je ostajal nespremenjen, saj je moral en šolski zobozdravnik takrat oskrbeti več kot 3.000 otrok in mladih.



Sprejem pri predsednici občinskega sveta Maribor: predsednik organizacijskega odbora prof. dr. Valter Krušič (tretji z leve), predsednica občinskega sveta Vera Kolarič (druga z desne). Fotografijo hrani avtor.

Pretežno je bilo največ posegov zaradi akutnih bolečin, za načrtno delo je ostalo malo časa.

Višja stomatološka šola v Mariboru je uspešno organizirala tudi dvojje jugoslovanskih simpozijev o preventivi kariesa in ortodontskih nepravilnostih. Prvi simpozij v letu 1966 je nakazal probleme v takratni državi in poudaril potrebo po organiziranem zobozdravstvu za otroke in mladino. Drugi simpozij leta 1970 pa je v svojih zaključkih sprejel smernice za razvoj otroškega in mladinskega zobozdravstva.

Zdravstveni dom Maribor je uspel šele leta 1960 v nekdanjih prostorih Zavoda za socialno zavarovanje v Ulici talcev 9 v drugem nadstropju pod vodstvom dr. Borisa Kristana urediti in opremiti šolsko zobno ambulanto s štirimi zobnimi ordinacijami, s sobo za rtg. slikanje zob in zobotehničnim laboratorijem. Kasneje pa še šolsko zobno ambulanto na Gosposvetski cesti in šolsko zobno ambulanto v

Osnovni šoli Martina Konška na Tezmem. Zaposleni so bili en zobozdravnik specialist, trije zobozdravniki, en dentist in pet zobnih instrumentark; pogodbeno pa še en zobozdravnik specialist in en zobotehnik.

Prva potujoča zobna ambulanta v severovzhodni Sloveniji je delala v avtobusu, izdelanem v tovarni TAM za potrebe fluoro-



Šolska zobna ambulanta na Ul. talcev 9; dr. Milan Jež v ordinaciji za ortodontijo. Avtor fotografije Dragiša Modrinjak, fotografiji posredoval Marjan Sabo, skrbnik fotoarhiva Večera.

grafskega slikanja pljuč. Po končanem programu fluorografiranja so aparat odstranili in namesto njega postavili potrebno zobozdravstveno opremo. Tako so že junija 1962 lahko pregledali in popravili zobe šolskih otrok v Račah, leta 1963 pa v osnovni šoli Dvorjane. Zaposleni šolski zobozdravniki so nato izmenjaje se obiskovali posamezne šole in celodnevno učencem, tudi nezavarovanim kmečkim otrokom, popravljali zobe.

Vendar pa takrat še ni bilo pogojev za sistematično zobozdravstveno varstvo predšolskih, šolskih otrok in mladine v smislu zgodnjega odkrivanja in preprečevanja zobnega kariesa – predvsem pravočasnega doslednega zdravljenja že nastalih okvar ter preventivne topikalne fluoridne zaščite zobovja.

Otroško in mladinsko zobozdravstveno varstvo po združenju zdravstvenih zavodov v letu 1968 na območju občin Maribor, Slovenska Bistrica in Lenart

Zaradi sprememb v zdravstveni politiki in zaradi potreb po zdravstve-

nem in zobozdravstvenem varstvu prebivalcev je bil konec leta 1967 sprejet Zakon o organizaciji zdravstvene službe s SR Sloveniji, ki je predpisal združevanje zdravstvenih zavodov.

Takrat je vodstvo združene zobozdravstvene službe na pobudo direktorja Zdravstvenega doma prim. dr. Adolfa Drolca prevzel prim. Aleksander Sterger, dr. dent. med., predstojnik kliničnega oddelka na Višji stomatološki šoli v Mariboru. Reorganiziral je službo in ustanovil enoto za zobozdravstveno varstvo predšolskih, šolskih otrok in mladine s poudarkom na razvoju dejavnosti in uvajanju dispanzerske metode dela. Za predstojnico enote je imenoval prim. Majdo Korpar, dr. dent. med., specialistko ortodontije.

Da bi zagotovili uspešnejše zobozdravstveno varstvo predšolskih, šolskih otrok in mladine, so v letu 1968 po vključitvi Zobne poliklinike v ZD Maribor v I. nadstropju stavbe v Svetozarevski ulici 21 uredili in opremili štiri šolske in eno ortodontsko ordinacijo.



Osebe šolske zobne ambulante: z leve sedijo instrumentarke Magda Lešnik (prva) in Julka Grajfoner (tretja); z leve stojijo zobotehnik Vlado Ježounik, v. dentistka, Ute Centrih (tretja), prim. Majda Korpar, dr. dent. med., spec. (četrt), v. dentistka Neda Šijanec (peta), zobotehnica Hani Vertačnik (šesta) in v. dentistka Marija Munda (zadnja). Fotografija v lasti avtorice.

Tja se je preselil tudi strokovni kader šolske zobne ambulante iz Ulice talcev, število zobozdravnikov in dentistov pa se je povečalo. Zobozdravstveno oskrbo otrok in mladine so izvajale tudi šolske zobne ambulante na Gosposvetski cesti in v osnovni šoli Martina Konška na Tezmem. Zaposlenih je bilo skupaj: en zobozdravnik specialist, en zobozdravnik in devet dentistov, dva zobotehnikarja ter 11 zobnih instrumentark.

Na območju Slovenske Bistrice je bila glavna naloga ustanovitve šolske zobne ambulante, ki je pričela delovati konec leta 1968, že naslednje leto pa je bila preseljena na bistriško osnovno šolo. Za povečanje števila ordinacij za potrebe zobozdravstvene oskrbe otrok in mladine v občini Lenart ni bilo objektivnih možnosti, saj je občina Lenart premogla le eno samo zobno ambulanto. V letu 1968 se je poskušalo reševati obstoječe stanje s potujočo zobno ambulanto, ki je v drugi polovici leta oskrbela otroke v Osnovni šoli v Zg. Ščavnici.

Razvoj zmogljivosti za zobozdravstveno varstvo otrok in mladine v letu 1969 je bil vzpodbuden, čeprav ni zadoščal za velike potrebe in visoko obolevnost. Tega leta so pričele z delom šolski zobni ambulanti Ruše in Limbuš ter ortodontska ambulanta v Slov. Bistrici. Število šolskih ambulant se je povečalo na šest, število vseh zobozdravnikov, dentistov, zobotehnikov in instrumentark pa na 29.

Zobozdravstveno varstvo na območju, kjer ni bilo šolskih zobnih ambulant – Rače, Hoče, Lovrenc na Pohorju, Kungota, Šentilj, Sladki Vrh, Kamnica – je bilo možno zagotoviti tako, da se je v splošnih zobnih ambulantah določilo sorazmerno število dni tedensko izključno za zobozdravstveno oskrbo otrok in mladine.

Posebno pereče vprašanje je predstavljalo zobozdravstveno varstvo otrok v šolah zunaj mest. Šolski mladini, ki ni bila zajeta s šolskimi zobnimi ambulantami, niti z zobnimi ambulantami z določenimi dnevi za zobozdravstveno oskrbo otrok in

mladine, je bilo mogoče zagotoviti zobozdravstveno varstvo le s potujočo zobno ambulanto. Potujoča šolska zobna ambulanta je delala v zelo težkih pogojih, saj ni imela svojega lastnega namenskega opremljenega vozila. Zato je bila ključna naloga, da se čim prej zagotovijo potrebna sredstva za nakup takega vozila.

Zobozdravstveno oskrbo šolskih otrok oddaljenih šol, ki je ni bilo možno zagotoviti niti v splošnih ambulantah za odrasle niti s potujočo zobno ambulanto, se je izvedlo tako, da se je v šoli začasno namestila ordinacijska oprema in določil zobozdravstveni tim, ki je pregledal in popravil zobe tamkajšnjih šolskih otrok.

Obstoječe zmogljivosti niso dovoljevale, da bi v letu 1969 v celoti izvedli načrtovani obseg preventivnega zobozdravstvenega varstva. Veljalo je načelo, da so sistematski pregledi zob brez možnosti napotitve na zdravljenje nesmiselni, medtem ko se sistematskih ortodontskih pregledov na šolah ni izvajalo. Uresničila pa se je prva organizirana topikalna fluoridna zaščita zob šolske mladine po načrtu komisije pri Zdravstvenem centru Maribor. Fluorizacijo so izvajali vsi zobozdravniki in dentisti enote obvezno zunaj rednega delovnega časa po načrtu in pod vodstvom prim. Majde Korpar, dr. dent. med., spec. Vsem šolskim otrokom, ki so jim opravili topikalno fluoridno zaščito zob, so pred tem v celoti popravili zobe.

Zobozdravstvena služba ZD Maribor je s 1. 10. 1970 prevzela zobozdravstvene zmogljivosti in zobozdravstveni kader ukinjene Višje stomatološke šole v Mariboru. Priključene prostore in kader so namenili predvsem za potrebe mladinskega in preventivnega zobozdravstvenega varstva. Urejene so bile štiri šolske zobne ordinacije, ustanovljena zobna ambulanta za študente, urejena še ena ortodontska ordinacija in na novo urejen ortodontski zobotehnični laboratorij.



Konec leta 1970 je v zgradbi na Žitni ul. 15 v Mariboru zobozdravstveno varstvo otrok in mladine ZD Maribor v priključenih prostorih pridobilo štiri ordinacije, zobno ambulanto za študente in specialistično ortodontsko ambulanto. Osebe ambulante: z leve sedijo sestri Vida Marko (tretja) in Julka Grajfoner (četrt), zobozdravnice prim. dr. Simonič (peta), dr. Omahen (šesta) in dr. Turčin (zadnja); z leve stojijo dr. Rader, prim. dr. Korpar (tretja) in dr. Male (četrti). Fotografija v lasti avtorice.

Istega leta je bila v zobni ambulanti Poljčane ena od ordinacij določena za zobozdravstveno varstvo šolske mladine. Ta je tudi 21 ur tedensko oskrbovala šolsko mladino osnovne šole Makole, kjer so uredili in opremili šolsko zobno ambulanto. Na območju občine Lenart ni bilo prostorskih zmogljivost in ni bilo možno širiti dejavnosti, zato je bil tam položaj najtežji.

Izveden preventivni program zobozdravstvenega varstva otrok in mladine je zajel 6.272 sistematskih zobozdravstvenih pregledov in 1.118 specialističnih ortodontskih pregledov učencev osnovnih in srednjih šol ter 947 sistematskih pregledov študentov višjih šol; 788 učencem je bila opravljena topikalna fluoridna zaščita prehodno popravljenih zob.

Zakonska določila o obveznih oblikah zobozdravstvenega varstva otrok in mladine v vseh slovenskih občinah so za naslednji leti zahtevala kadrovsko in prostorsko povečanje zmogljivosti z ustanovitvijo šolske zobne ambulante v Posebni šoli v Razlagovi ulici, preselitve šolske zobne ambulante iz šole Martina Konška v stavbo na Prvomajski 1 ter študentske zobne ambulante z Žitne 15 v novo stavbo Ob parku 5. Zobna ambulanta za študente in ortodontska ambulanta sta povečali število osebja, in sicer

vsaka za enega zobozdravnika in instrumentarko.

Uspešno je bilo tudi izobraževanje. Tako so dentisti lahko nadaljevali šolanje na drugi stopnji in pridobili naziv zobozdravnik, instrumentarke pa so na Srednji medicinski šoli Maribor najprej v dvoletnem in kasneje štiriletnem programu pridobile srednješolsko izobrazbo. S specializacijo iz otroškega in preventivnega zobozdravstva so pričele kar tri zobozdravnice.

Dolgo pričakovano pridobitev – lasten, z zobno ordinacijo opremljen avtobus za potujočo šolsko zobno ambulanto – jim je uspelo uresničiti v letu 1972 in tako omogočiti zobozdravstveno varstvo več kot 4.000 učencem šol v krajih, kjer ni bilo niti šolske niti polivalentne zobne ambulante.

V letu 1973 je strokovna enota otroškega in mladinskega zobozdravstva opravila kar 162.699 zobozdravstvenih storitev. Od tega 4.480 sistematskih pregledov šolskih otrok, 888 topikalnih fluoridnih zaščitnih premazov zobovja, 102.569 plombranj in zdravljenj, 16.014 ortodontskih storitev ter 1.563 sistematskih pregledov študentov visokošolskih zavodov. Ti zadnji so pokazali neustrezno zobozdravstveno oskrbo novincev



Predaja avtomobila potujoče zobne ambulante. Od leve: predsednik samoupravnih organov ZD Maribor France Jure, dr. med., Marjan Šumak, v. dentist, Eva Turčin, dr. dent. med., Janez Fujs, dr. dent. med., in prim. Majda Korpar, dr. dent. med. Avtor fotografije Dragiša Modrinjak. Fotografijo posredoval Marjan Sabo, skrbnik fotoarhiva Večera.



Sodelavke enote za zobozdravstveno varstvo otrok in mladine. Z leve: prim. Majda Korpar, specialistka ortodontka, Darinka Planteu, podiplomka, ter prim. Jožica Simonič, Erika Soršak in Ida Horvat, specialistke otroškega zobozdravstva. Zada z leve: Peter Kristan, dr. dent. med., in avtor prispevka. Fotografija v lasti avtorja.

pred vpisom, saj jih je imelo kar 82 odstotkov nepopravljeno zobovje.

Potujoča zobna ambulanta je opravila 2.096 delovnih ur na osnovnih šolah Fram, Starše, Slivnica, Gorjane in Gaj ter s tem bistveno izboljšala zobozdravstveno oskrbo šolskih otrok na zunajmestnih območjih. Povečanje števila ordinacij ni bilo možno, posodobljena je bila ortodontska ambulanta v Žitni ul. 15. Pomembna pridobitev za boljše diagnostiko je bil nakup panoramskega rtg. aparata.

