

IS IS

**Glasilo Zdravniške
zbornice Slovenije**

Junij 2015
Številka 6

Zunajtelesna oploditev in nobelovci

Od leta 1978, ko je Robertu Edwardsu kot prvemu uspel postopek oploditve jajčnih celic zunaj telesa, se je po svetu rodilo že približno 4 milijone "otrok iz epruvete".







Odziv zdravniških organizacij na trenutne družbene razmere

Asist. Valentin Sojar, dr. med., MBA, FEBS, Zdravniška zbornica Slovenije
Prof. dr. Radko Komadina, dr. med., svet., Slovensko zdravniško društvo

Na redni majski seji vodstev zdravniških organizacij (Zdravniške zbornice, Slovenskega zdravniškega društva, Fidesa in Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov) smo se seznanili z novico, da je Ministrstvo za zdravje povabilo Svetovno zdravstveno organizacijo, da bi mu pomagala analizirati stanje v slovenskem zdravstvu. Seznanili smo se z dejstvom, da je ministrstvo k sodelovanju že povabilo nekatere zdravnike in zobozdravnike posameznike. Glede na trenutno medijsko poročanje pa smo novico sprejeli z mešanimi občutki.

Sklepamo, da bodo na podlagi analize pristopili k nujno potrebnim posodobitvam v zdravstvenem sistemu. Kljub nekaterim negativnim kazalnikom zdravniki v Sloveniji z manj denarja v absolutnih in relativnih zneskih glede na bruto domači proizvod trenutno vzdržujemo sistem še v kompenziranem stanju. Brez reformnega pristopa tega niti srednjeročno ne bomo več zmogli. Krajšanje časa, ki ga lahko namenimo za obravnavo posameznega bolnika, delo z amortiziranimi aparaturnami, popraviljanje cen navzdol za že opravljeno delo in podobne improvizacije – vse to vodi preko varnega roba izrabe notranjih rezerv ter do ogrožanja strokovne obravnave. Zdravniki ne želimo več molče prenašati povečevanja tveganja, ki se kaže z naraščanjem našega obremenjevanja v nedogled, saj bi to pomenilo, da se s tem strinjamo in da ne vidimo v tem nič napačnega.

Zato je Koordinacija zdravniških organizacij na seji 5. maja 2015 sklenila soglasno podpreti zahteve, ki jih je postavil Fides. Zahteve niso niti sindikalistične niti politične. Ignoriranje že sprejetih in v Modri knjigi objavljenih standardov in normativov za zdravniško delo leta 2011 pomeni ogrožanje varnega strokovnega dela in kaže žaljivo podcenjevanje vrednosti zdravniškega dela.

Že omenjeni dokument analize zdravstvenega sistema v RS Koordinacija zdravniških organizacij razume in sprejema le v kontekstu, da bi strokovna združenja in sekcije Slovenskega zdravniškega društva, Zdravniško zbornico in ostale zdravniške organizacije ministrstvo moralo vabiti k sodelovanju kot organizacije in ne kot posameznike. Zakaj ne zaupati domačim organizacijam?

Ob projektu nikakor ne moremo mimo dejstva, da so zdravniške organizacije že pred letom in pol sprejele dokument Strategija za izhod zdravstva iz krize, ki je bil objavljen in predlagan v javno obravnavo. O dokumentu do sedaj ni bilo širše in argumentirane razprave! Dokument ne le, da ponuja analize, temveč predvsem predlaga dejanske rešitve.

Zdravniške organizacije javno vabimo gospo ministrico k sodelovanju kot kompetentni poznavalci zdravstvenega sistema in zavedni državljanji. Želimo izboljšati zdravstveni sistem, da bo bolj prijazen in varen za bolnika in zdravnika in vzdržen za državo. Ali res potrebujemo drage tuje svetovalce?

Uvodnik

- 3** Odziv zdravniških organizacij na trenutne družbene razmere
*Valentin Sojar,
Radko Komadina*

K naslovnici revije

- 6** Razvoj porodništva
*Kristina Janežič,
Zvonka Zupanič Slavec*

Zbornica

- 10** Novi Pravilnik o denarni pomoči zbornice
Božidar Visočnik
- 12** Zobozdravniki smo temeljni nosilci zobozdravstvene dejavnosti
Sabina Markoli
- 12** Evropska Domus Medica v Bruslju

Aktualno

- 13** Pripombe na pravilnik o službi nujne medicinske pomoči
Dušan Vlahović
- 20** Nasilje v družini in zdravstvo: prepoznavajmo ga in ukrepajmo
- 21** 13. sestanek ENMCA
Tina Šapec

Iz Evrope

- 26** »Ih doktor du pacient«
Boris Klun
- 26** Finska: zdravstvena in socialna reforma zavrjnena

Zdravstvo

- 27** Urejanje področja redkih bolezni v Evropi in Sloveniji
Mojca Žerjav Tanšek

Mladi zdravniki

- 32** Ko se naležeš Vasco da Gama »virusa« ...
Barbara Ifko
- 34** Čez lužo po novo znanje
Petra Bukovec

Forum

- 36** Kako vzgajamo svoje naslednike?
Eldar M. Gadžijev
- 38** Moj utrinek ob okrogli mizi o obveznem cepljenju »Uspešno cepljenje je pokopalo samo sebe«
Marjeta Tomšič Matič
- 40** Dolge čakalne dobe samo podražijo zdravstvo
Marjan Fortuna

Intervju

- 42** To je izziv za našo generacijo
Polona Lečnik Wallas



Medicina

- 44** Okužba z bakterijo *Helicobacter pylori* – od gastritisa do raka želodca
Bojan Tepeš
- 45** Pojavljanje ošpic v okolju, kjer je precepljenost visoka in ni kroženja divjega virusa
*Tatjana Freljh,
Marta Grgič Vitek*
- 49** Poraba alkohola: primer Slovenije
*Mercedes Lovrečič,
Barbara Lovrečič*

- 52** Kaj po amalgamu?
Matjaž Rode

Poročila s strokovnih srečanj

- 54** Drugi evropski dan žil
Matija Kozak
- 55** Prvi mednarodni Alpe - Adria ortodontski simpozij
Vinka Rajković
- 56** O dveh sestankih Evropskega združenja porodničarjev in ginekologov (EBCOG)
Živa Novak Antolič

Strokovna srečanja

- 60** Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike
- 62** Strokovna srečanja
- 67** Mali oglasi

Iz zgodovine medicine

- 70** Žolčni kamni – 2. del
Arpad Ivanecz

Obletnica

- 76** Jeseniško zdravstvo praznuje
Neža Hrastar

S knjižne police

- 78** Razni avtorji: Gibanje je zdravje. Zbornik prispevkov o pomenu telesnega gibanja za zdravje
Marjan Kordaš
- 79** Joshua Fields Millburn, Ryan Nicodemus: Minimalizem. Živeti s smislom
Nina Mazi

Zanimivo

- 81** Moj zdravnik ... devetnajstič
Marko Demšar

- 83** Botanično-anesteziološki dogodek – zasaditev hruške v spomin prof. dr. Darinki Soban, dr. med.

Marija Cesar Komar

- 85** Tiskana knjiga ali elektronska knjiga – je to sploh še vprašanje?

Polona Lečnik Wallas

Zdravniki v prostem času

- 87** Pokončni likovni sejalec
Mirjam Horvat Četina

- 88** Slowind
Jasna Čuk Rupnik

- 89** 42. Svetovno prvenstvo zdravnikov in farmacevtov v smučanju
Jasna Čuk Rupnik



- 91** Z barvitimi slikami, glasbeno vedrino in empatijo do topline v bolnišnici
Ksenija Slavec

- 94** Bili smo na Tolminskem ...
Mojca Kos Golja

Zavodnik

- 97** Zamolčana plat
Vojko Flis

Kolofon

Leto XXIV, št. 6, 1. junij 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@zgs-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@zgs-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@zgs-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@zgs-mcs.si

TISK

Tiskarna Povše

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

Lastnik blagovne znamke:

Zdravniška zbornica Slovenije
Dunajska cesta 162
1000 Ljubljana

Navodila avtorjem

Rok oddaje vseh prispevkov za objavo v reviji Isis je do 5. v mesecu za naslednji mesec. Članke oddajte v elektronski obliki. Dolžina člankov je omejena na 25.000 znakov – štetje brez presledkov. V kolikor bi radi v članku objavili tudi fotografije, naj bo članek sorazmerno krajši – 1000 znakov brez presledkov za vsako objavljeno fotografijo. Za objavo so primerne digitalne fotografije, velike vsaj 1500 × 1200 točk, to je okoli 2 milijona točk. Ločljivost najmanj 300 dpi. Če ste članek napisali po naročilu farmacevtskega ali drugega podjetja in če v članku obravnavate farmacevtske izdelke ali medicinsko opremo, morate navesti konflikt interesov. Ker določene rubrike honoriramo, pripišite polni naslov stalnega bivališča, davčno številko, davčno izpostavo, popolno številko transakcijskega računa in ime banke.

Poročila s strokovnih srečanj

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

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

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

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

Razvoj porodništva

Zunajtelesna oploditev in nobelovec Robert Edwards

Kristina Janežič, dr. med.,

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

Od rojstva prvega »otroka iz epruvete« leta 1978 je minilo 37 let in od takrat se je po svetu s pomočjo zunajtelesne oploditve (ZTO) rodilo že približno 6 milijonov otrok. V Sloveniji sta se prva otroka rodila leta 1984. Leta 2014 je v Sloveniji delež otrok, spočetih z oploditvijo z biomedicinsko pomočjo, že 4 odstotke, pri čemer je pred nami le še Danska. Rutinska uporaba postopkov ZTO z natančno izdelanimi protokoli je danes skoraj samoumevna in večkrat pozabimo na njeno težavno in dolgoletno razvojno pot.

V članku predstavljamo razvoj ZTO od prvih zamisli o oplojevanju jajčnih celic zunaj telesa s konca 19. stoletja preko poskusov na različnih živalih in končno do prve nosečnosti pri ženski in rojstva prvega otroka v Veliki Britaniji. Raziskovalci in zdravniki iz drugih držav – predvsem Avstralije in Združenih držav Amerike – so v 70. in 80. letih 20. stoletja pomembno prispevali k napredku področja, vendar bi pregled vsega takratnega dogajanja presegel okvir tega zapisa. V razvojnem obdobju se je metoda spreminjala in doživela številne inovativne izboljšave. Prav tako se je odnos znanstvenih in laičnih krogov iz začetnega skepticizma, neodobravanja in celo odklanjanja večinoma spremenil in končal s skoraj popolno potrditvijo in sprejemanjem. Pionir postopka ZTO Anglež Robert Edwards (1925–2013) je

za svoje znanstveno delo leta 2010 prejel Nobelovo nagrado za fiziologijo ali medicino.

ZTO je področje medicine, ki po svoji naravi buri duhove in sproža številna pravna in etična vprašanja. Iz biološkega zornega kota pa je to metoda oploditve, ki je marsikateremu paru s prej neuresničeno željo po otrocih le-to izpolnila.

Problem neplodnosti

Ohranitev biološke vrste je ena izmed prvobitnih želja človeka. Poznavanje zgodovine neplodnosti kaže na razsežnost problema. Zanositev in nosečnost sta kot težko razumljiva pojava skozi zgodovino človeštva zbujala zanimanje. Nič drugače ni bilo z **neplodnostjo**, ki je veljala za prekletstvo in je že Aristotel o tem napisal delo »O nezmožnosti spočetja«. Jalova ženska je bila nezaželena, o moški neplodnosti pa se ni razmišljalo.

Sodobna medicina se v zadnjega pol stoletja intenzivno ukvarja s problemom **neplodnosti**. Poleg vedno boljšega odkrivanja vzrokov neplodnosti je vpeljala tudi številne nove pristope zdravljenja. Pomemben napredek predstavlja spoznanje, da vzrok neplodnosti ni samo pri ženski, ampak je v enakem deležu lahko prisoten tudi pri moškem. Tako se ne obravnava več neplodne ženske, ampak **neplodni par**. Zdravljenje neplodnosti je lahko medikamentno, kirurško in kot zadnje s postopki zunajtelesne oploditve. Slednje je postopek, pri katerem jajčne celice oplodijo s semenom zunaj telesa. Gre za eno izmed pomembnejših metod oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP), ki jo uporabljajo takrat, ko so druge medikamentne in kirurške možnosti izčrpane.

Prve zamisli

Dolgoletne želje po rešitvi problema neplodnosti so raziskovalce že ob

koncu 19. stoletja pripeljale do ustvarjalnih zamisli, kako bi jajčno celico eksperimentalno oplodili s semenom. Idejno delo je znanstvenike preko številnih zaprek korakoma vodilo do materializacije zamisli. Med leti **1878–1959** so raziskovalci poskušali **in vitro oploditi jajčne celice** različnih vrst sesalcev. O tem obstaja obsežna dokumentacija in veliko poročil o uspešnih oploditvah, na katere z vidika današnjega znanja stroka gleda z zadržanostjo. Raziskovalci in zdravniki so se na več kot stoletje dolgi poti morali dokopati do **spoznanj o menstruacijskem ciklusu, zorenju jajčnih celic, kapacitaciji semenčic, gojiščih itd ...** Poznavanje **fiziologije, bioke-mije in morfologije oploditve** sesalcev je bilo zelo pomanjkljivo v primerjavi z znanjem o dvoživkah in morskih ježkih. To lahko pripišemo dejstvu, da se oploditev in razvoj zarodkov pri človeku dogajata znotraj telesa, zato sta težje dostopna za raziskovanje. Dodatno oviro pri popolnem zgodovinskem pregledu predstavlja dejstvo, da je bilo veliko pomembnih raziskav opravljenih še v dobi pred elektronskimi zbirkami, kot so npr. *Medline* ali *PubMed*, nekatera poročila pa so bila objavljena v virih, ki niso katalogizirani v teh zbirkah.

Prvo oploditev jajčnih celic zunaj telesa pri kuncu je na Dunaju opravil **S. L. Schenk** že pred letom **1880**. Prenos zarodka pri kuncih pa je 1890 prvi opravil Avstralec Walter Heape. Zgodnje zarodke je pridobil z izpiranjem jajcevodov s fiziološko raztopino. Zarodke je nato prenesel v drugo samico, ki je donosila in skotila mladiče.

Ameriški biolog poljsko-judovskih korenin **Gregory Pincus** (1903–1967), ki je leta 1960 predstavil kontracepcijsko tabletko, je leta 1930 poročal o svojih prvih poskusih ZTO na kuncih, ki jih je izvajal v ustanovi *School of Agriculture* v angleškem Cambridgeu. Jajčne celice je zmešal s semenom in prenesel v jajcevode, vendar so bili vsi poskusi neuspešni. Ko se je Pincus vrnil na univerzo v

Harvardu, je delo nadaljeval z Ernstom V. Enzmannom. Tako sta leta 1934 poročala, da sta združila jajčne celice in semenčice kuncev ter jajčne celice po spiranju prenesla v jajcevode nadomestne matere, ki je skotila žive mladiče. Le-ti so kazali značilnosti genetske in ne nadomestne matere. Danes vemo, da je oploditev verjetno potekala *in vivo*. Odstranitev adherentnih spermijev iz sveže ovuliranih jajčnih celic je zahtevna in tako je možno, da so bile jajčne celice oplojene po prenosu, *in vivo*, saj je bil časovni interval med koinkubacijo gamet *in vitro* in prenosom le 20 minut. Enak problem se je pojavil pri raziskavi, kjer je O. Venge (1953) ponovil eksperiment, čeprav je počakal s prenosom tri ure in pol.

Leta **1932** je izšla knjiga **Brave new world** (Krasni novi svet) pisatelja **Aldousa Huxleyja**. V tem znanstvenofantastičnem romanu je avtor realistično opisal tehniko ZTO, ki se je razlikovala od današnje samo po tem, da so se zarodki v celoti razvili v steklenih posodah, v procesu, ki ga je avtor imenoval »ektogeneza«. Ravno Huxleyjev roman in poskusi G. Pincusa ter pogovori z njim so nagovorili znanega harvardskega ginekologa Johna Rocka, da je poskušal *in vitro* oploditi jajčne celice. Predstavljal si je, da bi tako reševal probleme neplodnosti, s katerimi se je srečeval v vsakodnevni praksi. Sodelovati je začel z **Miriam Menkin** in pridobil je več kot **800 jajčnih celic pri bolnicah**, ki jih je operiral iz različnih razlogov; 138 od teh sta *in vitro* združila s spermiji. Za razliko od prej omenjenih raziskovalcev nista takoj združila gamet. V raziskavi nista opravila niti predvidela prenosa oplojenih jajčnih celic. Rock je opustil projekt, ker je ocenil, da je neizvedljiv.

Prva oploditev in vitro pri človeku je bila prepričljivo dokazana s penetracijo semenčice, izločanjem polarnih teles in tvorbo pronukleusov leta **1969**. **Robert Edwards** je zapisal: »Zorenje in oploditev človeških jajčnih celic je poteklo *in vitro*. Tako oplojene jajčne celice bi lahko

uporabili v določene klinične in znanstvene namene.«

Step toe in Edwards – sanjska sodelavca

Leta 1968 sta se srečala Angleža **Robert Edwards** (1925–2013) in **Patrick Steptoe** (1913–1988). Kdo sta bila človeka, ki sta spremenila svet?

Step toe, ginekolog in porodničar, se je še posebej zanimal za neplodnost. Razvijal in izpopolnil je **laparoskopsko tehniko**, vendar je njegovo pionirsko delo takrat poželo veliko kritik. Njegovi kolegi so laparoskopijo označili za »nevarno« in neperspektivno kirurško metodo. Leta 1967 je objavil učbenik »**Laparoscopy in Gynaecology**«, po katerem so se v Združenem kraljestvu izobraževali vsi specializanti ginekologije tistega časa. S pomočjo laparoskopije je neposredno opazoval ženske medenične organe in objavil več člankov na to temo.

Edwards je bil fiziolog. Svoje raziskovalno delo je začel leta 1951 na ustanovi *The Institute of Animal Genetics* na Univerzi v Edinburgu na Škotskem, kjer je raziskoval mišje jajčne celice in zarodke. Leta 1958 se je zaposlil v ustanovi *National Institute for Medical Research* v Londonu in pričel raziskovati *in vitro* zorenje človeških jajčnih celic ter **razmišljal o možnosti *in vitro* fertilizacije človeških gamet**. S svojim znanjem iz reprodukcije živalskih vrst in na osnovi lastnih dosežkov ter dosežkov drugih raziskovalcev tistega časa (npr. Changa, ki je 1959 izvedel ZTO na zajcih), **je verjel v možnost ZTO pri človeku**. Prepričan je bil, da se iz tako pridobljenih zarodkov lahko rodi zdrav otrok brez razvojnih nepravilnosti, na kar so kazali tudi opravljeni poskusi pri različnih živalskih vrstah. V naslednjih letih je Edwards delal na Univerzi v Cambridgeu, kjer je sodeloval z dvema pomembnima raziskovalcema s področja živalske reproduktivne fiziologije, Alanom Parkesom in C. R. Austinom. V tem obdobju je še

vedno intenzivno **preučeval zorenje jajčnih celic**.

Leta 1964 je Edwards šest tednov gostoval na Univerzi John Hopkins v Baltimoru, ZDA, kjer je delal skupaj z zdravnikom Howardom in Georgeanno Jones. Poskušal je *in vitro* oploditi človeške jajčne celice. Celice je priskrbel Jones iz rezin jajčnikov, ki jih je večinoma pridobil pri klinastih resekcijah policističnih jajčnikov. Takrat z Jonesom nista objavila, da jima je **uspelo oploditi človeško jajčece *in vitro***, ker v citoplazmi nista videla repka semenčice. Jones je kasneje zapisal, da sta ponovno pogledala slike in ugotovila, da je do oploditve dejansko prišlo že leta 1964. Na ponovno pregledani sliki sta bila vidna dva pronukleusa, kar tudi danes velja za zadosten dokaz oploditve.

Ko se je Edwards ponovno vrnil v Cambridge, je imel težave s pridobivanjem jajčnih celic. Izvedel pa je, da je Patrick **Step toe razvil laparoskopsko tehniko** aspiriranja foliklov. Raziskovalca sta se srečala 1968 na združenju *Royal Society of Medicine* v Londonu, kjer je Steptoe predaval o laparoskopiji in kolegom pokazal laparoskopske slike jajčnikov. Steptoe je Edwardsov **predlog o sodelovanju z navdušenjem sprejel** in začelo se je dve desetletji trajajoče uspešno sodelovanje.

V letih 1968–1978 sta Steptoe in Edwards delala v bolnišnici *Dr Kershaw's Cottage Hospital* v kraju Royton pri Oldhamu. Delo je bilo zahtevno, a korak za korakom sta premagovala težave in trdo delo je obrodilo pomembne sadove. Iz foliklov sta pod neposrednim nadzorom laparoscopa prva aspirirala jajčne celice, pred tem pa sta **jajčnike spodbujala z gonadotropini**. Prva na svetu sta poročala o **uspešni *in vitro* oploditvi**. Objavila sta številne članke o rasti foliklov, ovulaciji, **oploditvi in ugnedditvi**.

Leto 1972 predstavlja nov mejnik, saj sta raziskovalca začela s **prvimi prenosi zarodkov v maternico**. Sledilo je težavno obdobje, saj nobena

od njunih 40 pacientk ni zanosila.

Prva nosečnost leta 1976, dosežena s prenosom ene same blastociste, se je končala z zunajmaternično nosečnostjo. In potem se je zgodilo: **po sto dveh neuspešnih prenosi zarodkov** je v naravnem menstrualnem ciklusu, s prenosom enega samega osemceličnega zarodka, **zanosila in donosila Lesley Brown**. Leta 1976 je prišla k Steptoeju z večletno anamnezo neplodnosti zaradi tubarnega vzroka neplodnosti. Deklico **Louise Brown, prvega otroka, spočetega z metodo ZTO**, je 25. julija 1978 s carskim rezom porodil sam Steptoe. Z njenim rojstvom se je začelo novo poglavje v reproduktivni medicini. Steptoe in Edwards sta novico oznanila svetu s skromnim dopisom v reviji *Lancet*. Mediji so novico pograbili in Louise Brown je pristala na naslovnih širih po svetu; poimenovali so jo **»otrok stoletja«** oziroma **»britanski čudež«**. Na veliko zadovoljstvo vseh vpletenih raziskovalcev je bila čisto običajen, zdrav novorojenček. Pot do prvega **»otroka iz epruvete«** sta Steptoe in Edwards popisala v knjigi **»A matter of life«**.

Step toe in Edwards sta ob predstavitvi svojega dosežka na britanskem združenju ginekologov in porodničarjev *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* prvič v zgodovini te institucije doživela ovacije stoječega auditorija. Stroka je načeloma stala na njuni strani, niso pa vsi novice sprejeli z navdušenjem. Kritike so prihajale predvsem iz različnih konservativnih krogov, ki so dogodek označili za moralno napako in nekaj, kar lahko ima zelo hude posledice za človeštvo. Celoten eden izmed odkriteljev dvojne vijačnice DNA James Watson je izjavil: »To je poigravanje z infanticidom.«

Januarja 1979 se je rodil drugi **»otrok iz epruvete«**. Kljub uspehom v naslednjih dveh letih nobena institucija v Veliki Britaniji ni želela financirati nadaljnjih raziskav in nadaljevati kliničnega dela. Ker raziskovalcema Steptoeju in Edwardsu nihče ni želel

pomagati pri postavitvi klinike, sta to storila sama. V vasi Bourn blizu Cambridgea sta ustanovila kliniko **Bourn Hall Clinic**, ki je odprla svoja vrata v septembru **1980** in tako postala **prvi center za zunajtelesno oploditev na svetu**.

V naslednjih letih se je uspešnost postopkov ZTO v Bourn Hallu izboljševala. V času od oktobra 1980 do septembra 1982 sta opisovala 16,5-odstotno klinično stopnjo nosečnosti, 1983 pa že skoraj 30-odstotno. Do leta 1986 se je na svetu z metodo ZTO rodilo že okoli 2.000 otrok, polovica v Bourn Hallu. O prvih 500 rojstvih je ekipa iz Bourn Hall napisala odmevni članek. Leta **1982** je bila klinika Bourn Hall prizorišče **prve konference o ZTO**, na kateri se je zbralo okoli 30 pionirjev ZTO iz vsega sveta in v sproščenem vzdušju delilo svoja dotedanja doživanja.

Stepoe in Edwards sta bila v naslednjih desetletjih počaščena s številnimi nagradami in častmi. Največje priznanje pa je **2010 dobil Edwards – Nobelovo nagrado** za fiziologijo ali medicino. Stepoe je umrl že leta 1988. V literaturi so zapisane izjave sodelavcev in znancev, ki označujejo **Edwardsa za vizionarja**. Že v osemdesetih letih prejšnjega stoletja je poleg ZTO razmišljal o potencialu **matičnih celic za regeneracijo tkiv** in predimplantacijski genetski diagnostiki.

Zunajtelesna oploditev v Sloveniji

V Sloveniji so se ginekologi porodničarji ob prvem rojstvu otroka iz epruvete takoj pozitivno odzvali. Že leta **1982** je akad. **Lidija Andolšek Jeras** (1929–2003) **ustanovila skupino za ZTO**. Poleg Ginekološke klinike Ljubljana sta se v projekt ZTO vključila še Inštitut za mikrobiologijo Medicinske fakultete v Ljubljani pod vodstvom prof. dr. **Miše Likarja** in Inštitut za nuklearno medicino Kliničnega centra Ljubljana pod vodstvom prof. dr. **Bojana Varla**.

Aprila **1983** je delovna skupina obiskala kliniko za ZTO v **Erlangnu** in 25. maja 1983 izvedla prvi postopek ZTO. Prva nosečnost po ZTO se je oktobra 1983 končala s spontanim splavom. Leto kasneje, 5. oktobra **1984**, pa sta se **rodili prvi dvojčici, spočeti zunaj materinega telesa**. Pionirsko delo pri uvedbi klasičnega postopka ZTO je opravila skupina ginekologov porodničarjev, bodočih profesorjev: **Tomaž Tomaževič, Helena Meden Vrtovec, Martina Ribič Pucelj** in prim. mag. **Marija Pompe Tanšek** (vsi klinični del), ter mikrobiologov: **Helena Hren Vencelj** in **Ines Bernjak** (laboratorijski del). Leta 1983 je imenovana skupina prejela nagrado Sklada Borisa Kidriča za oploditev jajčnih celic *in vitro* in prenos zarodka. Med nagrajenimi je bila tudi Žarka Žemva.

V Sloveniji se je v treh centrih, v **Ljubljani, Mariboru in Postojni**, od rojstva prvih dvojčic leta **1984 do leta 2014** rodilo že okoli **13.000 otrok po postopkih ZTO**. V poročilu Evropskega registra za IVF (*European IVF Monitoring – EIM*) je bila leta 2009 Slovenija **sedma po dostopnosti ZTO** (število postopkov ZTO, postopkov intracitoplazemskega injiciranja spermija – ICSI in prenosov odmrznjenih zarodkov na milijon prebivalcev); **delež rojstev otrok** iz postopkov ZTO je v letu 2013 v Sloveniji znašal **4 odstotke, kar je bil najvišji delež v Evropi**. V 30 evropskih državah, ki so leta 2005

sodelovale v registru, je podatke posredovalo 923 klinik, naslednje leto pa 998 klinik iz 32 držav. Vse to kaže na hiter porast postopkov OBMP. Danes se v Sloveniji po postopkih zunajtelesne oploditve rodi nekaj več kot 4 odstotke otrok, kar nas uvršča v sam evropski vrh, neposredno za prvouvrščeno Dansko.