Novih prostorskih zmogljivosti in števila kadrov v letu 1974 ni bilo, pač pa se je povečalo število vseh obiskov in opravljenih storitev. Zaradi zadolžitve za nadaljnji kadrovski in prostor-

ski razvoj ortodontske dejavnosti ter predvideni pričetek dela specialistične dejavnosti otroškega in preventivnega zobozdravstva je prim. Majda Korpar, dr. dent. med., v drugi polovici leta 1974 vodstvo enote predala Otu Maletu, dr. dent. med.

Sklep

Z razvojem zobozdravstvene dejavnosti za otroke in mladino ter z dejavnostjo zobozdravnikov specialistov otroškega zobozdravstva so bili dani pogoji za vse-

stranski razvoj otroškega in mladinskega zobozdravstva, ki je ob sprememljeni miselnosti in poudarku preventive s požrtvovalnim delom vseh zobozdravstvenih delavcev omogočil današnje uspehe mladinskega zobozdravstva v Zdravstvenem domu Maribor.

Zahvala

Za sodelovanje s preslikavo dokumentov in njihovo posredovanje se avtorja zahvaljujeta Boži Janžekovič, univ. dipl. biol., Vesni Rečnik Šiško, dipl. org., Sonji Car – dokumentacija dnevnika Večer, in Marjanu Sabu – skrbniku fotoarhiva dnevnika Večer.

Literatura:

1. Arnež Z.: Petindvajset let dispanzerskega dela v slovenskem otroškem in mladinskem zobozdravstvu. V Četrtri Pintarjevi dnevi. Ljubljana. 1996, 87–91.
2. Borovšak-Bela D.: 65 let mladinskega zobozdravstva v Mariboru. V 70-letnica ustanovitve prvih javnih zobnih ambulant v Mariboru. Zbornik ZD Maribor. 2015, 119–24.
3. Bračič V.: Višja stomatološka šola v Mariboru. V Prispevki za zgodovino visokega šolstva v Mariboru. Maribor. 1984, 211–31.
4. Golob M.: Še veliko neopravljenega dela. Maribor. VEČER 23. septembra 1966.
5. Jež M.: Raziškava karioznosti stalnega zobovja med šolsko mladino na področju zdravstvenega doma Maribor. Zob V 16 (1961) 53–63.
6. Korpar M.: Zobozdravstveno varstvo otrok in mladine. V Zobozdravstvena služba. Zdravstveni dom Maribor. Letno poročilo 1970. 1971, 190–98.
7. Kosi P.: Mladinsko zobozdravstvo na mariborskem območju 1950–2000. Zdravstveni dom Maribor – OE zobozdravstveno varstvo. 2000, 4–7.
8. Sapač I., Grandič H., Sapač B.: Prvih petnajst let zobozdravstva za otroke in mladino v Mariboru V 70-letnica ustanovitve prvih javnih zobnih ambulant v Mariboru. Zbornik ZD Maribor. 2015, 87–108.
9. Sterger A.: Šolanje zobozdravstvenih terapevtov kot odraz družbenih potreb in reševanja zobozdravstvene službe. Zob V 17 (1962) 3–4.
10. Sterger A.: Zobozdravstvena služba. Zdravstveni dom Maribor. Letno poročilo 1968. 1969, 218–25.
11. Sterger A., Korpar M.: Izvajanje mladinskega in preventivnega zobozdravstvenega varstva v občini Maribor v letu 1969. Bilten ZD Maribor 1-2. 1970, 28–37.
12. Sterger A.: Zobozdravstvena služba 1957–1971. Bilten ZD Maribor (11). 1972, 55–60.
13. Vreča C.: Zobozdravstvena služba. Zdravstveni dom Maribor. Letno poročilo 1974. 1975, 266–80.

Štirideset let intervencijske endoskopske retrogradne holangiopankreatografije (ERCP)

Asist. Davorin Dajčman, dr. med., UKC Maribor

Endoskopska retrogradna holangiopankreatografija (ERCP) je najzahtevnejši in tehnično najbolj kompleksen diagnostični in terapevtski endoskopski poseg v področju zunajjetrih žolčnih izvodil in trebušne slinavke skozi zgornja prebavila. Je invazivna endoskopska metoda, ki združuje endoskopijo zgornjih prebavil s stransko optiko in kontrastno rentgensko slikanje žolčnih izvodil in izvodila trebušne slinavke. Mineva 40 let od razvoja ERCP iz diagnostičnega pripomočka v metodo endoskopskega zdravljenja boleznih v področju žolčnih vodov in trebušne slinavke, medtem ko je kot diagnostična metoda prvič opisana že leta 1968. Metoda je v slovenskem prostoru dobro sprejeta in uspešno izvajana po naj sodobnejših smernicah. Ker je ERCP povezana z relativno visoko stopnjo neželenih posledic in so doslednost, kakovost ter končni uspeh odvisni od pravilnega izbora bolnikov, želim zaradi boljšega razumevanja njene klinični uporabnosti ob obletnici njene terapevtske vrednosti ponovno predstaviti slovenski zdravniški javnosti. Prav kakovost in natančnost izvedbe posega sta v zadnjem desetletju ključna skrb v gastrointestinalni endoskopiji, zaradi česar krepimo metode samoanalize kakovosti lastne dejavnosti, ki temelji na kritični oceni opravljenih posegov. Med največje izzive moderne terapevtske ERCP spadajo težko kaniliranje oz. uvajanje prirejenih pripomočkov (papilotomov z vodilno žico) skozi sfinktre v Vaterjevi papili iz različnih razlogov, vstavljanje začasnih oz. dolgotrajnih plastičnih ali kovinskih drenažnih opornic (»stentiranje«), dilatacije stenoz zaradi brazgotin ali tumorjev in notranje drobljenje velikih kamnov v skupnem žolčnem vodu, ki jih skozi Vaterjevo papilo zaradi njihove velikosti ni mogoče izvleči (litotripsija). ERCP v zadnjem času dopolnjuje še holangioskopija, ki jo omogoča poseben endoskop, prirejen za vstop skozi prerezan zažemek (sfinkter) v Vaterjevi papili, in slikovni pregled zunanjih žolčnih vodov s hladnim presvetljevanjem.

Za začetek interventne ERCP veljajo prvi opisi endoskopske sfinkterotomije na Japonskem v letih 1973 in 1974. Predstavljala je pravo revolucijo v gastroenterologiji, predvsem zaradi možnosti manj invazivnega in enostavnejšega pristopa k zdravljenju žolčnih kamnov v žolčnih izvodilih v primerjavi z agresivnejšimi kirurškimi pristopi. Omenjeno obdobje je bilo prežeto z navdušenjem mladih endoskopistov na področju endoskopije prebavil, najpomembnejši med njimi na evropskih tleh pa je bil Meinhard Classen iz nemškega Hamburga (Splošna bolnišnica Hamburg-Barmbek/Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Barmbek), ki je kasneje služboval tudi v Frankfurtu na Maini in v Münchnu. Evropski endoskopisti ga še danes štejejo za očeta klinične uporabe ERCP v diagnostiki in terapiji. Classen se je rodil v Nemčiji blizu nizozemske meje, kjer je oče služboval kot zdravnik. Očetova karizma je bila tako močna, da so vsi štirje otroci postali zdravniki. Svojo prvo sfinkterotomijo je opravil leta 1973 s sodelavcem Ludwigom Demligom in Helmutom Kochom, za sfinkterotomijo pa so uporabili kar običajno zanko za polipektomije. Polovično so jo izolirali s plastiko, s čimer so preprečili rezanje v dveh smereh, kar se je na živalskih modelih izkazalo za neuporabno in tvegano. Kakšen napredek je ERCP predstavljala za tiste čase, nazorno priča takratna stopnja razvitosti medicine na področju trebušne slinavke in žolčnih poti, saj ni bilo dobrih slikovnih metod (zgolj klasične radiološke tehnike, brez ultrazvoka, računalniške tomografije, magnetne resonance), bolnike z zlatenico pa so večinoma zdravili konservativno v bolniški postelji, medtem ko je bilo kirurško zdravljenje povezano z visoko stopnjo tveganja. Z ERCP so strokovnjaki uspešno izdelali endoskopsko metodo za prikazovanje zunajjetrih žolčnih vodov s kontrastnim sredstvom in posledično bolezenskih sprememb, še posebej kamnov ali kasneje tumorjev. Sprva se je zdela možnost

endoskopske razrešitve zaporne zlatenice zaradi kamnov v žolčnih vodih še »fantastika«, ko pa so posamezniki izdelali prve papilotome/sfinkterotome za prerez Oddijevega zažemka (sfinktra) v Vaterjevi papili, je takšno zdravljenje postalo klinična stvarnost. Med pomembne pionirje ERCP spadajo še Nib Soehendra (Nemčija), Lazlo Safrany (Nemčija), Peter Cotton (Združeno kraljestvo), Jerry Siegel (ZDA) ter seveda Japonca Kasuei Ogoshi in Itaru Oi, ki sta sodelovala s koncernom Olympus. Prav Oi je takratnim začetnim endoskopistom na svetovnem kongresu v danskem Københavnu leta 1970 prvi »odprli oči« na področju možnosti kaniliranja in vbrizgavanja kontrasta v žolčne vode, medtem ko so do takrat kontrastna slikanja žolčnih vodov izvajali le kirurgi med operativnim posegom. S svojimi izkušnjami je tudi Meinharda Classna prepričal, da je za endoskopski pregled področja Vaterjeve papile in kaniliranje skupnega žolčnega izvodila pričel uporabljati takratne Olympusove aparate in opustil sodelovanje z njemu domačim Storzem. Temu je na naslednjem svetovnem kongresu leta 1974 v Ciudadu de Mexicu (Mehika) sledilo mednarodno sprejeto poimenovanje metode: **endoskopska retrogradna holangiopankreatografija – ERCP**; v delovni skupini, ki je sprejela poimenovanje, so bili priznani strokovnjaki: že omenjeni Kasuei

Ogoshi, Lazlo Safrany, Meinhard Classen, Peter Cotton ter Tatsuzo Kasugai (Japonska) in Jack Vennes (ZDA).

Poimenovanje je predlagal Peter Cotton, do takrat pa je bila v uporabi besedna zveza »endoskopska pankreatoholangiografija«. Petra Cottona sta navdušila za ERCP M. Classen in K. Ogoshi, njune ideje pa je uspešno prenesel na britanski otok (1).



Peter Cotton ob stojnici družbe Wilson-Cook Medical in obeležju obletnice sfinkterotomije.

Tako so bili postavljeni strokovni temelji za hiter razvoj endoskopskih aparatov in pripadajočega pribora za izvajanje interventnih posegov v področju izvodil trebušne slinavke in žolčnih vodov. Na področju razvoja pribora za izvajanje kaniliranja in sfinkterotomije je veliko pionirsko vlogo odigral Don Wilson (ZDA), soustanovitelj in delni lastnik družbe Wilson-Cook Medical, ki je danes poleg koncernov Boston-Scientific in Olympus ena od vodilnih na področju izdelave in razvoja pripomočkov za endoskopske posege na prebavilih in drugih organskih sistemih. Današnji generaciji endoskopistov ostaja v spominu njegova predanost inovativnosti in patentiranju domiselnih pripomočkov, vzpodbujanje k raziskovanju in seveda finančna podpora za

izobraževanje prvih mednarodno priznanim strokovnjakom. Omembe vredna pa je tudi amsterdamska šola ERCP, ki se je razvila na pobudo Keesa Huibregtsa in Guida Tytgata, katere mednarodna slava je temeljila na odprtosti in praktičnosti, zaradi česar je postala pravi magnet za vse tiste evropske endoskopiste, ki so želeli izvajati ERCP. Prva ERCP na Nizozemskem je bila izvedena leta 1975, prav nizozemska gostoljubnost in odprtost pa sta kasneje marsikaterga gastroenterologa takratnega časa privedli do njune podiplomske šole, v kateri je do konca vztrajal prav Kees Huibregtse. Kmalu po tehnični osvojitvi odstranjevanja žolčnih kamnov je sfinkterotomija odprla pot še endoskopski drenaži zaporne zlatenice. Prve plastične drenažne opornice (»stente«) je opisal Nib Soehendra, večina začetnikov endoskopske drenaže pa si jih je v prvih poskusih izdelovala kar sama iz tankih plastičnih cevč. Soehendra pripada skupini najbolj izkušenih endoskopistov na področju ERCP in v sodelovanju z Donom Wilsonom, s katerim se je srečal v zgodnjih osemdesetih letih, so nastale širom po svetu uporabljane plastične drenažne opornice, imenovane »Soehendra Tannenbaum stenti«. Celo Peter Cotton ga je v intervjuju ob obletnici sfinkterotomije imenoval velikan gastrointestinalne endoskopije! Rojen je v Džakarti, glavnem mestu Indonezije, v Nemčijo pa se je odpravil na študij medicine in po koncu tudi ostal v Hamburgu ter se primarno usmeril v kirurgijo. Prav njegov mentor med specializacijo kirurgije Hans Schreiber mu je z naslednjimi besedami svetoval, naj se prične ukvarjati z endoskopijo: »Kirurg potrebuje tudi endoskopijo, ne samo radiologije!« Svojo prvo ERCP je opravil leta 1970 v Katoliški bolnišnici v Hamburgu, prvo sfinkterotomijo pa z lastnoročno izdelanim sfinkterotomom leta 1975. Postal je predan endoskopist in se zapisal v zgodovino z izdelavo prvih biliarnih plastičnih opornic, ki jih je izdelal kar iz nazobiliarnih katetrov. V



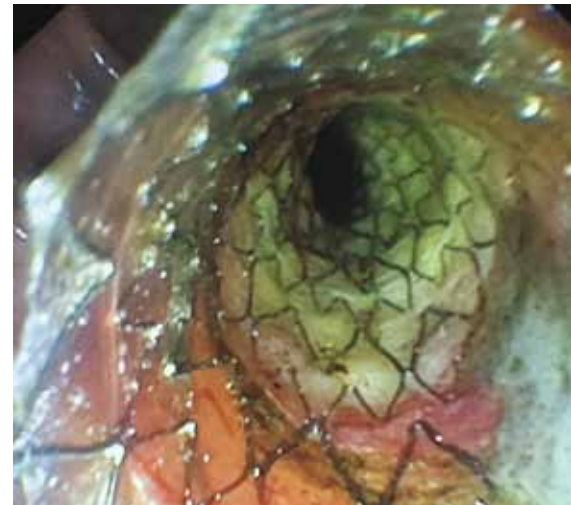
Člani delovne skupine na Svetovnem kongresu v Ciudadu de Mexicu (Mehika) leta 1974, ki je sprejela poimenovanje endoskopska retrogradna holangiopankreatografija – ERCP.

nadaljevanju je razvil še drobilec kamnov »Cook Soehendra Litotriptor« in dilatacijski pripomoček, imenovan »Soehendrov univerzalni kateter«, skratka ključne pripomočke, ki jih danes uporabljamo v intervencijski ERCP. Njegov zadnji smeli patent je »multiband ligator« za endoskopsko mukozno resekcijo (mukozektomijo) iz leta 2006, pripomoček, ki omogoča varno odstranjevanje ploščatih sprememb na sluznici prebavil. Prav zaradi njegove inovativnosti in dobrega sodelovanja s proizvajalci pri Wilson-Cook je njegovo ime zelo pogosto sestavni del njihovih proizvodov. Danes v svoji zasebni praksi izvaja polipektomije, programske sklerozacije ali ligacije varic požiralnika, endoskopske mukozektomije, septektomije Zenkerjevega divertikla, medtem ko ERCP ne izvaja več. Endoskopisti širom po svetu in tudi on sam smo prepričani, da je njegova smelost posledica kirurških osnov, kar potrjuje, da je moderna invazivna gastrointestinalna endoskopija blizu kirurgije.