V Sloveniji plača država 6 postopkov IVF in še nadaljnje 4 za vsako rojstvo. IVF pa zaradi visoke strokovnosti osebja v vseh treh slovenskih centrih postaja tudi vse prijaznejši do žensk z zniževanjem odmerkov zdravil in krajšanjem postopkov. Izogibajo se večplodnim nosečnostim, nove možnosti pa IVF ponujajo tudi ženskam, zbolelim za rakom, ki potrebujejo kemo- oz. radioterapijo. Med terapevtskimi cikli lahko pridobijo jajčne celice in jih zamrznejo za kasnejši čas.

Sklep

Naraščanje neplodnosti (15 odstotkov nepodnih parov v Evropi), predvsem na račun **odlaganja starševstva na kasnejša leta, debelosti in spolno prenosljivih boleznih**, ter vedno prisotne želje po otroku bodo tudi v bodoče vzrok za pospešeno uporabo in nadaljnji razvoj postopkov ZTO. V luči razmaha postopka in možne zlorabe, tudi na račun njegove komercializacije, se je treba ves čas truditi, da bodo **pravni in etični vidiki** tega področja čim bolj dorečeni in enotni. Postopek ZTO je marsikateremu paru po svetu pomembno spremenil življenje z uresničitvijo sanj o otroku. Poti nazaj ni, ampak je močno začrtana naprej. Lahko pa se upravičeno sprašujemo, s čim in kdaj nas bo razvoj medicine spet tako presenetil in vznemiril, kot je to bilo ob pričetku kliničnega izvajanja postopkov zunajtelesne oploditve.

Za strokovno pomoč se zahvaljujemo vodji Kliničnega oddelka za reprodukcijo UKC Ljubljana, prof. dr. **Edi Vrtačnik Bokal**.

Literatura je pri avtoricah.



Prva ekipa strokovnjakov z Ginekološke klinike UKCL, ki je sodelovala pri rojstvu prvega otroka, porojenega z zunajtelesno oploditvijo pred tremi desetletji (arhiv: Ginekološka klinika UKCL).

Novi Pravilnik o denarni pomoči zbornice

Odbor za socialno-ekonomska vprašanja si je v tem mandatu med drugim zastavil tudi nalogo prenove Pravilnika o skrbstvenem skladu, veljavnega od 8. 1. 2009, saj se je v praksi pri izvajanju pravilnika pokazalo, da so nekatera njegova izhodišča zastarela oz. neučinkovita. To nas je pogosto oviralo pri naši želji, da članom nudimo čim ustrežnejšo pomoč. Cilji posodobitve pravilnika so bili: prijaznost do članov oz. upravičencev, enostavnost, omejitev pretirane pravnega reguliranja, doseganje pozitivnega učinka pri članstvu ter uveljavitev diskrecije Odbora za socialno-ekonomska vprašanja, ki naj temelji na objektivnosti in pravičnosti.

Zaradi velikega obsega predvidenih sprememb smo pripravili nov pravilnik, ki nadomešča dosedanjega. Novi pravilnik nosi tudi novo ime, ki je neposredno povezano z namenom

pravilnika ter tudi ustrežneje odraža dejansko stanje, saj se sredstva, namenjena denarni pomoči, vodijo kot posebna računovodska postavka in ne v obliki sklada.

Pravilnik je bil sprejet na seji izvršilnega odbora zbornice dne 5. 5. 2015 in je s tem dnem tudi pričel veljati.

Najpomembnejše novosti novega pravilnika so:

- uvedla se je možnost podelitve mnogo višje denarne pomoči, kot je to omogočal prejšnji pravilnik;
- razlog za podelitev pomoči je katastrofični dogodek: hujša bolezen, poškodba, finančna stiska, smrt;
- ukinja se povratna pomoč članom – posojilo;
- denarna pomoč vsem otrokom umrlih članov (tudi štipendije dijakom in študentom) se trans-

formira v pomoč, ki se izplačuje enkrat letno, pri čemer že obstoječe štipendije ostajajo v veljavi do njihovega izteka;

- poudari se diskrecija Odbora za socialno-ekonomska vprašanja: ta odloča po načelu proste presoje dokazov.

Upravičenci do denarne pomoči so člani v primeru hujše bolezni ali poškodbe ali v primeru hujše finančne stiske v družini člana oz. otroci člana v primeru smrti člana.

Novi Pravilnik o denarni pomoči si lahko ogledate na spletnih straneh zbornice.

*Odbor za socialno-ekonomska vprašanja
Božidar Visočnik, dr. med.
predsednik*



8. mednarodni kongres novih tehnologij v stomatologiji

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

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

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

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



Zobozdravniki smo temeljni nosilci zobozdravstvene dejavnosti

Zobozdravniki smo ne samo poklicani, temveč tudi usposobljeni, da zdravimo in skrbimo za ustno zdravje svojih pacientov. V svojem bistvu smo tudi varuhi, skrbniki in tolažniki naših pacientov – ne samo v ozkih strokovnih okvirih, temveč v celotni mavrici življenja.

Kot izvajalci zobozdravstvene dejavnosti s kar največjo odgovornostjo negujemo odnos z bolniki, hkrati pa upoštevamo pravila zdravstvenega sistema. Zato večkrat nastopamo tudi v vlogi odvetnika svojih pacientov, ki tavajo po labirintu administrativnih ali komunikacijskih ovir zdravstvenega sistema, ko vsak dan pojasnjujemo pacientom, kaj jim po pravilih osnovnega zavarovanja ZZZS ne pripada in zakaj so čakalne dobe.

Navidezna nedostopnost in čakalne dobe v javnem zobozdravstvu nastajajo zaradi podcenjenosti in

premalo sredstev, ki jih država oz. plačnik ZZZS namenja za zobozdravstvo. Prav tako je premajhno število programov zobozdravstvene dejavnosti; teh je v Sloveniji 1100, število aktivnih zobozdravnikov pa je 1380, kar pomeni, da je zobozdravnikov dovolj in da smo po številu že nad povprečjem držav EU. Zaostajamo pa v sredstvih, ki jih namenjamo za zobozdravstvo – v državah EU je teh za 1,4 % BDP, v Sloveniji pa za 0,14 % BDP.

Nekatere izjave zobotehnice, objavljene v Jani pod naslovom Ali koncesionarji potaplajo zobozdravstvo?, kažejo na popolno nepoznavanje in nerazumevanje problematike izvajanja zobozdravstvene dejavnosti. Zobotehniki so naši sodelavci, zato bi lahko pričakovali, da se na splošno vedejo spoštljivo in korektno ter ne

zavajajo javnosti z neresničnimi in zavajajočimi navedbami.

Zobozdravniško delo je izjemno težko in zahtevno, zanj je potrebno veliko znanja, stalno strokovno izpopolnjevanje, da lahko sledimo novim tehnologijam, natančno delo in izjemne spretnosti, o katerih težko sodijo in razpravljajo tisti, ki niso v neposrednem stiku s pacienti. Le čevlje sodi naj kopitar.

Na uredništvo revije Jana in na novinarko smo naslovili dopis, v katerem smo izrazili ogorčenje nad dopustitvijo objave neresnic in zavajajočih trditev.

*Odbor za zobozdravstvo ZZZS
Sabina Markoli, dr. dent. med.
predsednica*

Evropska Domus Medica v Bruslju

Evropska Domus Medica je svoja vrata odprla 10. aprila 2015, v njej pa ima prostore sekretariat Evropskega združenja zdravnikov specialistov (UEMS). Domus Medica Europaea je uresničenje dolgoletnih sanj UEMS-a in bo postala hiša vseh evropskih zdravnikov. Veliko zaslug za uresničitev te ideje ima tudi član Izvršilnega odbora UEMS in strokovni direktor Interne klinike UKC Ljubljana prof. dr. Zlatko Fras, dr. med., ki je ob odprtju Domus Medica prerezal slavnostni trak. Več na spletni strani www.uems.eu



Trije od štirih članov Izvršilnega odbora UEMS. Z leve: prof. dr. Romuald Krajewski (Poljska), prof. dr. Zlatko Fras, dr. med., in dr. Edwin Borman (Velika Britanija).

Pripombe na pravilnik o službi nujne medicinske pomoči

Priloga javni razpravi

Prim. mag. Dušan Vlahović, dr. med., UKC Ljubljana
dusan.vlahovic58@gmail.com

Splošne pripombe

Razvoj službe nujne medicinske pomoči je proces, ki traja že več kot 30 let. Pravilnik posega v izjemno občutljivo področje, na katerem imajo spremembe daljnosežne posledice, ki lahko povzročijo neposredno škodo bolnikom in poškodovancem ter ogrozijo tudi njihova življenja. Skrbi poseganje v mrežo službe nujne medicinske pomoči in v organizacijo bolnišnične urgence. Še posebej skrb zbujaajoče je neupoštevanje posebnosti terciarnih zdravstvenih ustanov, kot sta UKC Ljubljana in UKC Maribor.

Zato bi pričakovali, da je pravilnik oblikovan na jasnih strokovnih dokazih, ki so javno predstavljeni, v okviru javne razprave. Samo besedilo pravilnika ne more dokazati ničesar. V javno razpravo bi morali biti vključeni vsi strokovni argumenti, ki so uporabljeni pri snovanju pravilnika. Presoja teh strokovnih argumentov bi morali prepustiti širši strokovni javnosti, saj argumenti postanejo sprejemljivi, šele ko jih potrdi več neodvisnih strokovnjakov. Kot argumenti štejejo samo metodološko neoporečne študije, ki so po možnosti objavljene v resnih revijah. Interpretacija lastnih statističnih podatkov (v kolikor jih imamo) pa bi morala biti prepuščena strokovnim združenjem in strokovnjakom, ki imajo na tem področju dolgoletne izkušnje. Pavšalnih ocen strokovnjakov, ki jih *ad hoc* izbere politika, ne moremo v nobenem primeru sprejemati kot strokovne argumente ali stališče stroke.

Ukinitev posameznih predbolnišničnih enot oz. ukinjanja dežurnih mest za zdravnike v posameznih okoljih ni možno zagovarjati s strokovnimi kriteriji. Podaljševanje odzivnih časov ima za posledico večjo smrtnost in več zapletov, kar pa ceno, ki jo plačamo, samo poveča. V vsaj treh letos objavljenih študijah je odzivni čas, krajši od 6 do 8 minut, povezan z boljšim preživetjem (1–6). Kadar klic doseže dispečersko službo pred kolapsom bolnika in je zdravnik pravočasno pri bolniku, lahko srčni

zastoj tudi preprečimo (7). Tudi pri poškodovanih je krajši odzivni čas povezan z boljšim preživetjem, še posebej pri penetrantnih poškodbah in poškodbah glave (8–14). Prepuščanje oskrbe medicinskim tehnikom reševalcem je za Slovenijo velik korak nazaj. Čeprav niso vsi zdravniki dovolj večji posegov, ki so potrebni pri oskrbi življenjsko ogroženih bolnikov, ima zdravnik še vedno več znanja kot medicinski tehnik. Odreči zdravniško oskrbo določenemu delu prebivalstva zaradi ocen, ki imajo kvečjemu finančno in politično podlago, je popolnoma nesprejemljivo.

Oskrba poškodovancev (še posebej težkih poškodovancev) je v bolnišnici timsko delo. Za poškodovanca skrbi tim strokovnjakov. Nadomestiti ta tim s specialistom urgentne medicine, ki je bil v okviru svoje specializacije samo dva meseca na oddelkih za anestezijo in na oddelkih za intenzivno terapijo, nato pa deloval izključno v predbolnišničnem okolju, je za Slovenijo ravno tako velik korak nazaj. Urgentna medicina v bolnišnici je iz leta v leto bolj podobna intenzivnemu zdravljenju. Sedaj oskrbo politravmatiziranih poškodovancev vedno vodi izkušen anesteziolog. Anesteziologi že med svojo specializacijo delajo skoraj dve leti na različnih oddelkih za intenzivno zdravljenje, kjer so pogosto nosilci dela in ne samo opazovalci. Anesteziolog lahko postane vodja reanimacijskega tima šele 5 let po specialističnem izpitu. Torej, če ne želimo nazaj, je vloga specialista urgentne medicine v bolnišnični urgenci, blago rečeno, nejasna. Lahko gre kvečjemu za nepotrebni dodatek sedanjemu timu ali za nepotrebno vmesno postajo pri obravnavi hudo poškodovanih bolnikov.

Pripombe po posameznih točkah

3. člen (pomen izrazov)

V 3. členu se v pravilniku definirajo različni pojmi in zvezi z nujno medicinsko pomočjo. Ob

tem so posamezne definicije nejasne in dopuščajo različno razlago.

4. točka

»Izvajalec službe NMP je javni zdravstveni zavod, ki službo NMP izvaja v organizacijski obliki UC, satelitskega urgentnega centra (v nadaljnjem besedilu: SUC) in mobilne enote na terenu.«

Pojem javni zdravstveni zavod vključuje različne institucije, med ostalim tudi lekarnе. Če se UC ustanavljajo v okviru bolnišnic (sicer si ni možno predstavljati, kako naj skrbijo za bolnišnično urgenco), potem bi to, v tej točki, moralo biti jasno opredeljeno: »Izvajalec službe NMP so regionalne bolnišnice, UKC Ljubljana in UKC Maribor ...«

Ob tem se zastavlja vprašanje, kdo bo znotraj bolnišnic nosilec organizacije UC? Ali bodo to zdravniki, ki se že sedaj ukvarjajo z urgentno medicino v bolnišnici, ali pa zdravniki, ki so trenutno zaposleni v zdravstvenih domovih in bodo nato prerazporejeni v bolnišnice, da bodo tam lahko organizirali UC?