Danes poznamo veliko proizvajalcev tako plastičnih kakor kovinski biliarnih drenažnih opornic, ločimo jih glede na debelino in dolžino, pri čemer je življenjska doba kovinskih daljša in se uporabljajo kot končna oblika drenaže zlatenice pri bolnikih z

neresektabilnimi tumorji, medtem ko plastične opornice najpogosteje vstavljamo začasno, da vzpostavimo hitrejši pretok žolča in preprečimo holangitis (vnetje žolčnih vodov). Seveda je odločitev o načinu trajanju drenaže individualna in odvisna od narave bolezni, terapevtskih možnosti in prognoze bolnika.

Največ ERCP na Slovenskem opravijo na Kliničnem oddelku za gastroenterologijo Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani (KOGU UKC LJ), sledijo jim endoskopisti Diagnostičnega centra na Bledu (DC Bled), medtem ko smo v Univerzitetnem kliničnem centru v Mariboru (UKC MB) skupaj z nekaterimi področnimi bolnišnicami na tretjem mestu. V Sloveniji je bila ERCP prvič izvedena leta 1980 na Gastroenterološki kliniki v Ljubljani, izvedel pa jo je dr. Milan Gorenšek (pridobljeno na: <http://www.dc-bleed.si/vsebine.php?ID=189>), priznan in cenjen gastroenterolog. Leta 1992 je ustanovil Diagnostični center Bled, kje danes visokokakovostno in učinkovito izvajajo ERCP, z njimi pa redno sodeluje tudi Gastroenterološki oddelek UKC Maribor. Diagnostične ERCP v Sloveniji praktično ne opravljamo več; večina posegov je predvidenih pri bolnikih z jasno izdelanim načrtom endoskopskega zdravljenja. Med temi so v največji meri bolniki z žolčnimi kamni v zunajjetrnih žolčnih izvodilih ali bolniki z zaporno zlatenico zaradi tumorjev v področju omejenih izvodil ali v glavi trebušne slinavke. Za kakovostno izvedbo interventne ERCP so potrebni znanje in izkušnje, pridobitev slednjih pa pogojuje zadostno število posegov posameznega izvajalca na leto (case lowd/year), ki po priporočilih mednarodnih strokovnih endoskopskih zvez naj presega vsaj 100 posegov letno. Te pogoje zanesljivo izpolnjujeta oba omenjena centra, v zadnjih nekaj letih pa smo jih dosegli tudi v nekaj drugih centrih, v katerih opravimo vsaj toliko posegov. Svojo dejavnost smo prikazali na rednih srečanjih Slovenskega združenja za gastroenterologijo in

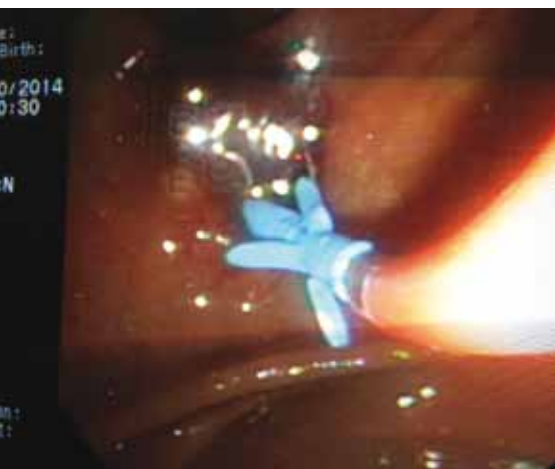


Kovinska opornica na svojem mestu v skupnem žolčnem vodu – »Olympus biliary metal stent«.

hepatologijo novembra 2014 (UKC Maribor) (3) in maja 2015 v Rogaški Slatini (Splošna bolnišnica Slovenj Gradec).

V Mariboru segajo začetki ERCP v zgodnja devetdeseta leta, v zadnjih letih pa opravimo od 90 do 110 sfinkterotomij letno. Svoje znanje iz ERCP sem pridobil sprva v domačem okolju, nato pa opravil praktični tečaj na kliniki Mayo v Rochesteru (ZDA). Kot član Ameriške zveze za gastrointestinalno endoskopijo sem opravil še dva nadaljevalna tečaja, čeprav sem prepričan, da so evropske šole ERCP odlične! Prav zato sem se slednjič udeležil tudi dveh praktičnih podiplomskih šol Evropske zveze za gastrointestinalno endoskopijo.

S podaljševanjem življenjske dobe se tudi na Slovenskem pojavnost bolezni v področju žolčnih izvodil in trebušne slinavke povečuje, zaradi česar se v starosti (po 65. letu) pogosteje načrtuje tudi ERCP. Delež endoskopske obravnave starostnikov z malignimi obolenji v tem področju je velik, naj bo v obdobju diagnostike in zamejitve bolezni ali v sklopu endoskopskega ali simptomatskega zdravljenja. Ob pravilnem izboru bolnikov in ustrezni predpripravi starostnika je ERCP varna tudi v starosti in visoki starosti (po 80. letu). Ne toliko starost, pač pa v tem obdo-



Sodobna plastična drenažna cevka na svojem mestu v skupnem žolčnem vodu – »Soehendra Tannebaum stent« proizvajalca Wilson-Cook Medical.



Vaterjeva papila po sfinkterotomiji pri bolnici s kamni v skupnem žolčnem vodu (poseg opravljen v UKC Maribor).

bju življenja običajno številne pridružene bolezni povečujejo tveganje za pojav neželenih posledic ERCP, zato je treba pri starostnikih sprejemati odločitve o izvajanju invazivnih posegov individualno pri vsakem bolniku posebej ter premišljeno uporabljati metode sedacije (4).

Naj poudarim, da je sodobna ERCP v tehničnem in kliničnem smislu razvijajoča se endoskopska kirurška tehnika z vse večjo invazivnostjo, pri kateri uporabljamo različne pripomočke, s katerimi posegamo

v celovitost človekovega organizma na daleč preko endoskopskega aparata ter preiskovancu povzročamo številne neprijetne občutke in bolečino, če ne uporabljamo zadovoljive premedikacije. Poleg sfinkterotomije, ki je predpogoj za posege na žolčnih vodih ali izvodilu trebušne slinavke, so glavni posegi interventivne ERCP danes odstranjevanje žolčnih kamnov, vstavljanje drenažnih opornic in širjenje zožitev oz. stenoz – striktur (slednje najpogosteje pri bolnikih s primarnim sklerozantnim holangitisom ali po transplantacij jeter). Od izvajalca ERCP sicer zahteva veliko teoretičnega znanja in dobrih zamisli, vendar je pretežno odvisna od ročne spretnosti ter praktičnih izkušenj. Zaradi tega je za metodo značilna odvisnost od dobre opreme oz. endoskopskih aparatov in pripadajočega pribora na eni strani ter od usposobljenosti operaterja oz. endoskopista (ERCP-ista, kakor v naši vsakdanji gastroenterološki praksi imenujemo v ERCP usmerjene endoskopsiste) na drugi strani. Neželeni učinki so zelo resni in ogrožajoči, a na srečo redki; najpogostejši so vnetje trebušne slinavke, krvavitev iz rezne ploskve Vaterjeve papile (po sfinkterotomiji), razpok dvanajstnika ali skupnega žolčnega voda, v zelo redkih primerih

pa lahko zaradi posega ali poslabšanja splošnega stanja bolnika povzroči tudi smrt bolnika. Zato tudi na Slovenskem želimo metodo razvijati v smislu preprečevanja neželenih posledic, značilnih za operativne posege in sedacijo (anestezijo), in se zavzemati za pridobivanje izkušenj v velikih izobraževalnih ustanovah, za večje število usposobljenih endoskopistov, razvoj endoskopskih enot z lastno radiološko opremo ter prisotnostjo zdravnika anesteziologa. Za zagotavljanje uspeha in varnosti intervencijske ERCP potrebujejo bolniki razširjeno diagnostično obdelavo in predpripravo, ki vključuje dosledno slikovno diagnostiko z ultrazvokom trebuha (UZ), računalniško tomografijo (CT) in v odvisnosti od načrta endoskopskega zdravljenja še endoskopski ultrazvok (EUZ) ali magnetno resonančno pankreatografijo (MRCP), dosežene pa morajo biti tudi zadovoljive vrednosti laboratorijskih izvidov, predvsem parametrov koagulacije. Vse to zahteva veliko energije, organizacijske spretnosti in strokovne vneme (entuziazma). Zavedamo se, da takšna razvojna strategija zahteva strpnost in predvsem manjkajoča finančna sredstva, vendar, kjer je volja, tam je pot. Samo v takšnih razmera lahko pričakujemo hiter strokovni razvoj, nove raziskave, uspešnost zdravljenja z intervencijsko ERCP in optimalno varnost za bolnika.

Literatura:

1. A Cook news publication. 40 years of interventional ERCP. Stories from the pioneers. Vol. 1. The Channel 2014; 3.
2. A Cook news publication. 40 years of interventional ERCP. Stories from the pioneers. Vol. 2. The Channel 2015; 1.
3. Dajčman D, Ocepek A. Pregled ERCP dejavnosti v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor v obdobju treh let z oceno kakovosti na podlagi samoocene opravljenega dela. Gastroenterolog 2015; 1: 13–16.
4. Dajčman D, Ocepek A, Skok P. Endoskopski posegi pri starostnikih. Zbornik srečanja internistov in zdravnikov družinske medicine »Iz prakse za prakso« 2015; 106–113.



Mariborska ekipa pri delu (z leve: Brigita Hekič, vms, Davorin Dajčman, dr. med., in sedeča Milena Gavrič, ms).

In memoriam ljubi Tereziji Jernej Sekirnik, dr. med. (1939–2015)

Jarmila Trček Breznikar, dr. med., ZD Ljubljana, Enota Šentvid

Najini pogovori so z leti postajali vse bolj iskreni, odprti. Ko sva se slišali po telefonu v začetku junija, nobena od naju ni slutila, da je tokrat zadnjič. Spet sva klepetali, oh, za telefonski pogovor predolgo...

O tvoji prelepi rodni Koroški, ki ti je vedno znova pričarala neizbrisne spomine. O tvojem dolgoletnem delu v ZD Ljubljana, pa o tvojem delu v ZD Grosuplje po upokojitvi, ki te je polnilo z energijo. O tvoji najljubši nadaljevalki, ki je nikakor nisi smela zamuditi. »Veš, tam je vse tako lepo,« si mi rekla. Pa tudi o tem, kam te je vodila življenjska pot in kam bi te morda lahko, če bi se odločila drugače. O vsem tem sva govorili...

Ena od velikih skrivnosti življenja je, da je zares kaj vredno le tisto, kar naredimo za druge.

Lewis Carroll

Tvoj življenjski, osebni in poklicno moralni izziv je bil – pomagati drugim. »Name se lahko vedno zaneseš, kadar koli. Ni pomembno, kdaj in zakaj me potrebuješ«, si mi rekla velikokrat. Vedno si držala obljubo. Hipokratova zaprisega je bila zate sveta.

Tvoje življenje je bilo čudež. Iz svoje zelene Koroške si prišla študirat medicino v belo prestolnico. Poroka z Jankom Sekirnikom je zaznamovala tvoje življenje. Izpolnila se ti je neskončna želja – postati mama. Tvoj Simon ti je pomenil vse. Tudi o obiskih na Brionih si mi pripovedovala...

Življenje ti je dalo veliko lepega, hkrati pa tudi trpega. Razen iskrenega pogovora z ljudmi, ki si jim lahko zaupala, nisi iskala in nisi želela druge pomoči. Največjo bolečino si skrivala v svojem srcu. Kadarkoli te je življenje potisnilo na dno, si se vedno znova pobrala in ponosno krenila naprej. S pokončno glavo.

Še vedno imam pred očmi tisto sliko, ki si mi jo pokazala. Na sveže pokošeni travi elegantno stojiš v prečudoviti turkizni obleki. Diva. V tvojih sinjih modrih očeh se skriva kanček igrivosti, ženstvenosti. Iskrice veselja in topline.

Izbrala si me za svojo osebno zdravnico. Zaupala si mi, da bom poskrbela zate.

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

Draga Tereza, v naših srcih si ostala ... v neizbrisnem spominu.