7. in 8. točka

»7. Nепреkinjeno zdravstveno varstvo (v nadaljnjem besedilu: NZV) v skladu z določbami tega pravilnika pomeni zagotavljanje zdravstvene dejavnosti v sklopu delovanja ambulantne družinske medicine, ki vključuje izvajanje rednega programa in dežurstva.

8. Nujna medicinska pomoč (v nadaljnjem besedilu: NMP) obsega izvedbo nujnih zdravstvenih storitev, katerih opustitev bi v kratkem vodila v nepopravljivo in hudo okvaro zdravja ali smrt pacienta«

Neprekinjenega zdravstvenega varstva ni možno omejiti samo na delo ambulant v zdravstvenih domovih, saj je delo v bolnišnicah (na različnih oddelkih) ravno tako del neprekinjenega zdravstvenega varstva. Nепреkinjeno zdravstveno varstvo je širši pojem, saj vključuje tudi nujno medicinsko pomoč. Kje so natančne meje, je težko določiti.

Pravočasna antibiotična terapija lahko prepreči nepopravljivo škodo pri določenih bolnikih, torej je predpisovanje antibiotika nujna medicinska pomoč. Če se spregleda akutni apendicitis, so lahko posledice hude, torej mora biti prepoznavna apendicitisa nujna medicinska pomoč.

Če te pojme v pravilniku ločujemo, jih je potem treba jasno definirati. Še posebej je pomembno, da se jasno definira obseg, v katerem se, če je to predvideno, v okviru NZV izvaja NMP, saj to vpliva na kadrovske in materialne normative.

16. točka

»Satelitski urgentni center (v nadaljnjem besedilu: SUC) je izvajalec predbolnišničnega dela službe NMP. SUC je strokovno in organizacijsko vezan na regionalni urgentni center. SUC se organizira, ko zaradi oddaljenosti in dostopnega časa ni mogoče organizirati izvajanje NMP v okviru UC«

Ker je SUC podrejen regionalnemu UC, pomeni, da celotno predbolnišnično NMP jemljemo iz rok zdravstvenih domov in jo podrejamo regionalnim bolnišnicam. Zopet je nejasno, kdo bo pravzaprav zaposlen v SUC, zdravniki zdravstvenega doma ali bolnišnični zdravniki?

19. točka

»Urgentni center (v nadaljnjem besedilu: UC) je izvajalec bolnišničnega in predbolnišničnega dela službe NMP, ki je namenjena oskrbi bolnih in poškodovanih pacientov, ki potrebujejo NMP in nujno zdravljenje.«

Obseg bolnišnične NMP ni opredeljen in ni jasno, kaj vse naj bi bolnišnična NMP zajemala. V grobem lahko ločimo dve skupini poškodovancev in bolnikov. Ena so hospitalizirani bolniki in poškodovanci, druga so pa tisti, ki še niso hospitalizirani. Pri obeh skupinah se pojavljajo nujna stanja, vključno s srčnim zastojem. Tradicionalno za te bolnike skrbijo bolnišnični zdravniki, specialisti posameznih specialnosti, največkrat

anesteziologi, kirurgi in internisti. Načrtovan obseg nove vsiljene organizacijske oblike je ob tem nejasen. Ni jasno, za katere bolnike in poškodovance skrbi UC in za katere bolnike preostanek bolnišnice. Zato bi bilo nujno opredeliti, kaj se pravzaprav misli pod bolnišnično nujno medicinsko pomočjo.

4. člen (organiziranost službe NMP)

2. točka

»Na bolnišnični ravni zdravstvene dejavnosti se izvaja služba NMP v UC. V sklopu UC deluje šest notranjih organizacijskih enot:

- Triaža in administrativni sprejem,
- Enota za poškodbe,
- Enota za bolezni,
- Enota za hitre preglede,
- Enota za opazovanje in nadzor,
- Mobilne enote NMP.«

Naštevaje imen posameznih enot pove zelo malo o organiziranosti UC in o funkciji posameznih delov. Na primer ni jasno, kje naj bi se izvajala oskrba življenjsko ogroženih in v kateri od enot se nahajajo/a reanimacijski prostori. Takšna organiziranost ne upošteva specifičnosti terciarnih ustanov, ki že sedaj razpolagajo s prostorskimi, kadrovske in materialnimi zmogljivostmi za dokončno kirurško oskrbo poškodovancev, vključno z operacijskimi in reanimacijskimi prostori. Vsiljevanje zgoraj opisane sheme bo prestavilo razvoj bolnišnične urgentne medicine za 30 let nazaj. Načrtovanje nove urgence v Ljubljani poteka že več kot 20 let in v tem času smo si nabrali več kot dovolj informacij in izkušenj, da vemo, da je predstavljeni koncept za UKC Ljubljana popolnoma nesprejemljiv.

6. člen (izvajanje službe NMP)

Ta člen je najbolj sporen člen celotnega pravilnika. V 2. in 3. točki predpisuje, kdo vse sme izvajati NMP v okviru UC.

»(2) V službo NMP v okviru rednega dela se vključujejo: zdravnik **specialist urgentne medicine** in

zdravnik **specialist družinske oziroma splošne medicine** z ustreznimi znanji in usposobljenostjo, ki so v Prilogi 3 tega pravilnika.

(3) V službo NMP se lahko vključijo tudi ostali zdravniki, ki so usposobljeni za izvajanje NMP, v skladu s prilogo iz prejšnjega odstavka.«

Glede na ta pravilnik nihče od specialistov, ki sedaj izvajamo nujno medicinsko pomoč znotraj bolnišnice, v bodoče tega ne bi smel početi. Kot je že uvodoma rečeno, bomo time strokovnjakov nadomestili z zdravniki, ki imajo v svoji specializaciji komaj nekaj mesecev kroženja na ustreznih oddelkih in nekaj reanimacijskih tečajev. To bo za slovensko medicino resnično velik korak nazaj. Iz tega pravilnika sledi, da zdravnik anesteziolog, ki je inštruktor na vseh tečajih, ki so s Prilogo 3 predvideni v UC, ne more delati (ker ni dovolj usposobljen!!!!????), njegovi učenci, katerih znanje je omejeno na tečaje iz Priloge 3, pa lahko.

»Priloga 3: Seznam ustreznih znanj in usposobljenosti za izvajanje službe NMP

1. Za ustrežna znanja in usposobljenost zdravnika za delo v službi NMP se šteje:

- a) če ima zdravnik opravljene vse spodaj naštetih tečaje z aktualno veljavnostjo:
 - tečaj dodatnih postopkov oživljanja za odrasle (ALS),
 - tečaj dodatnih postopkov oživljanja za otroke (APLS ali EPLS),
 - tečaj oskrbe poškodovanca (ITLS lahko tudi ATLS ali ETC),
 - tečaj urgentnega UZ (npr. WINFOCUS),
 - tečaj MRMI;

b) če zdravnik opravi dodatno usposabljanje s področja NMP po programu v Prilogi 4 tega pravilnika;

c) če ima zdravnik opravljene nekatere tečaje, manjkajoča področja pa opravi na usposabljanju iz prejšnje točke.«

Popolnoma neresno in neodgovorno je trditi, da je katerikoli specialist družinske medicine ali splošne medicine, ki opravi zgoraj navedene tečaje, usposobljen za izvajanje bolnišnične urgentne medicine. Povrhu vsega si snovalci pravilnika dovolijo, da nejasno definirajo tečaje, tako da se pod tečajem dodatnih postopkov oživljanja lahko skriva katerikoli tečaj dodatnih postopkov oživljanja.

Tečaj dodatnih postopkov oživljanja, ki ga je Slovenski svet za reanimacijo pričel izvajati v maju 2001, ima uraden naziv: European Resuscitation Council Advanced Life Support Provider Course. Ta tečaj izvajajo posebej usposobljeni inštruktorji, njegova kakovost je zagotovljena z natančnim nadzorom kakovosti in ga na enak način izvajajo povsod po Evropi. Certifikat tečaja, ki ga izdamo v Sloveniji, je veljaven kjerkoli v Evropi, pa tudi izven nje. Kljub vsemu gre za dva- ali tridnevni tečaj, ki nikakor ne more nadomestiti specializacije in let izkušenj. Posameznih zahtevnejših posegov ta tečaj niti slučajno ne more naučiti. Da nekdo postane strokovnjak za intubacijo, na primer, so potrebna leta in tisoči primerov.

Enako ali celo bolj velja za tečaj oživljanja otrok. Celotni pediatri imajo s posameznimi posegi težave in redno prosijo za pomoč anesteziologe. Kako je potem lahko oskrba politravmatiziranega otroka prepuščena komu, ki je opravil dvodnevni tečaj?

Pri vsem je najbolj zanimivo, da je tečaj, izbran za učenje oskrbe poškodovancev (ITLS), namenjen paramedikom in predbolnišnični oskrbi. S tem tečajem si v bolnišničnem okolju ni možno pomagati, saj je vsebinsko usmerjen v predbolnišnično okolje. Poleg tega pa oskrba poškodovancev v bolnišničnem okolju zahteva leta izkušenj in strokovno znanje na različnih področjih. Napake poškodovanci plačujejo z življenji, davkoplačevalci pa z denarjem.

Alternativa tečajem je nekakšno usposabljanje, po programu iz priloge

4 tega pravilnika. Vsebina tega programa je, blago rečeno, površna in nepremišljena. V prilogi je tudi nerodno predpisana oblika tega usposabljanja, ki kaže na zelo slabo poznavanje sodobnih načel poučevanja odraslih. K temu lahko še dodamo, da ni jasno, kdo naj bi usposabljanje izvajal in kakšen je način preverjanja znanja, ter še bolj pomembno, kakšen je način preverjanja kakovosti usposabljanja.

»Program dodatnega usposabljanja s področja NMP za zdravnike mora vsebovati vsaj naslednje vsebine in praktične veščine:

- a. Prepoznava kritično bolnega, preprečevanje srčnega zastoja, dodatni postopki oživljanja
- b. Pomembnejša nujna stanja (inter-nistična, nevrološka, infektološka, akutna kirurška...) pri odraslem, uporaba zdravil in infuzijskih tekočin, uporaba urgentnega UZ
- c. Očitavanje EKG, nevarne motnje srčnega ritma, zdravlila, defibrilacija in pacing
- d. Oskrba dihalne poti: osnovni pripomočki, intubacija, LMA/i-gel, kapnometrija, prenosni ventilator
- e. Sodobni pristop k poškodovancu na terenu ITLS, analgezija in tekočinsko zdravljenje
- f. Potencialno ogrožajoče poškodbe glave, prsne koša, trebuha in medenice – prepoznava in oskrba
- g. Oskrba dihalne poti pri poškodovancu, RSI
- h. Tehnično reševanje, KED, imobilizacija
- i. Urgentni UZ pri poškodovancu
- j. Posebne skupine poškodovancev (poškodbe hrbtenice, opeklina, vbodne in strelne rane, vpliv alkohola)
- k. Nesreče z več poškodovanimi
- l. Prepoznava kritično bolnega otroka
- m. Temeljni in dodatni postopki oživljanja otroka in dojenčka, DPO s preračunavanjem zdravil, defibrilacija
- n. Dihalna pot in dihanje pri otroku in dojenčku, osnovni pripomočki, intubacija, LMA/i-gel

o. Venski in intraosalni pristop pri otroku in dojenčku

p. Strukturiran pristop k bolnemu (astma, laringitis, bronhiole, anafilaksija, febrilne konvulzije, epileptični status...) in poškodovanemu otroku

Usposabljanje se mora v vsaj 40 % izvajati v obliki delavnic in scenarijev, vključevati mora tudi preverjanje znanja.

Pogosto se v okviru programa omenja oskrba dihalne poti. Tisti, ki oskrbo dihalne poti učimo in jo dnevno izvajamo, vemo, da je doseganje neke sprejemljive učinkovitosti pri oskrbi dihalne poti težko, če ne že nemogoče. Če se program izvaja v urgentnem centru, so možnosti intubacije bolnikov, v učne namene, omejene. Nekateri poškodovanci (polovica) pridejo intubirani, nekateri bodo v preslabem stanju, da bi se na njih učili, še posebej, če jih kolega ne terenu ni mogel intubirati. Učencev bo vedno več, kot je možnosti za intubacijo. Še zdravniki, ki naj bi redno delali v takšnem UC, ne bodo imeli dovolj praktičnih izkušenj. Specializanti anesteziologije potrebujejo več let, da dosežejo sprejemljivo raven znanja (15). Zanimivo je tudi dejstvo, da je usposabljanje omejeno na predbolnišnično obdobje, kar sklepam po tem, da se ponuja ITLS, da se govori o prenosnih ventilatorjih, da o diagnostiki, o motnjah strjevanja krvi, o uporabi stacionarnih ventilatorjev in mehanski ventilaciji ni prav nobenega govora.

Sklenemo lahko, da je to usposabljanje slabo in površno pripravljeno, da so cilji usposabljanja enako nejasni, kot je nejasen celoten koncept urgentnih centrov.

4. točka

»(4) Ne glede na določbe drugega odstavka tega člena se v okviru dela UC in SUC za zagotavljanje NZV, v sklopu izvajanja dejavnosti Enote za hitre preglede, vključujejo vsi zdravniki, ki opravljajo javno zdravstveno službo na primarni ravni zdravstvene dejavnosti kot osebni zdravni-

ki, razen osebnih ginekologov, v skladu z mrežo službe NMP in NZV ter v skladu s svojo specializacijo.«

To točko lahko razumemo, da zdravniki, ki ne delajo na primarni ravni (delajo na sekundarni ali terciarni), v UC tudi v enoti za hitre preglede (karkoli, da to je) ne morejo sodelovati.