Jože Možgan, dr. med., spec. splošne medicine (1941–2015)

Magdalena Selan, dr. med., Škofja Loka

Gregor Habjan, dr. med., Ambulanta splošne medicine Habjan, d. o. o., Železniki

Z velikim spoštovanjem smo se v začetku avgusta poslovili nekdanji sodelavci, študijski kolegi, slepi in slabovidni in družinski člani od družinskega zdravnika, zdravnika politika, moža, očeta in dedka.

Življenje ga je kalilo že od ranega otroštva. S trdim delom, strokovnim znanjem in jasnimi cilji je bil vedno trden in uspešen borec. Niti v najtežjih trenutkih ni klonil.

Svojo življenjsko pot je začel 25. maja 1941 v Venišah pri Krškem. Krutost vojne je že v najnežnejših letih doživljal v izgnanstvu na Bavarskem. Osnovno šolo je obiskoval v Leskovcu pri Krškem. Kot zelo nadarjen učenec – odličnjak je bil izbran za šolanje na elitni klasični gimnaziji v Ljub-

ljani. Tja je odšel star 10 let. Kot deček s podeželja se je uspešno vključil v življenje v mestu in v internatu, daleč od svoje družine. Študentska gospodinja mu je bila druga mama. Pri njej je opravljal tudi kmečka dela. Za preživljanje je že v gimnaziji v zgodnjih jutranjih urah razvažal mleko po Ljubljani. Tako si je omogočil študij na Medicinski fakulteti v Ljubljani do 4. letnika, ko je dobil stipendijo. Narava je hotela, da si je tedaj tudi ustvaril družino. Študij medicine je končal leta 1967. Po treh letih dela v Mirni na Dolenjskem je leta 1972 pričel z delom v zdravstveni postaji v Železnikih, kjer je delal do leta 1996. Na zagrebški medicinski fakulteti, Šoli javnega zdravja Andrija Štampar, je



leta 1973 diplomiral iz javnega zdravja, tri leta kasneje pa v Ljubljani opravil specialistični izpit za specialista splošne medicine. Po letu 1996 se je posvetil politiki.

Življenje v Železnikih je začel v stanovanju v prizidku zdravstvene postaje, kamor se je vselil z ženo in štirimi otroki. To je pomenilo, da se je družinsko življenje stalno prepletalo z ambulantnim delom. S kolegom zdravnikom sta sama delala 8 let, ko se jima je pridružil mlad zdravnik. Skrbel je za 2000 družin z več kot 5000 prebivalci. Opravljal je ambulantno delo. Zdravil je odrasle, dojenčke, predšolske in šolske otroke, opravljal preventivne preglede otrok in cepljenja. Cepljenja je opravljal tudi v podružničnih šolah in celo na domačijah, kamor so pripeljali otroke iz vasi. Zdravstveno dejavnost je s sodelovanjem ravnatelja šole razširil tudi na preventivno zdravstveno varstvo predšolskih in šolskih otrok. Izven delovnega časa so ga čakali hišni obiski pri kroničnih bolnikih. Tedaj ni bilo avtomobilov in urejenih cest, zato je bilo teh obiskov zelo veliko. Povedal je, da za delo na terenu ni dovolj le strokovno znanje, ampak je nujen tudi pravi človeški odnos. Ker je natančno poznal vsakega pacienta in njegovo družino, je zmožeg zdraviti ne samo bolezen, ampak tudi življenjske stiske. Vsak tretji teden je bil 24 ur dnevno v stalni

pripravljenosti za področje Selške doline. Po ukinitvi le-tega pa je občasno delal v urgentni ambulanti v zdravstvenem domu v Škofji Loki.

Zelo pomembno poslanstvo je opravljal v klubu zdravljenih alkoholikov. Boril se je za vsakega posameznika in njegovo družino. Z zavzetim, skrbnim, strokovnim in človeškim pristopom je dokazal, da je možno spreminjati slabo v dobro, in je tako marsikateri družini vrnil moža in očeta. Predaval je in vodil izpite iz prve pomoči za kandidate za voznike. Zdravstveno vzgojo v obliki predavanj je opravljal v šolah in po vaseh. Spremljal je športnike na preventivnih pregledih, na treningih in tekmovanjih. Sodeloval je z delovnimi organizacijami, reševal konfliktno odnose delavca bolnika. Številne generacije otrok je spremljal v Fažani v šoli in naravi.

Slovensko zdravniško društvo mu je zaradi velikega prispevka v zdravstvu podelilo častno članstvo za uspešno in požrtvovalno delo v Združenju družinske medicine. To je bilo za začetku, ko si je družinska medicina utirala pot. Bil je mentor študentom medicine in stažistom. Učil jih je strokovno, praktičnega dela v ambulanti in na terenu, kjer je bilo občasno treba tudi improvizirati, da je bil dosežen pozitiven rezultat za bolnika.

Skrb za zdravje prebivalstva v Selški dolini je bila vsa leta njegova temeljna dejavnost. Bil je izvrsten diagnostik, poznavalec bolezenskih stanj, pripravljen vedno pomagati in ukrepati in vseh možnih ravneh. Vidno je prispeval k splošnemu napredku in standardu zdravja v tem okolju. Za svoje delo je prejel številna priznanja. Občinski svet Občine Železniki mu je za dolgoletno ustvarjalno in humano delo podelil plaketo leta 2001 in listino častnega občana za leto 2007.

Velik je tudi njegov prispevek zdravstveni stroki na Gorenjskem in v Sloveniji. Bil je predsednik Izvršilnega odbora Območne zdravniške skupnosti za Gorenjsko, predsednik Območne skupnosti za Gorenjsko, član Izvršilnega odbora Zdravstvene skupnosti Slovenije, član Medicinske-

ga sveta za splošno medicino, ustanovni član Zdravniške zbornice Slovenije in član Zdravstvenega regionalnega sveta na Gorenjskem. 20 let je vodil Komisijo za krvodajalstvo pri Območnem odboru Rdečega križa Škofja Loka, Slovensko zdravniško društvo mu je podelilo častno članstvo, bil je tudi častni član Združenja družinske medicine. Deloval je tudi v vojaških strukturah. Bil je član veteranov vojne za Slovenijo. Od Slovenske vojske je dobil zlatorogovo priznanje.

Ob vsestransko trdem delu so se pokazali znaki izgorelosti. Zdravstvene težave so mu narekovala spremembo delovnih obveznosti. Odločil se je za povsem novo pot, pot v politično življenje. Leta 1996 so ga volivci izbrali za poslanca v Državnem zboru Republike Slovenije. Tu je vodil Parlamentarno komisijo za vprašanje invalidov. Bil je član delegacije za Parlamentarno skupščino Sveta Evrope v Strasbourgu, član Parlamentarnega odbora za mednarodne odnose, član Odbora za delo, družino in socialo in član Komisije za zamejske Slovence in Slovence po svetu. Kljub vsem obveznostim pa je še vedno našel čas za reševanje problemov v občini Železniki kot občinski svetnik. Leta 1998 se mu je zdravstveno stanje zelo poslabšalo. Svet teme ga ni ustavil, čeprav je njemu in njegovi družini spremenila življenjski ritem. Psihično in fizično mu je vedno stala ob strani njegova žena Mira. Ona je bila ne samo njegova žena in mati njunih otrok, ampak tudi prijateljica, njegova svetloba, voznica, bralka časopisa, medicinska sestra, pa tudi sodelavka v Državnem zboru.

Po upokojitvi leta 2000 se ni umaknil, ampak je nadaljeval svoje poslanstvo kot podpredsednik Zveze društev slepih in slabovidnih Slovenije in podpredsednik Medobčinskega društva za Gorenjsko.

Vsi, ki smo z njim živeli ali delali, se zavedamo, da se časi spreminjajo in da človek bolan ali zdrav potrebuje zdravnika, pa tudi politika, kot je bil on. Zahvaljujemo se mu za opravljeno delo, ki je in bo še puščalo sledi.

Luka Pintar, Andrej Seliškar: Cvetje slovenske dežele

Florula slovenica

Jurij Kurillo, dr. med., Kranj
jurij.mihail@siol.net

Naš kolega pediater Luka Pintar nas s svojim novim fotografsko-botaničnim almanahom prisrčno vabi med cvetje slovenske dežele. Nekoliko arhaičen naslov naše domovine bržkone ni popolnoma naključen. Navsezadnje ima avtor fotografij svoje kar znamenite vzornike – torej zdravnike, ki so se tudi »spuščali« v botaniko. To pa je povsem razumljivo, saj so bile t.i. zdravilne rastline v tisočletjih medicine domala edino kolikor toliko preskušeno zdravilo ... Pred vsemi je kajpak nekdanji idrijski rudniški zdravnik Giovanni Antonio Scopoli (1723–1788), naravoslovec evropskega slovesa, sodelavec znamenitega Carla Linnaeusa. Ne smemo pozabiti tudi kirurga in porodničarja Balthasarja Hacqueta (1735–1815), prvega predavatelja na medikokirurški šoli ljubljanskega liceja in priznanega raziskovalca naše narave in žitja. Po njem je imenovana tudi nenavadna kobulnica tevje (*Hacquetia epipactis*, Scop.). In tu je še ugledna profesorica anesteziologije in zavzeta ljubiteljska botaničarka Darinka Soban (1921–2008), ki so ji v ljubljanskem botaničnem vrtu častitljive starosti nedavno posadili kot spominsko drevo staro kavkaško hruško. Ta vrt je bil ustanovljen že leta 1810, v času francoske Ilirije, in je bil namenjen pravzaprav potrebam medicinskega študija.

Pintarjev prvi tovrstni fotografsko-botanični almanah »Rože na Slovenskem« je izšel že leta 1990, zanj pa je prispeval svoje neponovljivo besedilo prof. dr. Tone Wraber. In sedaj imamo pred seboj še drugo »življenjsko delo« našega kolega, ki je vredno vse pohvale.

Ker sam nisem botanik, si »Florulo slovenico« ogledujem kot ljubitelj slovenske narave in naravoslovni fotograf. Na skoraj tristo straneh je (po besedah avtorja) upodobljenih sedemsto barvnih fotografij, nastalih izključno iz diapozitivov, kar je v naši dobi vsemogočnih čipov že prava redkost. Za odlično skeniranje, kar ni prav preprosto opravilo, je zaslužen v kolofonu omenjeni Marjan Richter. Fotografske podobe cvetic so razporejene, kot je običajno v takšnih priročnikih, po barvi cvetov – belih, modrih, rumenih, rdečih, zelenih in rjavih. V knjigi naj bi



uporabnik našel kar dobrih dvajset odstotkov slovenske flore. Fotografije so zelo skrbno posnete, saj jim je videti, da je avtor potrpežljivo iskal ne le pravi snemalni kot, pač pa tudi primerno osvetlitev, tako rekoč brez umetne luči. Lahko si predstavljamo, kakšno temeljito poznavanje rastišč posameznih vrst obvlada lastnik tega fotoaparata, da jih najde ob pravem času na pravem mestu! In to od ravninskega sveta do sredogorja in skalnih vršacev.

Obširno in tudi za nebotanika razumljivo besedilo k posameznim posnetkom je prispeval mag. Andrej Seliškar, priznan vsestranski znanstveni raziskovalec slovenske flore. Pri tem govori o rastišču posamezne rastlinske vrste, njeni razširjenosti, naravovarstvenem statusu, času cvetenja, življenjski obliki in višini. Omenjeno je tudi število vrst rodov v Sloveniji. Pri vsaki rastlini je navedeno njeno znanstveno ime, dodana pa so tudi angleška, nemška, italijanska ter francoska imena.

Kakor pravi uvodničarka dr. Nada Praprotnik, se bomo v knjigi srečali z mnogimi našimi znamenitimi rastlinami, z redkimi in ogroženimi vrstami, z endemiti in tudi s pogostimi, čisto običajnimi cvetlicami, ki jih velikokrat prezremo in ki jih bomo morda spet na novo odkrili...

Knjigo je izdala zasebna založba Narava (Peter Virnik) iz Kranja, ki se je v zadnjih letih že dobro uveljavila kot izdajateljica predvsem naravoslovnih knjižnih del.

»Po poteh soške fronte« z Medikohistorično sekcijo Slovenskega zdravniškega društva

Prim. prof. dr. Elko Borko, dr. med., v. svet., MHS SZD

Prim. asist. mag. Jernej Završnik, dr. med., spec., MHS SZD

elko.borko@guest.arnes.si

V soboto, 6. junija, se je skupina članov Medikohistorične sekcije Slovenskega zdravniškega društva (MHS SZD) in Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije – Maribor (ZDZZZKS-Maribor) v povsem napolnjenem avtobusu odpeljala izpred UKC Maribor proti Primorski. Potovanje je predstavljalo uresničitev sklepa redne letne skupščine, da v letošnjem poletju pripravimo strokovni izlet »Po poteh soške fronte« in se tako spomnimo 100-letnice začetka krvavih bojov v Posočju in na Krasu. Na tem bojišču so se borili naši predniki, starejši sorodniki in nekaterim celo očetje, trdno odločeni, da ta del slovenske domovine ne pride pod oblast »izdajalskih« Italijanov, kot je takratna propaganda označevala naše zahodne sosede.

Po kratkih uvodnih postopkih in natančnem opisu programa strokovnega izleta, ki ga je predstavil vodja ekskurzije Aleš Arih, prof., smo se ustavili na počivališču Barje na ljubljanski obvoznici, kjer smo se okrepčali in po krajšem postanku nadaljevali vožnjo po prometni avtocesti proti Novi Gorici. Kot običajno, smo se med vožnjo seznanili z zgodovino Evrope pred začetkom prve svetovne vojne.

Po porazu Francije v vojni s Prusijo leta 1871 in ustanovitvi nemškega cesarstva se je v Evropi med vodilnimi državami uveljavila politika zavezništva, ki je temeljila na posameznih koristih in se je odvijala po tajnih diplomatskih poteh. Tako je glavni snovalec take politike Otto von Bismarck, takratni nemški kancler, v želji, da osami Francijo, leta 1882 ustanovil obrambno zvezo med Nemčijo, Avstro-Ogrsko in Italijo. To zavezništvo se je ponovno in zadnjič obnovilo leta 1912. Že leta 1904 je bila ustanovljena atlantska zveza med Anglijo in Francijo, k antanti pa je leta 1907 pristopila še Rusija. Kljub takemu povezovanju so se že v tem času evropske države

soočale z nesporazumi, ki so grozili z vojaškimi spopadi. Med temi je treba omeniti obe maroški krizi (1905 in 1911) in za naše kraje pomembno aneksijo Bosne in Hercegovine 6. oktobra 1908. Stalni konflikti na področju Balkana so pripeljali tudi do prve in druge balkanske vojne, v katerih se je Srbija povečala, in po besedah Aleša Ariha, ki ni samo profesionalni vodič, ampak tudi profesor zgodovine, se je močno okrepila nacionalna zavest srbskega prebivalstva. Zaradi tega so srbski nacionalisti ocenjevali manevre avstro-ogrsko vojske v Bosni za izzivanje in so 28. junija, na Vidov dan, ki je srbski narodni praznik, v Sarajevu izvedli atentat na prestolonaslednika Franca Ferdinanda. Zaradi tega je 23. julija 1914 Avstro-Ogrska postavila ultimatum Srbiji, ki pa za suvereno državo ni bil sprejemljiv, in 28. julija je sledila vojna napoved. V odgovor je Rusija 1. avgusta napovedala vojno Avstro-Ogrski, Nemčija pa Rusiji in že 3. avgusta še Franciji. Zaradi medsebojne pogodbe je 4. avgusta Anglija napovedala vojno Nemčiji.

V tem času je Italija 3. avgusta 1914 razglasila nevtralnost, saj je menila, da jo pogodba iz leta 1882 ne zavezuje za sodelovanje v spopadu. Kljub temu pa so že 4. avgusta predali svoji dotedanji zaveznici Avstro-Ogrski zahtevo po določenih ozemljih kot nadomestilo za nevtralnost.

Med sočasnimi pogajanjmi na obeh straneh so članice antante Italiji obljubile ozemeljsko razširitev in tudi ozemlje, na katerem so živeli Slovenci in Hrvati, kar so potrdili 26. aprila 1915 z Londonskim paktom. Po določenih Londonskega pakta je Italija 3. maja 1915 odpovedala članstvo v trojni zvezi, vstopila v atlantsko zvezo in 23. maja 1915 napovedala vojno Avstro-Ogrski. Prav zaradi tega je opeharjena Avstro-Ogrska opravičeno govorila o izdajstvu, Italijani pa so svoje odločitve opravičevali s »svetim ego-



Udeleženci izleta z vodičem Igorjem Rutarjem ob veliki maketi muzeja.

izmom«, kar je v svoji knjigi pod tem naslovom opisal Uroš Lipušček.

Med vožnjo mimo Vipave smo se seznanili še s pomembno bitko pri Mrzli reki leta 394, v kateri je zmagal krščanski cesar Teodozij, ki je vladal v Konstantinoplu, nad poganskim rimskim cesarjem Evgenijem, ki so ga podpirala poganska plemena. K zmagi Teodozija nad pogani naj bi pripomogla kraška burja, ki je prevračala ščite poganskih vojakov, njihove puščice pa so zaradi burje spreminjale smer. Po zmagi je tudi zahodni del rimskega cesarstva sprejel krščanstvo. Ob takih učnih urah smo hitro prispeli do Tolmina, kjer nas je pričakoval vodič in predstavnik Kobariskega muzeja gospod Igor Rutar.

Med vožnjo do Kobarida nam je predstavil »Kobariški muzej prve svetovne vojne«, ki so ga ustanovili leta 1990 in je danes največji in v svetovnem merilu najpomembnejši muzej, ki celovito obravnava dogodke in udeležence vseh narodnosti, ki so bili vpleteni v krvave boje na tem delu jugovzhodnega bojišča med prvo

svetovno vojno. Južni del te fronte v dolžini 90 km je potekal po slovenskem ozemlju od Rombona, Vršiča, Vrat, Krna ter se po Mrzlem vrhu spustil do Soče, ki je s svojim levim bregom, vse do izliva v Jadransko morje, predstavljala bojišče soške fronte.

Po prihodu v muzej smo se najprej ustavili pri veliki maketi bojišča, na kateri nam je naš vodič zelo natančno opisal položaje avstro-ogrskih branilcev ter kratko zgodovino bojev, ki jih poznamo kot zgodovino 12 soških ofenziv.

Sledil je ogled razstavljenih predmetov in dokumentov, ki smo si jih z zanimanjem ogledali. Seveda se je čas, namenjen Kobariskemu muzeju, občutno podaljšal. Sledil je ogled kobariške kostnice, v kateri je pokopanih 7014 italijanskih vojakov in jo je leta 1939 odprl sam Mussolini. Veličastna zgradba je vredna ogleda zaradi svoje arhitekturne podobe in cerkvice na vrhu mavzoleja, ki je slovenskega porekla. Seveda je bila za nas zanimiva tudi zgodba o poskusu

atentata na tega italijanskega diktatorja, ki so ga atentatorji opustili, da bi preprečili nepotrebne žrtve med obiskovalci.

Po tem ogledu je sledila nepozabna vožnja na vrh Kolovrata, na katerem je na višini 1100 metrov muzej, ki omogoča prikaz življenja med opazovalnicami, bunkerji in strelskimi jarki med prvo svetovno vojno. Poleg izjemno lepega, skoraj planinskega okolja obiskovalca pritegne še pogled na dolino Soče in ob njej ležeče kraje, ki se vidijo v daljavi pod Kolovratom. Ob tem pogledu postane obiskovalcu razumljivo, zakaj je na Kolovratu potekala tretja obrambna črta italijanske fronte in zakaj so Italijani menili, da je nepremagljiva. Naš vodič nam je iz razgledne točke na Kolovratu lahko nazorno prikazal potek bojev med 12. soško ofenzivo, med katero so skupne nemško-avstrijske sile razbile italijansko armado, kar je še vedno predmet raziskav vojaških strokovnjakov, in opisal vlogo takratnega stotnika Erwina Rommla. Po osvežitvi s sokovi smo se spustili s Kolovrata po zelo

strmi in vijugasti cesti in med vožnjo slišali marsikaj zanimivega. Tako o spominih junaka te ofenzive, pozneje generala Rommla, o njegovi pomočnici, slovenskem dekletu iz hiše, v kateri je prespal, ki je znala nemško in mu je pokazala obrambne položaje italijanske vojske, o Gradnikovi brigadi, ki se je med NOV preko Kolorata umaknila pred sovražniki v Furlanijo, in o današnji zavisti Italijanov, da se ti kraji hitro in uspešno razvijajo. Skratka, imeli smo odličnega vodiča! Po hvaležnem slovesu od našega vodiča smo po dolini Soče prišli v Šempeter, kjer nas je pred bolnišnico kljub zamudi potrpežljivo pričakoval prim. Vasja Klavora. Med pripravami na naš izlet smo ga, kot dolgoletnega vodilnega člana SZD in mednarodno uveljavljenega strokovnjaka za zgodovino prve svetovne vojne, naprosili za sodelova-

nje pri našem izletu, kar je sprejel brez obotavljanja in z besedami, da z veseljem pomaga članom SZD.

Po uvodnih pozdravih smo si v parku pred bolnišnico ogledali Alejo zaslužnih primorskih zdravnikov, ki nam jih je na zanimiv način predstavil naš gostitelj. V zaključku nam je prenesel pozdrave direktorice novogoriške bolnišnice dr. Fikfakove in njeno ugotovitev, da smo med redkimi, ki so na tak način pokazali zanimanje za pomembne zdravnike, ki so delovali na Primorskem. Med njimi je bil tudi Franc Derganc, po katerem je bolnišnica v Šempetru pri Novi Gorici dobila ime.

Z zamudo smo začeli drugi del našega izleta na kraškem delu soške fronte. Ustavili smo se na Mirju ob veličastnem »Spomeniku branilcem slovenske zemlje«, ki ima štiri nad-

stropja in ki smo ga takoj poimenovali slovenska Avala. Na razgledni ploščadi, ki je na prvem nadstropju spomenika, smo se zbrali ob prim. Vasji Klavori, saj nihče ni hotel izpustiti njegove razlage o dogodkih in ljudeh na tem delu soške fronte. Pri tem nas je vodil in razkazoval pokrajino na vseh štirih straneh razgledne ploščadi, vendar to ni bilo suhoparno predavanje, ampak živahno in zanimivo pripovedovanje tudi o nekaterih manj znanih podrobnostih iz časa, v katerem so bili v teh krajih krvavi boji. Prim. Vasja Klavora jih je opisal v svojih petih knjigah, ki so postale svetovne uspešnice. Seznanil nas je tudi s svojim predlogom, da bi poleg tega spomenika končno dobili še ustrezen spomenik samo za padle slovenske vojake, ki so na tem delu bojišča vseh 888 dni, kolikor so trajali



Skupinska slika udeležencev izleta.

boji na tej fronti, krvaveli in odhajali v boj z zavestjo, da se ne borijo samo za cesarja, ampak predvsem in tudi za svojo domovino.

Njegov predlog in pripombo našega člana dr. Zeilhoferja, katerega oče se je udeležil teh bojev, da se spomnimo čudovite pesmi »Doberdob slovenskih fantov grob« in romana »Doberdob«, ki ga je napisal naš pisatelj Prežihov Voranc na podlagi spominov na krvave boje v uniformi avstro-ogrškega vojaka, smo temeljito obdelali in se strinjali, da so slovenske žrtve v prvi svetovni vojni vredne podobnega hvaležnega spomina kot naši padli med NOB in med boji za osamosvojitve v letu 1990.

S takimi in podobnimi razmišljanji smo zapustili ta spomenik in se odpeljali na bližnjo turistično kmetijo Marušič v mali vasi med Mirnom in Opatjim selom. Kljub temu, da se je sonce že spuščalo, je bila temperatura nad 30° Celzija, zato je bil sprejem v kleti na njihovi domačiji prijazen in seveda osvežujoč trenutek med našim izletom. Poskusili smo sveže narezan pršut s sirom, okusne olive in se okrepčali z domačim refoškom ali malvazijo. To nam je vrnilo moči, da smo lahko v večji dvorani, ki služi kot restavracija, počakali na kosilo, ki je bilo značilno kraško, pristno domače

in primerno za lačno družčino. Med kosilom nas je pozdravil gospodar gospod Marušič, nam predstavil jedilnik in opisal življenje in delo na kraški kmetiji, kar je bila za nas bolj s severa domovine nova prijetna izkušnja.

Pred koncem smo se skupno zahvalili prim. Vasji Klavori za vso prijaznost in čas z nami ter mu v zahvalo za sodelovanje poklonili zbornik s karikaturami mariborskih zdravnikov »Zdravniški obrazi«. Podobno smo se zahvalili tudi našemu gostitelju, ki nam je v znak prijateljstva nato po znižani ceni ponudil svoje dobrote iz kleti, tako da so številni zapustili prijazno kraško domačijo z večjimi količinami žlahtne kraške kapljice.

Slovo od prim. Vasje Klavore je bilo res prijateljsko in nagradili smo ga z dolgim ploskanjem, ko se je na naše povabilo odločil postati član MHS SZD ter obljubil, da se bo oktobra udeležil našega sestanka s proslavo 110. obletnice slovenskega filma, ki ga bomo pripravili v Grosmanovem muzeju v Ljutomeru.

Med vožnjo proti domu se je že zmrabilo, kljub temu pa so se utrujeni izletniki strinjali, da smo si ogledali še dva nekoliko daljša strokovna filma. Prvi je prikazal življenjsko zgodbo

našega častnega in že pokojnega člana prof. Bruna Hartmana. Prof. Hartman se je rodil v Celju in kot kulturni delavec ustvarjal v Ljubljani, Celju in nazadnje v Mariboru, ki si ga je zaradi zaslug prisvojil. Drugi film z naslovom Ruski bataljon pa je posvečen državljanom Sovjetske zveze, ki so se med NOV priključili slovenskim borcem v boju proti nemškemu okupatorju.

Tako smo prispeli v Maribor z veliko zamudo, ki pa nobenega udeleženca ni spravila v slabo voljo.

V letu 2015 je polno zgodovinsko pomembnih obletnic, med njimi je tudi 70. obletnica konca druge svetovne vojne. Z našim strokovnim izletom smo obeležili začetek bojev na soški fronti z željo, da se ne pozabi, da so prav na slovenskem ozemlju 29 mesecev ali 888 dni potekali najbolj krvavi boji, v katerih so naši predniki sodelovali in pripomogli, da Italijani niso že leta 1915 zasedli slovenskega ozemlja do Ljubljane, kot so načrtovali, in za ta uspeh darovali svoja življenja. Udeleženci strokovnega izleta so bili soglasni, da okoli 35.000 slovenskih vojakov, ki so padli med prvo svetovno vojno, kljub avstro-ogrskim uniformam zasluži vse narodno spoštovanje in trajno obeležje, kot je predlagal prim. Vasja Klavora.

Foto: Jože Pristovnik

Vabilo na srečanje ob 40. obletnici vpisa na MF

Vse kolegice in kolege, ki smo (ne tako) davnega leta 1975 – torej natanko pred 40 leti – zasedli klopi nad »starim pajzлом« na Vrazovem trgu v Ljubljani in nas je nato življenje razkropilo po svetu, vabimo, da se nam oglasite, da se bomo po dolgih letih v kar se da velikem številu spet srečali in obudili spomine na študijska leta.