5. točka

»V službo NMP se vključujejo zdravstveni delavci s področja zdravstvene nege, ki izpolnjujejo pogoje iz Priloge 3 tega pravilnika.«

Priloga 3 v okviru poklicnih standardov pričakovanih znanj s področja zdravstvene nege daje pooblastilo za uporabo zdravil nezdravnikom.

obvlada punkcijo kosti in nastavitev infuzije po osalni poti		X
obvlada uporabo adrenalina ob srčnem zastoj in ga aplicira po venski ali osalni poti		X
obvlada uporabo amiodarona ob srčnem zastoj in ga aplicira po venski ali osalni poti		X
Obvlada uporabo glukoze ob ugotovljeni hipoglikemiji in jo aplicira po venski ali osalni poti		X
izvaja dodajanje ostalih zdravil po dogovoru z zdravnikom		X
zna ukrepati ob vzpostavitvi spontanega krvnega obtoka po postopkih oživljanja		X
obvlada nadzor vitalnih znakov s pomočjo ročnih tehnik in medicinske opreme (monitoring)		X

Nadomeščanje zdravnikov z medicinskimi tehnikami, ki imajo pooblastila za uporabo zdravil, je v nasprotju z načeli, za katera smo se zavzemali preteklih 30 let, katerih bistvo je prisotnost zdravnika na terenu. Obvladati uporabo nekega zdravila pomeni, da je treba natančno poznati indikacije in kontraindikacije, da je treba natančno poznati farmakologijo zdravila in tako dalje. Usposabljanje zdravstvenih delavcev v zdravstveni negi tega ne omogoča.

7. člen (mreža službe NMP)

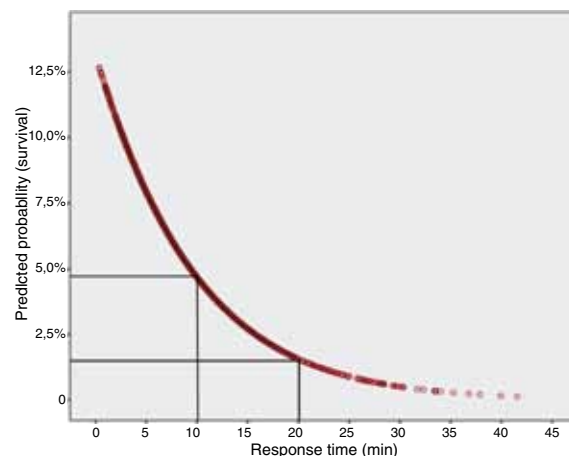
1. točka

»(1) Mreža UC, SUC in mobilnih enot NMP se oblikuje na podlagi strokovno utemeljenih meril in razvoja dejavnosti NMP tako, da je v običajnih razmerah omogočena dosegljivost večine prebivalcev v čim krajšem oziroma vsaj še sprejemljivo dostopnem času. Sprejemljivo dostopni čas iz prejšnjega stavka pomeni:

– v urbanih področjih do 10 minut

od sprejema klica, ki kaže na življenjsko ogroženost pacienta,
– v ruralnih področjih do 20 minut od sprejema klica, ki kaže na življenjsko ogroženost pacienta, dostopna časa morata biti dosežena v 80 odstotkih vseh nujnih intervencij.«

Ko se govori o strokovno utemeljenih merilih, se najbrž misli na ekonomsko stroko, saj medicinska stroka navedenih števil ne more podpirati, še posebej števil, ki se nanašajo na ruralna območja. Po 20 minutah bodo intervencije popolnoma nepotrebne. Že dolgo namreč vemo, da je preživetje tako po srčnem zastoj kot po poškodbah odvisno tudi od odzivnega časa



Odzivni čas in preživetje (3).

službe NMP.

Krivulja je skonstruirana na temelju podatkov podatkovne baze SCAR (Swedish Cardiac Arrest Register). Na Švedskem je odzivni čas v povprečju 7,8 min., v centru mesta 5,8, v ruralnih območjih pa 13,5 min. (3). V nekaterih državah so uspeli odzivne čase celo zmanjšati. V Singapurju so odzivni čas, ki je v letih od

2001 do 2004 znašal 9 min., znižali na 8 min. v letih 2010 do 2012. Ob tem se je preživetje izboljšalo z 2,5 odstotka na 11 odstotkov (2).

Tudi pri poškodbah je odzivni čas pomemben (9). Danska študija je pokazala, da je odzivni čas značilno povezan s preživetjem. Ob tem se je odzivni čas v skupini, ki je preživela, gibal od 2 do 11 min., v skupini umrlih pa od 3 do 12,5 min. Razlika je bila značilna pri $p = 0,04$ (13). V Združenih državah Amerike (Alabama) je povprečen čas v mestu 6,02 min., v ruralnih območjih pa 8,56 min. Pri poškodovanih v ruralnih območjih, ki so umrli, je bil povprečni čas 10,57 min. (11).

Časovne omejitve, ki so opredeljene v pravilniku, se sklicujejo na nekakšna strokovno utemeljena merila, ki pa so neznana. Glede na zgoraj omenjene študije so ta strokovno utemeljena merila, če sploh obstajajo, najmanj primerna za podrobnejšo analizo in širšo razpravo.

8. člen (sestava ekip za izvajanje službe NMP)

4. točka

»4. Ekipa v UC:

- zdravnik v skladu z določili drugega odstavka 6. člena tega pravilnika,
- zdravniki drugih specialnosti ali drugi zdravstveni delavci glede na obseg dejavnosti v UC,
- diplomirani zdravstvenik oziroma diplomirana medicinska sestra,
- diplomirani zdravstvenik oziroma diplomirana medicinska sestra z dodatnimi znanji s področja triaže,
- zdravstveni tehnik,
- ortopedski tehnolog in
- bolničar – negovalec«

V tem členu, v drugi alineji četrte točke, se omenjajo zdravniki drugih specialnosti, za katere se pa ne ve, ali so redni del ekipe UC ali so samo po potrebi vabljeni v UC. Sestava, ki je navedena v tem členu, nikakor ne more zagotoviti učinkovite obravnave bolnikov in poškodovancev v urgenci velike terciarne ustanove, kot je UKC Ljubljana.

15. člen (oprema za službo NMP)

Pravilnik naj bi v tem členu opredelil opremo UC in podrejenih enot (SUC in reanimobilov). Pri tem se sklicujejo na Prilogo št. 2. V prilogi številka 2 pa ponovno:

»1. UC ima opremo kot je opredeljena v Enotni metodologiji organizacije urgentnih centrov.«

Besedilo te enotne metodologije pa ni na volje ne na spletnih straneh Ministrstva za zdravje in ne na spletu. Glede na to, da je poleg kadrov, oprema, s katero nek oddelek za urgentno medicino razpolaga, ključnega pomena za učinkovito oskrbo, je zelo zaskrbljujoče, da ostaja v okviru javne razprave ta seznam opreme skrivnost. Če sodimo po seznamu, ki sledi pod 2. točko priloge 2, bo to za slovensko urgentno medicino katastrofa.

»2. SUC ima najmanj:

- dovozno pot za reševalna vozila,
- triažni prostor,
- čakalnico,
- dva ambulantna prostora,
- prostor za posege,
- prostor za opazovanje in nadzor,
- prostori za ekipo s sanitarijami/tuši,
- prostori za mobilne ekipe s sanitarijami/tuši,
- sanitarije za paciente,
- reanimacijsko opremo,
- sistem za dovajanje kisika,
- 12 kanalni EKG,
- defibrilator,
- respirator z možnostjo neinvazivne ventilacije,
- monitor za merjenje in nadzor življenjskih funkcij,
- napravo za natančno odmerjanje učinkovin,
- UZ,
- laboratorij (klinični ali obposteljni),
- naprava za mehansko zunanjo masažo srca,
- vozilo urgentnega zdravnika,
- izbor ampuliranih in peroralnih zdravil za nujno ali začetno zdravljenje«

Našteta oprema je slabo opredeljena in je označena z napačnimi izrazi (respirator). Zmožnosti opreme bi bilo

treba natančneje opredeliti. Reanimacijska oprema je izjemno širok pojem, ki lahko vključuje marsikaj, na drugi strani pa dopušča, da se nabor opreme omeji na recimo ročni dihalni balon in obrazno masko. S tema dvema pripomočkoma lahko učinkovito izvajamo postopke oživljanja. Verjetno bi si želeli imeti kaj več, na primer: supraglotične pripomočke, videolaringskop, različna vodila, pripomočke za vzpostavitev kirurške dihalne poti, intravenske kanile, pripomočke za vzpostavitev intraosalne poti in tako dalje. Torej, napisati reanimacijska oprema je izjemno nenatančno in površno. Enako velja tudi za druge našteje dele opreme. Danes le redko najdemo defibrilator brez zunanjega spodbujevalca in možnosti sinhronizacije, vendar glede na to, da v pravilniku oprema ni jasno definirana, bi se lahko posamezniki zadovoljili tudi s takšnim defibrilatorjem. Ravno tako je »– naprava za natančno odmerjanje učinkovin,« lahko tudi naprava, ki mehansko regulira pretok infuzije in ne perfuzor ali infuzijska črpalka. Pogosto se omenja 12-kanalni EKG, čeprav sodobna tehnologija tako na monitorjih kot na defibrilatorjih omogoča snemanje kakovostnega ali celo kakovostnejšega EKG-posnetka. Za monitor za nadzor življenjskih funkcij je treba veliko natančneje definirati, kaj vse monitor zmora in meri, da ne govorimo o povezljivosti, centralnih postajah in avtomatskem zajemu in upravljanju s podatki. Pomembno bi bilo in koristno, tako za bolnike in poškodovance kot tudi za osebje, da bi obstajala možnost povezovanja z nadrejenim urgentnim centrom.

Zdi se, da snovalci tega pravilnika sodobno opremo, ki jo uporabljamo v urgentni medicini, zelo slabo poznajo. Seznam je namreč enak seznamu, ki bi ga sestavili že pred 20 leti. V tem času se je na področju urgentne medicine že marsikaj spremenilo.

19. člen (vodenje službe NMP)

1. točka

»(1) UC in SUC vodi zdravnik specialist z opravljenim predpisanim

usposabljanjem v skladu z določbami 6. člena tega pravilnika in najmanj 5 let samostojnega dela v urgentni službi.«

Ta točka prepušča vodenje bolnišničnega oddelka specialistom urgentne, družinske in splošne medicine, torej specialistom, ki do sedaj v bolnišnici nikoli niso bili zaposleni in ne poznajo delovanja bolnišnice. Ta točka diskriminira vse specialiste ostalih specialnosti, pa čeprav so se z bolnišnično urgenco ukvarjali desetletja. Nekaj tečajev, ki jih predpisuje 6. člen in priloga 3, ne more nadomestiti strokovnega znanja in let izkušenj z urgentno medicino.

20. člen (zdravstvena dokumentacija službe NMP)

1. točka

»(1) Pri svojem delu UC in SUC uporabljata najmanj naslednjo dokumentacijo:

- triažni protokol,
- izvid obravnave v UC oziroma SUC.«

Zdravstvena dokumentacija v urgentni medicini ne more in ne sme biti omejena na triažni protokol in na izvid. V procesu oskrbe in zdravljenja na oddelku za urgentno medicino nastaja množica podatkov, ki jih je treba zajemati in obdelovati. Upravljanje s podatki mora temeljiti na sodobnih elektronskih in računalniških sistemih. Cilj upravljanja s podatki je najprej učinkovito posredovanje informacij, ki so pomembne za zdravljenje bolnika in poškodovanca, nato pa nadzor kakovosti in ne nazadnje raziskovalna dejavnost. Zato je v pravilniku nujno natančno opredeliti sodoben obseg in način upravljanja s podatki. Idealno bi bilo, če bi bil sistem enoten za vso državo in bi omogočal povezljivost med posameznimi oddelki.

21. člen (začetna in nadaljnja usposabljanja zdravstvenih delavcev za delo v službi NMP)

Ta člen opredeljuje usposabljanje zdravstvenih delavcev za NMP. Ni čisto jasno, ali je usposabljanje

obvezno tudi za zdravnike in zdravstvene delavce, ki delajo znotraj bolnišnice, ali ne. V 1. točki je namreč zapisano:

»Zdravstveni delavci v **predbolnišnični službi NMP pred začetkom dela v NMP opravijo dodatna usposabljanja s področja NMP**,...«

V 4. točki je ponovno zapisano: »Zdravstveni delavci, vključeni v službo NMP na pripadajočemu območju UC«, kar bi sicer lahko vključevalo bolnišnične zdravnike, verjetno se pa nanaša na predbolnišnični del. V sami bolnišnici naj bi verjetno delali samo specialisti urgentne medicine, ki pa očitno dodatnih usposabljanj ne potrebujejo.

29. člen (dispečerska služba zdravstva)

V tem členu zmoti naslednje navodilo: »ter vodi evidenco razpoložljivih zmogljivosti bolnišnic, vključenih v sistem NMP.« Nadaljnji členi in točke ne pojasnijo, čemu ta evidenca služi in kaj pravzaprav so »razpoložljive zmogljivosti bolnišnic«. To navodilo postane pomembno, če evidenca služi kot podlaga za odločanje, v katero bolnišnico se bolnik odpelje. Če pod zmogljivostmi mislimo na možnosti diagnostike in kirurškega zdravljenja (nevrokirurg ali kardiokirurg), potem bi morala na ravni države obstajati klasifikacija (podobna klasifikaciji travma centrov) in v tem primeru bi se zdravnik, in ne dispečer, odločil, glede na stanje bolnika ali poškodovanca, v katero bolnišnico bo bolnika oz. poškodovanca odpeljal. Namreč, smiselno bi bilo, da se poškodovanca s poškodbo glave odpelje v bolnišnico, ki ima na voljo nevrokirurga. Če pa pod zmogljivostmi mislimo na število prostih postelj ali število prostih postelj na intenzivnih oddelkih, je treba vedeti, da so ti podatki izjemno spremenljivi, da se stanje lahko spreminja iz ure v uro in je za sledenje teh sprememb potreben zelo izpopolnjen računalniški sistem. Poleg tega pa posamezne bolnišnice, ki so terciarni centri, nimajo možnosti bolnika ali poškodovanca preusmeriti

drugam. V vsakem primeru dispečer ne more odločati neposredno, v katero bolnišnico je treba odpeljati poškodovanca ali bolnika, in se zato zdi vodenje evidence razpoložljivih zmogljivosti bolnišnic, vključenih v sistem NMP, jalovo birokratsko početje.