**Srečanje bo v petek, 13. novembra 2015, od 17. ure
dalje na Debelem rtiču.**

Prosimo, pošljite prijave na
mari.magajne@gmail.com

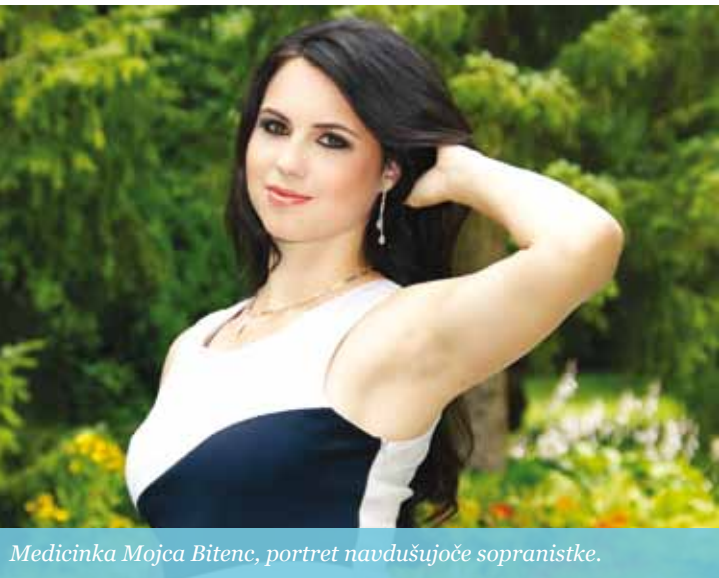
*Veselim se srečanja.
Ljubica, Marija, Vita in Rok*

Mojca Bitenc, izjemna sopranistka v medicini

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

Učitelji Medicinske fakultete v Ljubljani se zadnje desetletje srečujemo s številnimi medicinci, ki izjemno uspešno študirajo tudi glasbo. Mednje sodi tudi absolventka medicine Mojca Bitenc, ki je junija sklenila petletni študij petja na Akademiji za glasbo v Ljubljani. S sijajnim magistrskim koncertom, izvedenim v dvorani škofijske klasične gimnazije v Ljubljani, je konec junija izjemno navdušila mnogoštevilno publiko. Odpela je pester in zahteven program, s katerim je predstavila širok pevski diapazon, zmožnost interpretacije silno različnih sopranskih del, od uvodnih Bergovih »Sedem zgodnjih pesmi«, Sibeliusovih pesmi »Dekle se je vrnilo z zmenka« in »So bile le sanje?« ter zelo moderne Beriove »Sekvence za ženski glas«. V drugem delu programa se je predstavila s klasičnimi deli svetovne sopranske literature: arijo iz Brahmsovega »Nemškega rekviema, op. 45«, arijo Evridike iz Gluckove opere »Orfej in Evridika«, Puccinijevo arijo »Vissi d'arte« iz opere Tosca ter nazadnje arijo Leonore iz Verdijeve opere Moč usode. Glasov-

no, interpretativno in v nastopu suvereno Mojca Bitenc odlikujejo tudi globoko doživljajne glasbe in posledična odrska prepričljivost, hkrati pa s svojim izjemnim šarmom in mladostno lepoto pritegne vso poslušalčevo pozornost in njegovo iskreno navdušenje in občudovanje.



Medicinka Mojca Bitenc, portret navdušujoče sopranistke.

Če se ozremo po Mojčini dosednji pevski poti, lahko zapišemo, da je letos končala študij petja v razredu doc. Barbare Jernejčič Fürst, mag. art., na Akademiji za glasbo v Ljubljani. Glasbeno šolanje je začela v

Glasbeni šoli Nazarje, kjer je obiskovala pouk klavirja, violončela in petja. Večkrat se je udeležila tekmovanja mladih glasbenikov Republike Slovenije, nazadnje leta 2013 v Brežicah, kjer je prejela zlato plaketo in 2.

nagrado. Kot solistka je sodelovala s Slovenskim komornim zborom, s Simfoničnim orkestrom Cantabile, z različnimi godbami ter z orkestri Slovenske filharmonije, SNG Opera in balet Ljubljana in Slovenske vojske. Udeležila se je pevskih seminarjev pri profesorih Vlatki Oršanič in Heleni Lazarski. V Slovenski filharmoniji v Ljubljani in italijanski Padovi je pela vlogo Deianire v novi operi italijanskega skladatelja Davideja Antonia Pia »La Karneroika«. Nastopila je na solističnem recitalu Akademije za glasbo v Ljubljani in krstno izvedla dva samospeva iz cikla Štiri Kosovelove pesmi skladatelja Lojzeta Lebiča. Imela je solistični recital v sklopu cikla Mladi mladim (GML). V letu 2014 je pela vlogo Cecchine v operi italijanskega skladatelja Nicole Piccinnija »La Cecchina, ossia La buona figliola«. Februarja 2014 je bila polfinalistka mednarodnega Mozartovega tekmovanja v Salzburgu. Maja 2014 je dobila I. nagrado na mednarodnem pevskem tekmovanju Lava Mirskega v Osijeku. Konec junija 2014 je s Simfoničnim orkestrom Cantabile kot solistka sodelovala na festivalu v Saint-Tropezu. V začetku septembra je nastopila z mladimi pevci iz različnih evropskih držav na Freedom Gala koncertu v operni hiši v Budimpešti ob spremljavi njihovega opernega orkestra. Oktobra se je predstavila v SNG Maribor, kjer je v Mozartovi »Čarobni piščali« pela vlogo Papagene, in v SNG Opera in balet Ljubljana, kjer je pela vlogo Evridike v Gluckovi operi »Orfej in Evridika«. Pela je na premieri nove opere Larryja Coryella »War and Peace«. Kot Pamina in Papagena nastopa v otroški predstavi »Zgodba o čarobni piščali« v okviru Hiše kulture Celje. Nastopila je tudi z orkestrom RTV Slovenija, sedaj pa nadaljuje podiplomski študij na Muzički



Z magistrskega koncerta Mojce Bitenc. Pri klavirju jo spremlja pianist Tadej Podobnik.

akademiji v Zagrebu pri prof. Vlatki Oršanić.

Mojca Bitenc bo kmalu končala tudi študij medicine na Medicinski

fakulteti v Ljubljani. Tako bo ob diplomski iz petja imela tudi poklic zdravnice. Dva žlahtna poklica! Res izjemno delavna in nadarjena

mladenka, ki smo jo skozi študijska leta večkrat poslušali na Študentskih koncertih ljubljanske medicinske fakultete, prireditvah Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete v Ljubljani, pozdravila pa nas je tudi z malih ekranov iz Avsenikove Gostilne pri Jožovcu. Univerzalna ženska sodobnega časa bo gotovo kar nekaj časa še lahko vztrajala v dveh zahtevnih poklicih, nato pa se bo najverjetneje morala odločiti, kateri ji bo prinašal kruh in kateri bo ostal njena velika ljubezen. Mojci iskreno čestitam in želim, da bi ji njena glasbena pot prinašala obilo veselja, navduševala njene poslušalce in da bi bilo nešteto študijskih ur poplačanih predvsem z osebnim zadovoljstvom. Mojca, zdravniki in medicinci, Tvoji kolegi, smo iskreno ponosni nate. Veselimo se te čim večkrat slišati na odru!

DOMUS  MEDICA

**Vljudno vabljeni
na letni koncert
zdravniške komorne skupine
*Pro medico***

v sredo, 18. novembra 2015, ob 19. uri v
Domus Medica, Dunajska c. 162, Ljubljana.

Na odru se nam bodo pridružili tudi odlični solisti.
Vstop prost.

Zdravniški orkester Camerata medica prejel domicil Zdravniške zbornice Slovenije

Izr. prof. dr. Pavle Košorok, dr. med., Iatros – dr. Košorok, d. o. o., Ljubljana
pavle.kosorok@guest.arnes.si

Aktivnost zdravniškega orkestra Camerata medica postaja vse bolj prepoznavna. Že konec lanskega poletja smo bili povabljeni, da ob jubileju skladateljev in zdravnikov Ipavcev sodelujemo na prireditvi v njunem rojstnem kraju. Izvedena je bila skladba A. Bealla »Song of 'Almah« za sopran in marimbo – z Dunjo Tinauer in Petro Bartol. S tem smo se poklonili kolegom zdravnikom in dolgoletni glasbeni tradiciji v medicini.

Posebno lep dogodek je bil skoraj intimno doživetje orkestra v Layerjevi hiši v Kranju. S kratkim glasbenim programom smo pričeli slovesnost ob predstavitvi filma o članu orkestra Camerata in goslarju iz znamenite Demšarjeve družine – Vilimu Demšarju. Film je bil posnet za

RTV Slovenija, posnela pa ga je prav tako članica orkestra Camerata, kolegica Maja Senekovič. Prenovljena Layerjeva hiša je prav gotovo ponos starega Kranja in lep zgodovinski okvir prikazani tradiciji goslarstva na Slovenskem.

Z jesenjo je bil dokončan nov del Medicinske fakultete na Vrazovem trgu, namenjen dekanatu in biokemiji. Ob zaključku del je bila tudi kulturna prireditev, na kateri je sodeloval orkester Camerata z uveljavljenim baritonistom, študentom medicine Domnom Križajem in prav tako študentko medicine, sopranistko Sanjo Zupanič.

V začetku decembra je že tradicija, da glasba popestri slovesnost ob zaključku memorialnega sestanka prof. Janeza Plečnika in ob podelitvi nagrad najboljšim študentom medicine ter



Koncert v počastitev akademika Jožeta Trontlja v polhograjski graščini.

diplom prof. Janeza Plečnika in priznanj prof. Franceta Hribarja. Lep kulturni program so pripravili študentje medicine, orkester pa je svoj del večera začel z vrhunsko akademsko pianistko in mlado zdravnico Matejo Lasič, s katero smo skupaj zaigrali zahtevno Chopinovo Polonoise. Tako orkester kot poslušalci smo bili navdušeni nad izvedbo. Po samostojni skladbi orkestra (Bernsteinov Somewhere v priredbi našega dirigenta prof. Avseneka) se nam je pridružila medicinska glasbena skupina Inflammatio musicae s pevko Barbaro Čokl. Skupaj smo izvedli dve pesmi J. Privška: Če živiš in Ne prižigaj luči v temi ter še skladbo Človek – Mojmirja Sepeta.

V decembru smo se v polhograjski graščini poklonili spominu akademika prof. dr. Jožeta Trontlja, ki je preminil pred letom dni. Njegova družina je posebej naprosila naš orkester, da sodeluje v programu, ki so ga zapolnili spomini njegovih sodelavcev, ki so ob tej priložnosti prišli tudi iz tujine. Njihovi utrinki in utrinki družine so pričarali mestoma tudi ganljive trenutke o človeku, ki je bil velik strokovnjak, dober človek in prijatelj in ki je pustil veliko sled v etičnem spominu naše dežele. Mislim, da smo prispevali vsaj nekaj malega k doživetju, ki se je utrnilo njemu v spomin.

Božično-novoletni koncert v hiši Zdravniške zbornice postaja že tradicija. Tokrat so bila v okviru tega koncerta podeljena priznanja zaslužnim zdravnikom in zobozdravnikom. Sreda, 10. december 2014, bo za Zdravniški orkester Camerata medica ostala v posebnem spominu. Po dolgoletnem uspešnem sodelovanju z Zdravniško zbornico je orkester dobil domicil v slovenski zdravniški hiši Domus Medica.

Za orkester to ni le pohvala za preteklo delo, temveč predvsem velika spodbuda za nadaljevanje zastavljenih ciljev. Prav za razvoj orkestra in njegovo razpoznavnost gre velika zahvala dolgoletnemu članu orkestra, dr. Pavletu Košoroku. Listino o podelitvi domicila je predsednici



Podelitev domicila orkestru Camerata medica.

orkestra, dr. Marini Klemenčič, izročil predsednik Zdravniške zbornice, prim. Andrej Možina. Po uradnem delu je sledil koncert, katerega program je skrbno pripravil naš dirigent prof. Avsenek. Letos so se nam kot solisti pridružili: Mateja Lasič, dr. med., Andrej Gubenšek, dr. med., Jasmina Antonič Babnik, dr. med., Alja Koren, dr. med., ter ansambla Inflammatio musicae in Trio Misty.

V februarju 2015 je orkester pripravil samostojni koncert v sklopu kulturnih dogodkov, ki se odvijajo v Celju, v okviru Doma sv. Jožefa. V programu so bile najprej samostojne skladbe za orkester: J. Ch. Bach – Adagio, J. S. Bach – Preludium, J. S. Bach – Aria, T. Albinoni – Adagio v G-molu s solistoma Anjo Kolman (orgle) in Andrejem Gubenškom (violina), ter Bajamontijev kvartet v F-duru. Sledila je glasba iz filma Schindlerjev seznam s solistom Andrejem Gubenškom, priredba klavirskega kvarteta G. Mahlerja, Brahmsov madžarski ples št. 6 s solistoma Andrejem Gubenškom – violina, in Gregorjem Gubenškom – trobenta. Zaključili smo z valčkom Arama Hačaturjana. Navdušenje je priklicalo še dodatek! Orkester je v

Celju nastopil že drugič. Poleg tega, da zapolni program kulturnega dogajanja, je obenem tudi poklon našemu dolgoletnemu solistu – sedaj celjskemu zdravniku, specializantu nevrologije Andreju Gubenšku. Orkester je bil po koncertu povabljen na večerjo in druženje v jedilnici doma. Prijeten klepet se je podaljšal še v pozni večer.

Dogodek, ki je posebej povezan z glasbo, je bila razstava v Pomorskem muzeju »Sergej Mašera« v Piranu, ki je predstavila delo doktorja medicine in goslarja Franja Kresnika z Reke. Razstavljene so bile njegove violine in načrti zanje ter številne diplome, ki jih je za kakovost svojih glasbil dobil v Evropi. Vse življenje se je posebej zanimal za lake, s katerimi je poskušal doseči čim boljši zven svojih glasbil. Enega od njih je restavriral tudi violist, naš član orkestra in goslar Vilim Demšar. Za orkester je bila posebna čast, da je bil povabljen v okviru odprtja razstave. Koncert je bil v cerkvi sv. Frančiška v Piranu, kjer sta nas prijazno pozdravila direktor piranskega Pomorskega muzeja g. Franko Juri in piranski župan Peter Bossman, dr. med. Program je bil posvečen Tartiniju, zato smo zaigrali



Nastop orkestra v Piranu.

tri njegove skladbe, v celoti pa je bil sestavljen tako, da je pričaral baročni vtis časa ob rojstvu skladatelja Tartinija pred 400 leti.

Zelo smo bili veseli, ko smo v maju dobili povabilo za sodelovanje ob zaključni slovesnosti 4. kongresa zdravnikov družinske medicine JV Evrope. Prireditev je potekala v soboto, 6. junija, v Linhartovi dvorani Cankarjevega doma v Ljubljani.

Pripravili smo tri točke, kot solistki pa sta z nami nastopili študentka medicine in akademije za glasbo Lucija Čemažar ter specializantka travmatologije Alja Koren, dr. med. Nekateri tuji zdravniki so bili nad nastopom še posebej navdušeni in razmišljajo o gostovanju našega orkestra.

Tradicionalni dogodek je bil nastop našega orkestra v polhograjski graščini, ki je bil letos že desetič po vrsti. Tokrat nas je pričakalo prekra-

sno sončno vreme. Orkester je sam zaigral nekaj del, kot solista pa sta se nam pridružil violinista Andrej Gubenšek in Lucija Čemažar.

Po koncertu je sledilo druženje v parku pred graščino, ki daje koncertu poseben čar. Druženje in čudovit park omogočata sproščeno vzdušje, ki poveže poslušalce in člane orkestra.

Najbolj doživeti nastop orkestra Camerata je bil verjetno koncert v Zdravniški zbornici 18. junija 2015. Čutiti je bilo, da se je tu razlila posebna energija med orkestrom, solisti in publiko. Začeli smo z Bachovim Preludijem, nadaljevali pa z Bachovim koncertom za violino v a-molu z našim stalnim solistom Andrejem Gubenškom. Baritonist Domen Križaj, študent medicine, je zapel dve Mozartovi ariji – arijo Papagena iz opere Čarobna piščal in Mozartovo arijo Figara iz opere Figarova svatba. Violinsko priredbo arije Lenskega iz

opere Evgenij Onegin P. I. Čajkovskega je zaigrala študentka medicine in diplomantka akademije za glasbo Lucija Čemažar. Habanero iz Bizetove opere Carmen je zapela mezzosopranistka Alja Koren, dr. med. Posebno doživetje je bil nastop naše kolegice iz zamejstva Katje Lavrenčič, dr. med., ki je z orkestrom zaigrala klavirski kvartet Gustava Mahlerja v priredbi prof. Franca Avseneka. Spontano navdušenje je priklicalo dva dodatka, ki vedno navdušita publiko – violinski solo ob spremljavi orkestra iz filma Schindlerjev seznam, ki ga je zaigral Andrej Gubenšek, dr. med., in valček Arama Hačaturjana, ki z barvito in energično skladbo že pričara vzdušje eksotičnih krajev.

Orkester postaja vedno bolj trdna in prijateljska skupina. Letos se nam je spet pridružilo nekaj mladih, večinoma študentov medicine. Posebej smo veseli sodelovanja



Del nastopajočih v parku po koncertu v polhograjski graščini.

kolegice iz zamejstva. Veseli nas druženje po naših nastopih. Vzeli smo si tudi čas in se na koncu sezone poveselili na pikniku, ki ga je pripravila naša predsednica dr. Marina

Klemenčič na lepo urejeni domačiji svojih prednikov na Dolenjskem. Sončen dan je sicer prekinila nevihta, ki nas je pregnala v hišo, kjer smo sredi poletja ob topli peči uživali ob

dobrotah, ki so jih pripravile članice orkestra, ki znajo poleg igranja tudi kuhati in peči.

Foto Janez Platiše

»Au«-foristična tinktura

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom

Prof. dr. Janez Tomažič, dr. med., UKC Ljubljana

Naši (zdr.) ministri očitno premorejo neizmerno količino razuma, ker večinoma potrebujejo cel mandat, da doženejo, kaj pravzaprav mislijo – nekateri pa so celo najbolj modri, ko se »upokojijo« – takrat povejo, kaj vse bi lahko storili.

Kar nekaj se jih na posel ni spoznalo nič bolje kot ptiči na ornitologijo.

Ministri so kot bolhe, radi skačejo v zrak.

Naj o naših ministrih govorijo še tako lepo, ne bomo izvedeli nič novega.

Ga. ministrica, ne pogoltnite mnenja zdravnikov kot tableto.

Dobra stran ministrovanja je, da hitro mine.

Tantal

Andrej Rant, dr. dent. med.,
Ljubljana
andrej.rant@yahoo.com

Tantal sem, željan ljubezni tvoje,
a ko se sklonim, da bi pil,
umakneš se z bližine moje.
Kako ob tebe bi dlani prižel,
da bi zrela jabolka prijel –
v prazno tipa rok oboje...
Tako bi rad k tebi se privil,
poljubil te in te objel!
A tega, da zame ti ni mar,
da s časom zgnil je Afroditin dar,
tega, nisem čisto še dojel...
Postala si privid,
ne ganejo te muke moje,
med naju si zgradila zid,
ljubeči srci ločila na dvoje!

Srečanje v Ljubljani ...

Prim. Mojca Kos Golja, dr. med., Ljubljana

mojca.kos.golja@gmail.com

Kolegice in kolegi, ki smo se vpisali na študij medicine leta 1962, se od končanja študija srečujemo skoraj vsako leto. Pobudnik naših srečanj je bil pokojni kolega Štefan Stražišar, specialist sodne medicine, ki se ga radi spominjamo in obujamo spomine na čas, ko je bil še med nami. Naših srečanj pa se vedno udeležuje njegova soproga, kolegica Katja.

Vsa leta, odkar se srečujemo, se selimo po različnih krajih Slovenije. Srečanja so vsebinsko bogata, ponovno odkrivamo zanimivosti in predele, ki jih že dlje časa nismo videli ali obiskali. Vsako leto se sproti dogovorimo za naslednjo lokacijo in organizatorje, na ta način nam uspeva nadaljevati tradicijo srečanj. Lansko leto smo se npr. družili v Kranju. Tedaj so udeleženci predlagali, da se letos dobimo v Ljubljani, saj Ljubljančani že dlje časa nismo bili gostitelji. Resnici na ljubo, organizacija srečanj je precej zahtevna, saj se jih udeleži kar veliko kolegic in kolegov. Pred nami Ljubljančani je bila torej težka naloga.

Ljubljano in njene glavne znamenitosti bolj ali manj poznamo, zato so se pojavljali pomisleki, da bo predviden ogled mesta preveč običajen in nezanimiv. Dejstvo je sicer, da se je od našega vpisa in končanja študija Ljubljana, ki jo njen župan imenuje »najlepše mesto na svetu«, precej spremenila. Mesto ima nove spomenike, mostove, uredili so rečna nabrežja, prenovili pročelja številnih hiš, predvsem v starem delu mesta, veliko je spremenjenih in na novo urejenih ulic, trgov, iz središča mesta se je umaknil promet, vzniknili so novi lokali, trgovinice, galerije... Ljubljana je postala zelo živahno mesto, s številnimi zanimivimi dogodki, prireditvami, iz leta v leto je več domačih in tujih turistov.

Skrbela nas je torej, komu bomo v približno dveurnem ogledu Ljubljane zaupali vodenje, ki se bo razlikovalo od »običajnega«. Imeli smo veliko srečo. V tedniku Nedelo je konec marca letos izšel članek o turistični vodnici Alji Mravljak, ki je po izobrazbi umetnostna zgodovinarica. Tako nas je bila pripravljena popeljati po

mestu in je vnaprej pripravila program ogleda. V omenjenem članku je bila prikazana kot zaljubljenka v Ljubljano in dobra poznavalka manj znanih mestnih zgodb, kar smo med našim druženjem tudi začutili in doživeli.

Zadnjo majsko soboto smo se Ljubljančani in kolegi z več koncev Slovenije sestali v prijaznem gostišču na obrobju mesta (bilo nas je trinindeset). Sredi dopoldneva smo se skupaj z vodnico Aljo odpeljali proti centru mesta do Trga francoske revolucije (pred Križanke), kjer stoji obelisk v čast Napoleonu in Ilirskim provincam. Napoleonov spomenik je menda edini, postavljen izven meja Francije. Izdelan je bil po načrtih arhitekta Jožeta Plečnika (1872–1957). Ob tem nam je Alja povedala zgodbo, ki je doslej nismo poznali. Med postavljanjem obeliska se je del marmornatega kvadra odlomil. Kamnoseki so hoteli odlomljeni del zlepiti. Mojster Plečnik pa jim je naročil, naj namesto manjkajočega dela vstavijo kamniti vložek, ki od tedaj nekoliko štrli iz obeliska. Štrleči

del je Plečnik duhovito poimenoval »kamen spotike«. Omenila je tudi menihe križnike, ki so v Ljubljano najverjetneje prišli že v trinajstem stoletju in tu ustanovili eno najstarejših dobrodelnih ustanov. Bivali so v redovni hiši na kraju, kjer še danes stoji samostan Križanke. Alja nas je opozorila na drevesa z bogatimi krošnjami, ki obkrožajo trg. Zasajena so bila v času, ko je bil po Plečnikovih načrtih postavljen tudi obelisk.

Pot nas je nato vodila mimo mogočne Narodne in univerzitetne knjižnice, ki je največja Plečnikova stavba v Ljubljani. Zgrajena je bila v letih od 1936 do 1941, na mestu v potresu porušene Auerspergovske palače. Vodnica Alja je usmerila našo pozornost na zanimivo pročelje knjižnice, ki je iz opeke, dopolnjujejo ga neenakomerni in različno obdelani kamniti kvadri, okna so kot odprte knjige. Stranski vhod ob Gosposki ulici krasi mogočen kip Mojzesa (delo kiparja Lojzeta Dolinarja). Prislunhili smo kratki obnovi Mojzeseve svetopi-semske zgodbe. Kmalu zatem smo se sprehodili po delu Vegove ulice, kjer je ohranjeno srednjeveško obzidje. Vegova ulica je bila v tistih časih obrambni jarek, še zdaj jo krasijo lepe meščanske hiše.

Že smo prispeli na Kongresni trg, ki je danes osrednji ljubljanski trg. Ob živahnem pripovedovanju vodnice Alje smo se znašli v času, ko je bil Kongresni trg center Evrope. Preurejen in razširjen je bil zaradi kongresa Svete alianse, ki je leta 1821 potekal v Ljubljani. Glavno mesto Kranjske je za dobre štiri mesece spremenil v središče evropske politike. Poleg kronanih glav Evrope in diplomatov so na svoj račun prišli tudi prebivalci Ljubljane, saj so se tedaj vrstili številni družabni dogodki. Vodnica Alja nas je opozorila na spomenik Sidro, ki je bil po zaslugi slovenskega kapitana Branka Velkaverha na to mesto postavljen leta 1954, s čimer so

obeležili priključitev Primorske k matični domovini in pokazali, da smo Slovenci tudi pomorski narod. Mimoregre smo si na hitro ogledali še del lepo prenovljene Slovenske ceste, ki jo nekateri imenujejo novo pridobljena »dnevna soba« Ljubljane.

Nato smo se usmerili nazaj proti stavbi Filharmonije. Na njenem mestu je desetletja kraljevalo Stanovsko gledališče. Februarja 1887 pa je ogenj do tal uničil staro gledališče.

je na Dvornem trgu s pogledom na Ljubljano. Kipar Bojan Kunaver, Mahlerjev občudovalec, mu je posvetil kip, ki se imenuje Pesem o Zemlji. Občudovali smo razmišljajoč, poduhovljen in vase zazrt kip, ki prikazuje drobno postavu slavnega skladatelja in dirigenta. Pred kipom in med spustom proti Ljubljani smo preko Aljinega pametnega telefona, povezanega z našimi slušalkami, prisluhnili kratkemu odlomku prekrasne Ma-

jo odlikovali odličnost, odprtost, vizionarstvo, patriotizem. Za prvega moža Ljubljane je bil izvoljen kar šestkrat. Leta 1941, po napadu na Jugoslavijo, je Ljubljana padla pod italijansko okupacijo. Italijanska uprava je devetdesetletnemu Hribarju ponudila županski položaj, ki ga Hribar ni hotel sprejeti, ker bi s tem soglašal s italijansko okupacijo. Tedaj je raje izbral smrt. Zavit v jugoslovansko zastavo je skočil v Ljubljano. V



Skupina kolegov medicincev, vpisanih leta 1962, na ogledu Ljubljane.

Temelje za novo gledališče so kaj kmalu postavili na drugi lokaciji, na pogorišču pa je že nekaj let kasneje stala nova stavba, imenovana *Tonhalle*. Alja nam je predstavila zgodbo o velikem avstrijskem dirigentu in skladatelju židovskega rodu, Gustavu Mahlerju, ki je bil med letoma 1881 in 1882 angažiran kot dirigent v ljubljanskem Deželnem gledališču. V tem času je v majhni Ljubljani, ki je imela manj kot trideset tisoč prebivalcev, opravljal svoje delo zelo resno in zavzeto. Vrstile so se mnoge glasbene prireditve, dirigiral je operne predstave, operete, operne večere, klavirske koncerte. V spomin in zahvalo je Gustav Mahler leta 2011 dobil obelež-

hlerjeve Simfonije tisočev.