32. člen (spremljanje in nadzor izvajalcev službe NMP)

4. točka

»(3) Izredni nadzor se opravi, kadar pride do motenj ali težav v delovanju službe NMP ali do suma strokovne napake in se izvede na pobudo:

- ministra,
- plačnika,
- uporabnikov ali
- zdravstvenih delavcev zaposlenih v službi NMP.«

Pobudo za izreden zdravstveni nadzor bi lahko dali tudi drugi zdravniki, predvsem tisti, ki obravnavajo bolnika ali poškodovanca na sekundarni in terciarni ravni, saj pogosto lahko zaznajo odstopanja od sprejetih doktrin in protokolov.

33. člen (nadzorna komisija)

Treba je opredeliti strokovno usposobljenost članov nadzorne komisije. Laiki namreč ne morejo preverjati delovanja sistema NMP.

34. člen (vsebina rednega nadzora)

Tudi v okviru rednega nadzora bi morali preverjati, ali oskrba poteka v skladu z vnaprej definiranimi protokoli in standardnimi operativnimi postopki.

Priloga 1 in Priloga 12

Komentar ni možen, ker so zaradi pomanjkljive razlage kratic tabele nerazumljive.

Zaključek

Pravilnik je pripravljen neprofesionalno in površno. Številna vprašanja so s pravilnikom nepojasnjena. Ministrstvu predlagam, da pravilnik

umakne iz razprave ter ga pripravi s širšo skupino strokovnjakov, v katero bi bili vključeni posamezni predstavniki medicinskih specialnosti, ki so bile do sedaj udeležene pri oskrbi poškodovancev in bolnikov (anesteziologi, kirurgi, internisti), predstavniki strokovnih združenj in ne nazadnje predstavniki terciarnih centrov, katerih usoda je v tem pravilniku popolnoma zanemarljiva. Brez spremembe nekaterih osnovnih konceptov pravilnika ni možno modificirati v sprejemljivo obliko.

Viri:

1. Kitamura T, Kiyohara K, Sakai T, Iwami T, Nishiyama C, Kajino K, Nishiuchi T, Hayashi Y, Katayama Y, Yoshiya K, Shimazu T: Epidemiology and outcome of adult out-of-hospital cardiac arrest of non-cardiac origin in Osaka: a population-based study. *BMJ Open* 2014; 4: e006462.
2. Lai H, Choong C V, Fook-Chong S, Ng YY, Finkelstein EA, Haaland B, Goh ES, Leong BS-H, Gan HN, Foo D, Tham LP, Charles R, Ong MEH: Interventional strategies associated with improvements in survival for out-of-hospital cardiac arrests in Singapore over 10 years. *Resuscitation* 2015; 89:155–61.
3. Nordberg P, Jonsson M, Forsberg S, Ringh M, Fredman D, Riva G, Hasselqvist-Ax I, Hollenberg J: The survival benefit of dual dispatch of EMS and fire-fighters in out-of-hospital cardiac arrest may differ depending on population density - A prospective cohort study. *Resuscitation* 2015; 90:143–9.
4. Sanson G, Verduno J, Zambon M, Trevi R, Caggegi GD, Bartolomeo S Di, Antonaglia V: Emergency medical service treated out-of-hospital cardiac arrest: Identification of weak links in the chain-of-survival through an epidemiological study. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2015doi:10.1177/1474515115573365.
5. Strömsöe A, Svensson L, Axelsson ÅB, Claesson A, Göransson KE, Nordberg P, Herlitz J: Improved outcome in Sweden after out-of-hospital cardiac arrest and possible association with improvements in every link in the chain of survival. *Eur. Heart J.* 2015; 36: 863–71.
6. Vukmir RB: Survival from prehospital cardiac arrest is critically dependent upon response time. *Resuscitation* 2006; 69: 229–34.
7. Takei Y, Nishi T, Kamikura T, Tanaka Y, Wato Y, Kubo M, Hashimoto M, Inaba H: Do early emergency calls before patient collapse improve survival after out-of-hospital cardiac arrests? *Resuscitation* 2015; 88: 20–7.
8. Feero S, Hedges JR, Simmons E, Irwin L: Does out-of-hospital EMS time affect trauma survival? *Am. J. Emerg. Med.* 1995; 13: 133–5.
9. Harmsen AMK, Giannakopoulos GF, Moerbeek PR, Jansma EP, Bonjer HJ, Bloemers FW: The influence of prehospital time on trauma patients outcome: A systematic review. *Injury* 2015; 46: 602–9.
10. Newgard CD, Schmicker RH, Hedges JR, Trickett JP, Davis DP, Bulger EM, Aufderheide TP, Minei JP, Hata JS, Gubler KD, Brown TB, Yelle J-D, Bardarson B, Nichol G: Emergency medical services intervals and survival in trauma: assessment of the “golden hour” in a North American prospective cohort. *Ann. Emerg. Med.* 2010; 55: 235–46.e4.
11. Gonzalez RP, Cummings GR, Phelan H a., Mulekar MS, Rodning CB: Does increased emergency medical services prehospital time affect patient mortality in rural motor vehicle crashes? A statewide analysis. *Am. J. Surg.* 2009; 197: 30–4.
12. Kidher E, Krasopoulos G, Coats T, Charitou A, Magee P, Uppal R, Athanasiou T: The effect of prehospital time related variables on mortality following severe thoracic trauma. *Injury* 2012; 43: 1386–92.
13. Funder KS, Petersen JA, Steinmetz J: On-scene time and outcome after penetrating trauma: an observational study. *Emerg. Med. J.* 2011; 28: 797–801.
14. Swaroop M, Straus DC, Agubuzu O, Esposito TJ, Schermer CR, Crandall ML: Pre-hospital transport times and survival for Hypotensive patients with penetrating thoracic trauma. *J. Emerg. Trauma. Shock* 2013; 6: 16–20.
15. Bernhard M, Mohr S, Weigand M a, Martin E, Walther a: Developing the skill of endotracheal intubation: implication for emergency medicine. *Acta Anaesthesiol. Scand.* 2012; 56: 164–71.

Pregled vseh strokovnih srečanj na enem mestu!

Obiščite našo spletno stran:

www.domusmedica.si

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

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

Tu najdete tudi koledar kulturnih prireditev v Domus Medica.





Nasilje v družini in zdravstvo: prepoznavajmo ga in ukrepajmo

Nasilje v družini ni konflikt v družinski skupnosti ali nesoglasje med partnerjema. Za nasilje v družini v nobenem primeru ni opravičila: zanj je kriv(a) in odgovoren(na) le povzročitelj(ica) nasilja. Zmanjšanje nasilja v družbi je mogoče doseči le dolgoročno ter s sprejemanjem ničelne tolerance do nasilja. Ključno je tudi dobro medsektorsko sodelovanje: poleg policije, tožilstva, šolstva, centrov za socialno delo in nevladnih organizacij je pomemben člen pri zmanjševanju nasilja v družini tudi zdravstveni sektor.

Izpostavljenost nasilju v družini resno ogroža tako telesno kot duševno zdravje žrtve: poleg akutnih poškodb prispeva k številnim kroničnim obolenjem in zdravstvenim težavam. Pomembno je izpostaviti, da imajo tudi otroci, ki so le prisotni ob primerih nasilja v družini, pogostejše zdravstvene in vedenjske težave.

Število žrtev narašča

Odsotnost sistemske rešitve na področju obravnavanja nasilja v okviru zdravstvene dejavnosti je v Sloveniji pereč problem, še posebej ob upoštevanju navedb v Resoluciji o nacionalnem programu preprečevanja nasilja v družini 2009–2014, ki razkriva porast prijavljenih tovrstnih kaznivih dejanj. Tako po podatkih policije kot po podatkih centrov za socialno delo število kaznivih dejanj in prijav nasilja v družini stalno narašča. **Največ je bilo zabeleženega medpartnerskega nasilja, sledi nasilje staršev nad otroki in nasilje odraslih otrok nad starši, narašča tudi število**

prijav nasilja v družinah iz ruralnega okolja ter nad starejšimi ženskami. Posebno tveganje za porast nasilja v družinah predstavlja tudi aktualna gospodarska kriza, ki zaradi večje brezposelnosti in splošne negotovosti zvišuje raven frustracij in obupa v družinah ter posledično prispeva k porastu iskanja pomoči zaradi pojavov nasilja v družini.

Priložnosti za prepoznavanje in ukrepanje

V primeru akutnih poškodb so ambulate urgentne medicine pogosto prvi naslov, na katerega se žrtve nasilja v družini obrnejo po zdravniško pomoč. Zaradi dokazanega dolgoročnega negativnega vpliva nasilja oziroma zlorabe na reproduktivno zdravje žensk je treba v sklopu reproduktivnega zdravstvenega varstva več pozornosti nameniti posledicam nasilja v družini. Ob tem je pomembno izpostaviti nosečnost in poporodno obdobje: že predhodno prisotno nasilno vedenje nad žensko s strani partnerja se v tem obdobju neredko stopnjuje. Nadalje imajo ambulate splošne/družinske medicine boljši vpogled v zdravstveno stanje posameznikov ter poznavanje širše lokalne skupnosti: tudi preko preventivnih dejavnosti imajo družinski zdravniki več priložnosti za prepoznavanje nasilja v družini ter ustrezno ukrepanje. Možnosti zaznave nasilja v družini in neposredne zaščite žrtev so v sklopu patronažne dejavnosti, ki se izvaja na pacientovem domu oziroma v družini. Patronažne medicinske sestre se na terenu srečujejo in soočajo z več oblikami nasilja v družini, tudi nad starostniki ter osebami z oblikami oviranosti. Pogosto gre za osebe s slabo socialno mrežo, ekonomsko neodvisnostjo ter omejeno mobilnostjo, kar vse

otežuje njihove možnosti za ukrepanje.

Prav tako so otroci izjemno ranljiva skupina: treba jih je obvarovati pred vsemi oblikami nasilja, zlorabe in zanemarjanja. Čeprav večina kliničnih znakov zlorabe in nasilja ni specifičnih, imajo ob celoviti pozornosti na znake zlorabe in nasilja v družini pediatri na primarni ravni zdravstvenega varstva, tako preko rednih sistematskih preventivnih pregledov otrok kot ob kurativnih pregledih, priložnosti za prepoznavanje in ukrepanje. Na področju pedopsihiatrije dodatno opozarjajo, da so zlorabam, oblikam nasilja in zanemarjanju še bolj izpostavljeni otroci z motnjami v duševnem razvoju in drugimi psihiatričnimi motnjami, kar zelo konkretno zaznavajo v dnevni klinični praksi. Tudi strokovnjaki s področja psihiatrije za odrasle se pogosto srečujejo s posledicami nasilja v družini, saj duševne motnje pogosto botrujejo nasilju v družini: gre za izjemno kompleksne preplete in dinamiko, tako pri povzročiteljih kot pri žrtvah nasilja v družini. Žrtve tudi iz več razlogov pogosto ne spregovorijo o neznošnih domačih razmerah in nasilju, temveč iščejo pomoč pri psihiatru zaradi somatoformnih in disociativnih motenj, anksioznih motenj ter ponavljajoče oziroma kronične depresije.

Navedenih je le nekaj ključnih momentov, kjer ima zdravstveno osebje priložnosti za prepoznavanje in ukrepanje, za kar pa so potrebni znanje ter komunikacijske veščine. Pogosto se namreč dogaja, da se zdravstveno osebje zaradi slabe informiranosti in znanja o dinamiki in pojavljanju nasilja v družini, nepoznavanja postopkov in korakov za ukrepanje, strahu pred poslabšanjem situacije žrtve, stereotipnih predstav o žrtvi in povzročitelju nasilja v družini ter nejasnosti o svoji vlogi pozno, z zadržki (ali pa ne) odziva na pojave nasilja v družini. Prisotno je tudi prepričanje, da prepoznavanje in ukrepanje v primerih nasilja v družini ni obveznost in del zdravstvenega področja dela.

Zakonske osnove in obveznosti

Tako etični kot zakonski razlogi narekujejo zdravstvenemu osebju vključevanje v proces obravnave nasilja v družini. Obravnava žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti opredeljujeta **Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND) (Uradni list RS, št. 16/08)** ter **Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti**. Osnovna

naloga zdravstvenega osebja je pomoč in zaščita žrtev nasilja v družini in ne pregon ali kaznovanje oseb, ki povzročajo nasilje: to je naloga drugih institucij. Prav tako ni celotno breme reševanja primerov nasilja v družini na plečih zdravstvenega osebja: pomembno je medsektorsko sodelovanje. Praksa namreč kaže, da so prijave nasilja v družini s strani zdravstvenega osebja še vedno redke, medsektorsko povezovanje in sodelovanje v timih s predstavniki nevladnih organizacij, CSD in policije pa vse prej kot zadovoljivo. Manjkajoči delež v kolažu podpornih mehanizmov mora torej dodati še zdravstvo.

Projekt **Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti: smernice in izobraževanja za zdravstvene delavce** je pomemben korak k izboljššanju razmer. Ključni cilj projekta je vzpostavitev interdisciplinarnega izobraževalnega programa za povečevanje kompetenc zdravstvenega osebja pri prepoznavanju in obravnavanju žrtev nasilja v družini. Usposabljanja bodo potekala od septembra 2015 do marca 2016, vsebine predavanj in delavnic ter urniki izobraževanja pa bodo razpisani v mesecu juniju 2015.

Lepo vabljeni na našo spletno stran www.prepoznajnasilje.si.

13. sestanek ENMCA

Tina Šapec, univ. dipl. prav., ZZS
tina.sapec@zzs-mcs.si

V ponedeljek, 20. 4. 2015, sem se udeležila 13. sestanka ENMCA (**European Network of Medical Competent Authorities**) v Lizboni. Obravnavali smo naslednje teme:

1. Priznavanje poklicnih kvalifikacij na Portugalskem – dr. João de Deus, predsednik AEMH (Europe-

an Association of Hospital Doctors): Portugalska se zadnja leta (predvsem zaradi slabšega finančnega položaja v državi) sooča z večjim odhodom svojih zdravnikov v tujino in posledično prilivom tujih zdravnikov (predvsem iz Moldavije, s Kube) na Portugalsko.

Povedal je, da se vsebine specializacij na Portugalskem ažurirajo vsaka tri leta, skladno z razvojem stroke, podrobneje je predstavil oftalmologijo.

2. Annex V updates and IMI* notifications under the revised Directive – András Zsigmond, Evropska komisija: predstavnik Evropske komisije je ponovno zagotovil, da je objava Aneksa V samo formalnost, ki naj bi se zgodila najkasne-

- je do konca junija 2015. Aneks V je po novem mnenju samostojen dokument in ni več sestavni del Direktive. Slovenija težko pričakuje njegovo objavo, saj bo v njem dodan strokovni izpit kot obvezni dokument za priznanje poklicne kvalifikacije, notificirane pa bodo tudi nekatere nove specializacije. Za uvrstitev nove specializacije v Direktivo oz. Aneks je pogoj, da taka specializacija obstaja vsaj v dveh petinah držav EU. Prisotni smo opozorili na nekatere nerazumno nizko postavljene zahteve po minimalnem trajanju posameznih specializacij pri avtomatičnem priznavanju poklicnih kvalifikacij (npr. anesteziologija: 3 leta) in se dogovorili, da se do naslednjega sestanka naredi pregled o dejanskem trajanju posameznih specializacij v državah, ki so aktivne članice združenja. Po novem bo mogoče notifikacijo nove specializacije ali spremembo naziva stare urediti kar preko sistema IMI. Predlagam, da ZZS ponovno prosi Ministrstvo za zdravje in Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve za dostop do tega sistema obveščanja.
3. Annex V – z vidika Francije – prof. Robert Nicodème, Francoska zdravniška zbornica: Francija ima 42 različnih specializacij (v Aneksu jih je skupno 54), 18 od teh jih spada v sistem avtomatičnega priznavanja poklicnih kvalifikacij. Izpostavili so velik razkorak med trajanjem posameznih specializacij v Franciji in minimalno zahtevanim treningom iz Aneksa, npr. anesteziologija, oftalmologija, hematologija in otorinolaringologija: Aneks 3 leta, Francija 5 let; urologija, ortopedija, maksilofacialna kirurgija in plastična kirurgija:

ja: Aneks 5 let, Francija 8 let; neustrezni oz. zastareli pa so tudi nazivi posameznih specializacij v Aneksu.

4. Common training frameworks and tests – András Zsigmond, Evropska komisija: komisija si želi vzpostaviti skupne okvire izobraževanja (minimalna raven znanja, kompetenc in veščin) in skupne standardizirane teste sposobnosti za imetnike posamezne poklicne kvalifikacije, ki bi bili prostovoljni in bi tistim, ki so jih opravili, omogočali nemoten prehod/migracije v nacionalne sisteme držav EU.
5. Common training frameworks and tests – z vidika Anglije: poudarili so, da so skupni okviri izobraževanja in skupni standardizirani testi sposobnosti namenjeni predvsem tistim specialistom, ki ne gredo po avtomatičnem postopku priznavanja poklicnih kvalifikacij. Menijo, da določilo o prostovoljnih testih vnaša zmedo in nejasnost v pravne akte EU, prav tako pa ne vsebuje zagotovil o kakovosti izvajanja le-teh in možnosti prilagajanja razvoju stroke ter odpira možnost izogibanja nacionalnim preverjanjem znanja. Kot edino sprejemljivo možnost vidijo kombinacijo obojega – izpolnitev zahtev izobraževanja posamezne države in opravljanje standardiziranih testov na ravni EU ter možnost posamezne države, da se iz takih preverjanj izloči (oz. se odloči za nepriznavanje), v kolikor ne bodo revidirani skladno z razvojem stroke v posamezni državi.
6. Rezultati raziskave EU na temo stalnega podiplomskega izobraževanja – Caroline Hager, Evropska komisija: predstavica komisije je predstavila zelo obsežno raziskavo

Evropske komisije, ki se je osredotočila na sedem podglavij: sistemi podiplomskega izobraževanja, akreditacije, financiranje in transparentnost, omejitve in pobude, varnost pacientov in kakovost oskrbe, trendi v strukturi podiplomskega izobraževanja in evropsko sodelovanje. Povzela je, da je podiplomsko izobraževanje v posameznih državah urejeno zelo različno, od obveznega (s posledicami, npr. odvzem licence, ali brez posledic), do prostovoljnega (predvsem v državah, ki imajo dolgoletno tradicijo na tem področju). Kjer je obvezno, je zahtevano zelo različno število kreditnih točk v določenem časovnem obdobju. Prisotni so se strinjali, da je stalno podiplomsko izobraževanje v zdravniškem poklicu nuja, a glede na sam sistem akreditacij (ena ura ena točka) samo po sebi ne zagotavlja varnosti pacientov in visoke ravni zdravstvene oskrbe. Soglasja za obvezno stalno podiplomsko usposabljanje znotraj držav EU v tem trenutku ni.

7. Dodiplotomsko izobraževanje – rezultati raziskave – nemška zvezna zbornica, Alexander Jaekel: v raziskavi so sodelovale: Belgija, Ciper, Danska, Finska, Francija, Nemčija, Madžarska, Irska; Latvija, Malta, Portugalska, Slovenija, Romunija in Anglija.

8. Priznavanje poklicnih kvalifikacij tretjih držav na Finskem – Maarit Mikkonen: Finska ima zahteven sistem priznavanja poklicnih kvalifikacij tretjih držav, ki zajema primerjavo učnega programa, pripravništvo v ustanovi v javnem zdravstvenem sistemu in na koncu preverjanje znanja – izpit. Izpit je sestavljen iz treh delov: klinično znanje, zdravstveni sistem na Finskem in klinične veščine (ta del je praktičen, preverja pa se tudi komunikacijske sposobnosti kandidatov). Obvezen je tudi preizkus znanja jezika na zahtevani ravni. Po opravljenem prvem delu izpita lahko zdravnik pridobi

* V sistemu IMI (sistem obveščanja med vsemi pristojnimi organi o ukrepih, ki so jih pristojni organi izrekli zoper posamezne zdravnike) so predlagani strožji pogoji obveščanja o sprejetih ukrepih zoper posamezne zdravnike, in sicer naj bi takojšnje obveščanje postalo obvezno za vse članice, s čimer smo se prisotni strinjali. Tu ima Slovenija že od začetka težavo, saj je v IMI vključeno le ministrstvo (kot organ, ki je za priznanje poklicne kvalifikacije naveden v direktivi), ZZS, ki ukrepe izreka oz. registrira in licencira tuje zdravnike, pa ne. Po novem bodo preko IMI mogoče tudi notifikacije za posamezne specializacije.

»omejeno licenco«, s katero lahko dela le v javni zdravstveni ustanovi, omejena pa je na določeno specialistično področje ter velja največ šest mesecev (skupno je podaljšljiva do največ dveh let).

Ob koncu poročila bi ponovno omenila nujnost postavitve zahtev o znanju slovenskega jezika na najvišji ravni v slovenski zdravstveni zakonodaji.

Nova Direktiva, ki se nanaša na priznavanje poklicnih kvalifikacij državljanom EU, sedaj omogoča preverjanje znanja jezika za tujce **po priznanju poklicne kvalifikacije** (ki je v pristojnosti ministrstva), a **pred vstopom na trg delovne sile** (licenca, ki jo izda ZZS). Menimo, da je tako glede na čas, ko se lahko preverja znanje, kot na znanje, s katerim razpolaga ZZS, smiselno, da

se ta naloga dodeli stanovski organizaciji. Izkušnje iz tujine kažejo, da je najuspešnejše in najustreznejše preverjanje znanja jezika kandidatov v osebnem razgovoru (v primeru, da se zahteva le potrdilo o znanju jezika, je velika možnost ponarejene listine, na izpit ne gre kandidat, temveč ga namesto njega opravi tretja oseba...). Zbornica ima znanje, izkušnje in ljudi, ki bi to opravljali na ustrezen način.

Pridobili smo tudi podatke iz tujine o tem, kakšno raven znanja jezika se zahteva za tujce:

Država	Zahtevana raven znanja po SEJO*	Komentar
Avstrija	B2	Potem ko dokažejo znanje jezika z ustreznim certifikatom (veljajo samo izpiti Avstrijske jezikovne diplome ali Goethejevega inštituta), opravljajo tudi poseben strokovni izpit pri zdravniški zbornici. Velja za vse tuje zdravnike, tudi državljane EU.
Belgija (flamski del)	/	Ni izpita iz znanja nizozemščine. Diplome zdravnikov se lahko nostrificirajo po dveh poteh: prek ministrstva ali prek univerze (v slednjem primeru morajo oddati nekakšno poročilo v nizozemščini ali angleščini). Če diploma v tem postopku ni priznana/nostrificirana, morajo zdravniki opraviti poseben izpit, na podlagi katerega se določi, koliko let bo moral bodoči zdravnik še študirati na kateri od belgijskih univerz. Izpit obsega pisni del (presoja primera) in govorni del (vprašanja o motiviranosti, študiju in specializaciji), oboje v nizozemščini. Izkušnje: vsaj v dveh tretjinah primerov tuji zdravniki ponavljajo del študija ali ga v celoti opravijo, preden se zaposlijo v flamskem delu Belgije. Za valonski del nisem dobila podatkov.
Češka	/	Po zakonu morajo tuji zdravniki dokazati znanje češčine (ni določeno, na kateri ravni) ali predložiti češko/slovaško diplomu medicinske fakultete ali pa so poslani na intervju. Komisijo imenuje ministrstvo in je sestavljena iz najmanj enega strokovnjaka s področja medicine in enega člana ministrstva. V intervjuju mora zdravnik dokazati, da zna dovolj dobro češko, da lahko opravlja svoj poklic. Intervju sestavlja branje strokovnega besedila, pogovor s »pacientom« in zapis medicinske dokumentacije. Raven po SEJO ni določena.
Danska	B2+	Na testu B2 iz danščine morajo doseči visoko oceno. Dokazilo o znanju danščine morajo predložiti vsi zdravniki, ne glede na izvor (državljanstvo). Posebnih strokovnih znanj jim ni treba dokazovati.
Finska	B1 ⇒ B2	Ugotovili so, da je raven B1 prenizka raven znanja, uvajajo B2, predložiti morajo certifikat o znanju finščine ali švedščine, ker sta na Finskem oba jezika uradna; to je test splošnega jezika, ki pa ima tudi nekatere vsebine s področja medicine. Za zdaj o znanju finščine/švedščine za zdravnike, ki so državljani držav EGP, odloča zdravnikov delodajalec.
Francija	Ni znano (B2 za fizioterapevte)	Po zakonu mora tuj zdravnik obvladati francoščino (stopnja ni razvidna), znanje lahko preverijo hkrati s postopkom priznavanja poklicne kvalifikacije (lahko zahtevajo jezikovno izpopolnjevanje, a zakon ne omogoča, da bi zahtevali dokazilo o znanju ali kakšen jezikovni izpit). Različno po departmajih.
Italija	/	Ni opredeljenih jezikovnih zahtev.
Nemčija	B2 ali C1	Različno po deželah. Včasih gre samo za jezikovni test, v nekaterih deželah zahtevajo tudi poseben del, povezan z medicinskim znanjem (še vedno pa gre za jezikovni izpit). Državljanom EGP se avtomatično prizna diploma in jim ni treba predložiti dokazila o znanju nemščine, tisti iz tretjih držav pa imajo pogosto poleg obveznega dokazila o jezikovnem znanju še dodatne strokovne izpite (različno po deželah).

Država	Zahtevana raven znanja po SEJO*	Komentar
Nizozemska	C1 ali C2	Gre za jezikovni test za posebne namene, ki je oblikovan posebej za zdravnike; zdravnikom državljanom EGP ga ni treba opravljati; zdravniki iz tretjih držav opravljajo test iz znanja nizozemščine in angleščine, najprej kot splošni jezikovni test, če ga opravijo, lahko pristopijo tudi k posebnemu delu (tistemu s specifičnimi zdravniškimi vsebinami – še vedno pa gre za jezikovni test).
Španija, Baskija	C1 ali C2	Za priznanje poklicne kvalifikacije morajo opravljati dodatne strokovne izpite. Raven C1 ali C2 velja za splošni jezikovni izpit iz baskovščine, pri čemer zdravnikom ponujajo dobre možnosti učenja. Zahteve po znanju španščine so enake kot za zdravnike, rojene govorce španščine: pri delu morajo uporabljati španščino (ni pa razvidno, kako se to dokazuje). V postopku priznavanja poklicne kvalifikacije morajo opraviti še nekaj strokovnih izpitov, ki potekajo v španščini.
Švedska	C1	Jezikovni test za akademske namene. Velja samo za državljane tretjih držav, ki morajo za pridobitev licence opraviti tudi nekaj strokovnih izpitov.
Velika Britanija	C1	Jezikovni test za akademske namene, ki ga morajo opraviti, preden se sploh prijavijo na tamkajšnje zdravniško zbornico. Spričevalo o opravljenem izpitu ne sme biti starejše od dveh let. Spričevala jim ni treba predložiti, če so državljani EGP ali če so študirali medicino v programih z angleškim učnim jezikom (predavanja, seminarji, izpiti... v angleščini) ali če so dve leti kot zdravniki že delali v državi z angleščino kot prvim jezikom. Zdravnike iz tretjih držav lahko preverjajo tudi v znanju medicine, odvisno od tega, od kod izvirajo, kakšne izkušnje imajo itd. Lani so začeli razmišljati o uvedbi obveznega jezikovnega izpita tudi za državljane EGP.