Med nadaljevanjem sprehoda smo se ustavili na Hribarjevem nabrežju pri kipu Ivana Hribarja (1851–1941), najslavitejšega in izjemno priljubljenega ljubljanskega župana. Za njegov spomenik, ki je delo kiparja Mirsada Begića, smo bogatejši od konca avgusta 2010. Postavljen je na mestu, kjer se je nesrečni župan vrgel v Ljubljano. Vodnica Alja nam je na kratko predstavila Hribarjevo življenjsko pot. Opozorila nas je tudi, da je Begićev Ivan Hribar upodobljen na drugačen način kot droben in poduhovljen umetnik Gustav Mahler. Hribarjev kip prikazuje njegovo telesno mogočnost in osebnost, ki so

poslovnem pismu je zapisal tudi verze iz Krsta pri Savici pesnika Franceta Prešerna: »Manj strašna noč je v črne zemlje krili / kot so pod svetlim soncem sužni dnovi«. Njegove zasluge za Ljubljano so tako velike, da je nedvomno zgodovinska osebnost vsenarodnega pomena, ki si je prav gotovo zaslužila ustrezen spomenik.

Zapustili smo mogočnega župana Hribarja in se usmerili proti Čevljarškemu mostu, kjer že dolgo ne izdelujejo več čevljev, ostalo je le ime. In to je bila naša vez proti srednjeveški Ljubljani. Z Aljo smo se sprehodili do Mestne hiše in pred njo z vseh koncev preverili, da »vodnjak treh kranjskih rek« (Save, Krke, Ljubljane) kiparja



Na Kongresnem trgu z vodnico Aljo Mravljak.

Francesca Robbe (1698–1757), ki tam stoji od leta 1751, resnično gleda v vse tri ulice. Tu nam je postalo jasno, zakaj je vodnica Alja s seboj »tovorila« prazen okvir. Pri pogledu skozenj proti stolnici smo občudovali eno najlepših ljubljanskih vedut: Robbov vodnjak, lepe meščanske hiše in oba zvonika stolnice.

Pot smo nadaljevali proti Prešernovem spomeniku, kjer smo se prepričali, da zaljubljeni pesnik še vedno obrača pogled proti Wolfovi ulici, k svoji neuslišani ljubezni, Primicovi Juliji.

Na Tromostovju smo povsem slučajno srečali ljubljanskega župana Zorana Jankovića, ki se je pripravljaj na neko prireditev na Prešernovem trgu, se mu predstavili kot »upokojeni dohtarji turisti«, ki ponovno raziskujemo in spoznavamo Ljubljano, in tudi malo pokramljali z njim.

Naš naslednji cilj je bil Mesarski most, ki je bil odprt 10. julija 2010 in povezuje ljubljansko tržnico s Petkovškovim nabrežjem. Stoji na mestu, kjer je pred skoraj 100 leti gradnjo mostu predvidel že arhitekt Jože Plečnik. Poleg manjših skulptur žab in školjk, ki so prilepljene na ograjah, ga krasijo trije bronasti kipi, delo akademskega kiparja Jakova Brdarja. Vodnica Alja nam je razložila njihov skupni »mesarski« imenovalec, saj je most umeščen v središče nekdanjih

mesarskih lop na tržnici. Skulpture tako na izviren način pripovedujejo to zgodbo. Ob vstopu na desnem bregu stoji osramočena dvojica Adam in Eva, ki sta izgnana iz raja. Na samem mostu nastopa spremljevalec uživaškega Dioniza – samovšečni Satir s kozjimi nogami in repom. Na pomolu na Petkovškovem nabrežju pa vlada brezglava različica bežečega Prometeja, z zanj značilnim poškodovanim trupom. Mesarski most je po vzoru nekaterih drugih evropskih mest tudi ljubljanski most ljubezni. Nešteti zaljubljenici so na njem s ključavnicami simbolično zaklenili svojo ljubezen in nato ključke odvrgli v reko Ljubljanico, ki teče pod njim. Kot nasprotje med srhljivimi Brdarjevimi skulpturami in »ključavnicami ljubezni« je most ena najbolj svojevrstnih, sicer številnih romantičnih zgodb Ljubljane.

Z Mesarskega mostu smo nadaljevali pot proti Stolni cerkvi sv. Nikolaja, ki je stolnica Nadškofije in župnijska cerkev Župnije Ljubljana. Prava mojstrovina so glavna vhodna Slovenska vrata, kjer je upodobljena naša zgodovina (delo akademskega kiparja Toneta Demšarja). Vrata so bila izdelana leta 1996 ob 1250-letnici zgodovine krščanstva v Sloveniji. Vrata je blagoslovil tudi papež Janez Pavel II., ko je maja 1996 obiskal Slovenijo. Relief na vratih je zelo zanimiv, z natančno razlago nas je

preko njega popeljala vodnica Alja. Prikazuje dogodke in osebnosti od prvih naselitev v teh krajih, preko rimskih časov in drugih zgodovinskih dogodkov, do osamosvojitve Slovenije. Na vratih je upodobljen tudi papež Janez Pavel II., ki prejema slovenski nagelj, ponuja mu ga roka iz množice in simbolizira zahvalo Vatikanu, ki je eden prvih priznal samostojnost Slovenije.

Po ogledu mogočnih Slovenskih vrat smo se znašli v tišini prelepe stolne cerkve, kjer nam je vodnica Alja, preoblečena v srednjeveško gospo Ano Marijo, opisala njeno bogato in zanimivo zgodovino. Ana Marija Dolničar je bila soproga stolnega dekana Janeza Antona Dolničarja (1655–1719). Prvotna cerkev, ki je stala na mestu sedanje stolnice, je bila triladijska romanska bazilika in je prvič omenjena že leta 1262. Cerkev je bila vrsto let kasneje že tako razmazana, da je pretila nevarnost, da se podre, zato so načrtovali njeno popolno prenovitev. Pobudnik in zagovornik tega velikega dela je bil prav soprog Ane Marije, tedanji stolni dekan in generalni vikar Janez Anton Dolničar. Leta 1701 so cerkev podrli in v letih od 1701 do 1706 zgradili novo, baročno dvoransko cerkev v obliki latinskega križa s stranskimi kapelami. Gradili so po načrtih kapucinskega brata Florencijana in italijanskega umetnika Andrea Pozza. Notranjost so okrasili slikarja Giulio Quaglio in Matej Langus, kiparji Francesco Robba, Angelo Pozzo, Paolo in Giuseppe Gropelli ter dve stoletji kasneje arhitekt Jože Plečnik. Stolnica je od leta 2008 tudi kulturni spomenik državnega pomena.

V odmorih med zanimivim pripovedovanjem gospe Ane Marije Dolničar (vodnice Alje Mravljak) nam je obisk stolnice popestril stolni organist gospod Gregor Klančič z nekaj orgelskimi skladbami. Po končanem koncertu in zanimivi pripovedi nas je Alja presenetila še s sladkimi minjoni »torte Ljubljana«, ki je res slastna, saj je izdelana iz zanimivih sestavin: osnova je ajdovo testo s kostanjevo

krema, figovim džemom, bučnicami in čokoladnim prelivom.

Po obisku stolne cerkve smo po skoraj treh urah zaključili zelo zanimiv in lep ogled dela Ljubljane in se odpeljali nazaj v naše gostišče, kjer smo med dobrim kosilom nadaljevali prijetno druženje. Kolega Dušan Sket je vsem izrekel dobrodošlico, povedal nekaj spodbudnih besed, obudil

spomin na kolega Štefana in izrazil veselje, da smo spet skupaj. Sledile so zahvale organizatorjem ljubljanskega srečanja. Poleg tega smo se vsi zahvalili gospe Alji Mravljak, ki nas je poznavalsko, živahno in iskrivo vodila po Ljubljani, nam odkrila nekaj novosti ter povedala precej zanimivih ljubljanskih zgodb. Izkazala se je tudi z »igralskim darom«, saj nam je prekl

lika starodavne gospe pričarala dogajanje ob graditvi in urejanju notranjosti sedanje stolnice.

Dogovorili smo se, da naslednje srečanje organizirajo kolegi, ki so bili nekdanj doma z dolenskega konca. Veselimo se torej srečanja ob letu osorej na Dolenjskem. Tako je tradicija naših srečanj zagotovljena tudi v bodoče.

Dvoboj dvojic igralcev golfa med vzhodom in zahodom

Branko Kokošinek, dr. dent. med., Jesenice

Hladno jutro in zasneženi hribi so pozdravili na sončno nedeljo, 6. septembra, udeležence golfskega turnirja dvojic na Bledu. Golf igrišče Bled, kot najstarejše v Sloveniji, je vedno izziv za golfiste vseh kategorij, a je s svojo širino prijazno do igralcev.

Igrišče je bilo kljub obilnemu deževju v preteklih dneh lepo pripravljeno, le peščene ovire so bile delno pod vodo, kar pa večine igralcev ni motilo. Ob tokrat nekoliko slabši udeležbi igralcev s štajerskega konca je po več kot petih urah zanimive in napete igre za

eno točko v bruto seštevku zmagal par Alenka Ramovš in Andrej Ramovš. V neto razvrstitvi sta se zmage veselila Tomaž Slavec in Janez Grilec. Po prijetnem druženju in kosilu v klubski hiši smo se razšli z željo, da se prihodnje leto ponovno srečamo v še večjem številu!



Drevesa žarijo

Dr. Tomaž Čakš, dr. med., Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
tomaz.caks@zzzs.si



Zdravniki v prostem času



Kdo pije in kdo plača v slovenskem zdravstvu?

Prim. doc. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., Zdravniška zbornica Slovenije
danica.rotar@gmail.com

Nedavno sem na Nizozemskem doživela zanimivo izkušnjo. Na njihovem inštitutu CBO (<http://www.cbo.nl/en>), katerega glavni cilj delovanja je izboljšanje zdravstvenega varstva, sem se mudila v času, ko so bili prisiljeni vložiti predlog za stečaj. Ustanova kljub velikim prizadevanjem ni bila sposobna ustvariti trdne finančne podlage. Število del, potrebnih za ohranitev poslovanja, je bilo kljub obsežnim ukrepom za znižanje stroškov na začetku letošnjega leta žal še vedno premajhno. Ker je stečajni upravitelj skušal prodati podjetje kot delujoče, je delo na projektih potekalo naprej. Tako smo se v Utrechtu kljub »najbolj neugodnemu času« zbrali predstavniki številnih držav, ki smo zadnje leto gradili projekt samooskrbe. V okviru programa Platform of Experts on Self Care smo razvijali internetna orodja, ki bi prebivalcem Evrope omogočila oceniti, kdaj se lahko glede na manjše zdravstvene težave zdravijo sami, kdaj lahko obisk pri zdravniku odložijo oz. kdaj je obisk zdravnika neizogiben.

Ob vsem tem se seveda nisem mogla izogniti razmišljanju o tem, kako je z morebitnim stečajem zdravstvenih ustanov pri nas. Na tej točki namreč odpove vsaka logika, tudi zdrava kmečka pamet ali še tako iznajdljiva gospodinja (za gospodinje namreč velja, da skrbno spremljajo domačo bilanco in si prizadevajo za pozitiven mesečni izid). Oglejmo si samo nekaj javno dostopnih podatkov.

Marca letos so mediji poročali, da so bili zaposleni v celjskem zdravstvenem domu na nogah, ker so občinski svetniki zavodu vzeli več kot milijon evrov dobička, s katerim je dom želel zgraditi prizidek in tako rešiti prostorsko stisko. Celjski mestni svetniki naj bi po hitrem postopku sprejeli sklep o izločitvi organizacijske enote Zdravstveni dom Celje iz javnega zavoda Zdravstveni center Celje in s tem omogočili občini, da presežek doma v znesku 1,2 milijona evrov, ki je bil ustvarjen v tržni dejavnosti preteklih obdobj, prenese v občinski proračun. Direktorica celjske občinske uprave je na seji ob predstavitvi sklepa povedala, da je sprememba zakonita, in temu naj bi pritrdilo tudi Računsko sodišče. Poudarila je, da gre za presežek izključno iz tržne dejavnosti ZD Celje, zato ga občina kot ustanoviteljica doma lahko uporabi tudi za opravljanje in razvoj drugih negospodarskih dejavnosti (vir: MMC portal).

Izhajajoč iz navedenega primera bi lahko sklepali, da se tržna naravnost in želja po pozitivni bilanci v zdravstvu v Sloveniji nikakor ne izplačata, pa čeprav sta namenjeni le služenju ljudem. Toda glej ga zlomka, tudi negativna bilanca se ne izplača. Vsaj tako lahko sklepamo iz očitkov

ljubljskemu Univerzitetnemu kliničnemu centru, ki mu ustanovitelji očitajo visoko kumulativno izgubo. Ustanova s približno 7600 zaposlenimi in z več kot 420 milijoni evrov letnega prometa je pozitivno poslovala le leta 2008. Sicer pa naj bi UKC lani ustvaril 9,5 milijona evrov minusa.

Je potem sploh mogoče biti tako drzen in razmišljati o investicijah v zdravstvo? V Sloveniji – sodeč po zdajšnjem stanju – nikakor ne; drugače pa je v Evropi, kjer je Evropska komisija sprejela stališča strokovnega sveta o učinkovitih načinih vlaganja v zdravstvo (Expert panel on effective ways of investing in health; dostopno na spletnem naslovu http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/007_competition_healthcare_providers_en.pdf). Ključni elementi, ki jih je treba upoštevati pri uvedbi, spreminjanju ali povečanju konkurence v zdravstvu, so zagotavljanje preglednosti trga z razpoložljivostjo informacij o kakovosti in ceni storitev ter skrbno spremljanje učinkov na dostopnost uporabnikov. Za konkurenčnost so – tudi v zdravstvu – lahko usodni monopoli ali dogovorjeno spodkopavanje konkurence prek uveljavljanja tržne moči oz. razmer, v katerih majhno število ljudi določa finančne tokove in vpliva na cene. Zato je treba zagotavljati pravičnost, spodbujati zdravstveno pismenost in uveljaviti jasna pravila konkurence, da se preprečita morebitna ustvarjanje in zloraba prevladujočih položajev.

Oblikovalci in snovalci slovenske zdravstvene politike bi obvezno morali natančno prebrati zgoraj omenjeni dokument Evropske komisije. Predvsem pa bi vsi po vrsti morali ozavestiti vsebino in pomen zadnjih treh stavkov v prejšnjem odstavku. Zato jih preberite še enkrat – ali pa še večkrat ...