* SEJO – Skupni evropski jezikovni okvir

Še lestvica Skupnega evropskega jezikovnega okvira (<http://www.europass.si/files/userfiles/europass/SEJO%20komplet%20za%20splet.pdf>, str. 46) za približen vtis, kaj katera stopnja pomeni:

C2	Z lahkoto razume tako rekoč vse, kar sliši ali prebere. Zna povzemanj informacije iz različnih govornih in pisnih virov ter pri tem povzeti argumente in pripovedi v koherentni obliki. Spontano se izraža zelo tekoče in natančno in tudi v kompleksnejših situacijah razlikuje med drobnimi odtenki pomena.
C1	Razume širok razpon zahtevnejših, daljših besedil in prepozna implicitne pomene. Izraža se tekoče in spontano, brez veliko očitnega iskanja ustreznih besed. Jezik uporablja prožno in učinkovito, tako za družabne kot za akademske in poklicne namene. Zna tvoriti jasna, dobro organizirana in podrobna besedila o kompleksnih temah. Pri tem nadzorovano uporablja organizacijske vzorce ter povezovalce in kohezivna sredstva.
B2	Razume glavne ideje v kompleksnih besedilih tako o konkretnih kot abstraktnih temah, vključno s tehničnimi razpravami na svojem strokovnem področju. V medosebnih stikih govori dovolj tekoče in spontano, da njegova komunikacija z domačimi govorniki ni naporna ne zanj in ne za sogovorca. Zna tvoriti jasna, podrobna besedila o širokem izboru tem in razložiti stališče do določenega vprašanja, pri čemer predstavi prednosti in pomanjkljivosti različnih možnosti.
B1	Razume glavno sporočilo besedil v jasnem standardnem jeziku, ki govorijo o znanih vsebinah, s katerimi se srečuje pri delu, v šoli, v prostem času itn. Znajde se v večini situacij, na katere utegne naleteti med potovanjem po območju, v katerem se govori učeni jezik. Tvorijo preprosta povezana besedila o temah, ki so mu blizu ali ga zanimajo. Zna opisovati doživljaja in dogodke, sanje, upanja in ambicije ter na kratko utemeljiti in razložiti mnenja in načrte.
A2	Razume povedi in pogoste izraze, ki se nanašajo na najbolj temeljna področja (na primer najosnovnejši osebni in družinski podatki, nakupovanje, krajevna geografija, zaposlitev). Sposoben se je sporazumevati v preprostih in rutinskih opravilih, ki zahtevajo preprosto in neposredno izmenjavo informacij o znanih in rutinskih zadevah. S preprostimi besedami zna opisati svojo družino in preteklost, neposredno okolje in zadeve s področja neposrednih potreb.
A1	Razume in uporablja pogoste vsakdanje izraze in zelo osnovne besedne zveze, namenjene za zadovoljevanje konkretnih potreb. Zna predstaviti sebe in druge in zna spraševati ter odgovarjati na osebna vprašanja, na primer o tem, kje živi, o osebah, ki jih pozna, in o stvareh, ki jih ima. Obvlada preprosto interakcijo, če sogovorec govori počasi in razločno in je pripravljen pomagati.



»Ih doktor du pacient«

Prevod in priredba: Boris Klun, Ljubljana
boris.klun@gmail.com

Liječničke Novine povzemajo članek dr. Jürgena Hoffarta, predsednika Zdravniške zbornice Rheinland - Pfalz, o izkušnjah z izpiti iz nemškega jezika za tuje zdravnike, ki je zaradi aktualnosti vreden, da se z njim seznanijo tudi bralci Izide.

Nemčija je ena od držav z velikim številom zdravnikov, ki tu iščejo delo. Obenem se pojavljajo pritožbe bolnikov, pa tudi svojcev, da se ne morejo sporazumevati s svojimi zdravniki.

Navedeni številčni podatki veljajo samo za pokrajino Rheinland - Pfalz, čeprav se v odstotkih bistveno ne razlikujejo od ostalih pokrajin.

Vsi prijavljeni kandidati morajo najprej, poleg predložitve domače licence, opraviti še izpit iz nemščine.

Izpiti so se po obliki in vsebini v zadnjih 16 letih spreminjali, danes je osnova simuliran razgovor o določeni bolezni med zdravnikom in »bolnikom«, ki je eden od članov komisije.

Pred tem mora kandidat prevesti 20 latinskih diagnoz v nemščino (na primer apendicitis – Blinddarmen-tzündung), za kar ima 20 minut časa.

Ta apendicitis se mi zdi še sprejemljivo, čeprav gre bolj za nemško ortografijo kot za medicinsko znanje, če pa se iz razmeroma ponižnega (moj izmišljen primer) **Tumor**

anguli pontocerebellaris razvije oktopodna pošast kot **Kleinhirn-brückenwinkeltumor**, bo nesrečni kandidat moral dobro razmisliti, kaj to sploh je in ali se »ck« res dvakrat ponavlja.

Izpit se nato nadaljuje s poročilom kandidata o svojem dosedanjem delu in o tem, kje se je naučil nemščine. Nato mora enemu od članov kolegija »vzeti anamnezo«, predlagati diagnostične postopke in razložiti, zakaj sumi na določeno bolezen.

V nadaljnjih dveh do treh minutah mora iz razgovora z namišljenim »bolnikom« narediti povzetek in ga vtipkati v računalnik v obliki, ki bo razumljiva zdravnikom, ki bodo obravnavali bolnika za njim.

Za vsako od teh faz ima na razpolago 20 minut, vsaka faza se točkuje in točke se na koncu seštevajo.

Od februarja leta 2012 do avgusta 2015 je opravljalo izpit 441 kandidatov, 323 je bilo uspešnih, 118 ne, 46 pa se na izpitu ni pojavilo.

Zanimiva je tabela, od kod so prihajali kandidati v zgoraj navedenem obdobju.

Iz EU 179, največ iz Romunije (62) Madžarske (28) in Bolgarije (17), najmanj iz Slovenije (0), prav tako iz Estonije (0).

Izven EU 308, največ iz Sirije (60), Srbije (20) in Ukrajine (16).

V razgovorih se je pokazalo, da se je večina kandidatov naučila nemščino pri pouku v šoli skozi daljše obdobje, hospitiranju ali študiju v Nemčiji, ali pa na intenzivnih tečajih nemščine v domovini, redkeje v Nemčiji.

Pisec na koncu zaključuje, da ti izpiti ne ocenjujejo kandidatovega strokovnega znanja in ga ne primerjajo z znanjem nemških zdravnikov, zaradi česar je treba pretehtati vrednost diplome pri zdravnikih izven EU. Meni, da bi bilo to potrebno tudi pri tistih iz EU, vendar tega zakonodaja ne dopušča.

Nedvomno težak izpit in vendar ne brez šovinistične začimbe.

Gotovo imajo nekateri tuji zdravniki slabše strokovno znanje, a kakšnega podobnega najdemo tudi v Nemčiji, vendar imajo ti velikansko prednost. Obvladajo jezik. Slabše obvladovanje jezika pa se pogosto avtomatsko izenačuje s slabo medicinsko izobrazbo.

Le kako bi se nemški zdravnik odrezal pri delu v portugalski ambulanti, ali pri izpiti iz portugalsčine, ki je bila ne nazadnje nekoč tudi prvi svetovni jezik.

In še to. Verjemimo, da je tako zapisan apendicitis slučajna pomota nemškega izpraševalca. V latinščini in tudi v latinizirani nemščini se piše Apendicitis.

Vir: Liječničke Novine, marec 2015

Finska: zdravstvena in socialna reforma zavrtnjena

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

Obširno zasnovana reforma socialnega in zdravstvenega sistema je bila v finskem parlamentu ponovno

zavrtnjena. Tudi pri drugem poskusu odbor za ustavo ni prižgal zelene luči. Pri tej reformi naj bi se vse finske

socialne in zdravstvene ustanove združile pod eno streho. Cilj reforme je bil zagotoviti enako kakovost zdravstvene oskrbe po vsej državi. Razdrobljeno finsko zdravstveno pokrajino so vseskozi močno kritizirali; zdravstvena reforma je bila osrednji projekt večstrankarske vlade konservativnega predsednika Alakandra Stubba. Reforme se bo lahko lotila šele nova vlada po naslednjih parlamentarnih volitvah.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 7, 10. april 2015

Urejanje področja redkih bolezni v Evropi in Sloveniji

Mag. Mojca Žerjav Tanšek, dr. med., UKC Ljubljana, Pediatrična klinika
mojca.tansek@kclj.si

Kaj so redke bolezni in kako jih obravnavamo?

V letu 2012 je Ministrstvo za zdravje na dan redkih bolezni 29. februarja predstavilo Načrt dela na področju redkih bolezni v Republiki Sloveniji (1). Vzrok nastanka tega dokumenta je priporočilo Evropske komisije (Priporočilo sveta o evropskem ukrepanju na področju redkih bolezni 2009/C 151/02), ki je leta 2009 obvezala države članice Evropske unije (EU) k usmerjeni in organizirani obravnavi redkih bolezni (RB) (2). Razlogi za priporočilo so številni, temeljni vzroki pa so gotovo hitro naraščanje števila novo prepoznanih in opredeljenih RB, vedno večje skupno število bolnikov in razpoložljivost pogosto dragih novih zdravil za RB.

RB je v Evropi opredeljena s prevalenco 5 bolnikov na 10.000 oseb, v ZDA pa kot bolezen, ki prizadene manj kot 200.000 prebivalcev v državi (2, 3). Japonska definira RB kot bolezen, ki prizadene manj kot 50.000 oseb v državi, kar je okvirno manj kot 4 bolniki na 10.000 prebivalcev. RB pa ni definirana le s prevalenco, ampak je dodatno opredeljena kot kronična in/ali življenje ogrožajoča, saj je več kot 80 odstotkov bolezni v tej skupini posledica prirojene genetske napake (4). V skupino RB sodijo seveda tudi redke rakave bolezni, ki pa zaradi pogosto visoke umrljivosti niso definirane s prevalenco, ampak z incidenco pojavljanja manj kot 6 novih bolnikov na leto v določeni populaciji (5).

Ocena, da trenutno poznamo več kot 7000 RB, ni pretirana, saj je glede na podatke medmrežne zbirke Orphanet letno prijavljenih več kot 200 na novo odkritih ali opredeljenih redkih bolezni (6). Velik tehnološki napredek v encimski, genetski, biokemični in slikovni diagnostiki je omogočil, da so skupine bolnikov z na videz podobnimi kliničnimi stanji (npr. velika skupina bolnikov z diagnozo kognitivne manjrazvitosti, miopatije ali cerebralne paralize) postopoma razdeljene na številne podskupine z vzročno povsem različno etiologijo.

Čeprav so posamezne bolezni redke, pa je skupno število bolnikov z redkimi boleznimi vedno večje in je okvirno ocenjeno, da je v Evropi do 30 milijonov bolnikov, skupaj z bolniki v Združenih državah Amerike (ZDA) pa preko 55 milijonov (7). Tako veliko število bolnikov seveda postavi skupino redkih bolezni na povsem drugačno mesto v medicinski oskrbi. Če bi predlagani izračun, da RB prizadenejo od 6 do 8 odstotkov prebivalstva, prenesli na Slovenijo, bi to pomenilo več kot 120.000 bolnikov, kar ni zanemarljivo število.

Prepoznavno in zakonsko usmerjeno obravnavo redkih bolezni je najprej sprožilo upravičeno pričakovanje bolnikov, da bo farmacevtska industrija z novimi diagnozami redkih bolezni začela razvijati zdravila zanje. Žal se je izkazalo, da je drag in dolgotrajen razvoj zdravil za majhno skupino bolnikov finančno tvegan. Zelo omejeno število porabnikov največkrat ne povrne vloženega denarja v razvoj zdravila. V ZDA so že leta 1983 sprejeli zakon (Orphan Drugs Act), ki je proizvajalcu zdravila za redko bolezen omogočil številne ugodnosti, ki so poenostavile postopke razvoja in registracije, zakon pa je vseboval tudi klavzulo podelitve 10-letne ekskluzivne pravice proizvodnje in prodaje zdravila farmacevtskemu podjetju, ki je zdravilo razvilo (8). Podoben zakon je EU sprejela šele leta 1999 (9). Začela so nastajati t.i. zdravila sirote (orphan drugs), ki pa so kljub omenjenim poslovnim ugodnostim še vedno zelo draga.

Mnoge RB so opisane le pri nekaj bolnikih v celotni Evropi, druge z večjo prevalenco pa tudi znotraj posameznih držav omogočajo oblikovanje organiziranih skupin bolnikov z enako diagnozo in podobnimi zdravstvenimi težavami. Bolniki z RB v zdravstvenem sistemu, prilagojenem razširjenim boleznim, največkrat naletijo na začudenje in omejeno znanje zdravstvenega osebja o posamezni RB. Bolniki z RB so zato svoje stiske poskušali reševati z medsebojnim povezovanjem. Leta 1997 se je v Franciji rodila organizacija EURORDIS (European Rare Disease

ses Organisation), ki je v naslednjem desetletju prerasla v močno skupino z več kot 500 evropskimi združenji bolnikov z različnimi RB. Pod okriljem te organizacije je več milijonov bolnikov z več kot 4000 različnimi boleznimi, kar ji daje tudi moč vplivanja in sodelovanja pri oblikovanju političnih odločitev na področju RB v EU, kjer sodeluje kot predstavnica bolnikov v mnogih pomembnih zdravstvenih odborih EU (10).

Naraščajoče, hitro spreminjajoče in vedno manj pregledno znanje o RB je spodbudilo nastanek računalniško podprte baze podatkov ORPHANET, ki se je od ustanovitve leta 1997 pod vodstvom francoske skupine INSERM razvila v eno največjih in najpogosteje uporabljenih zbirk sodobnega medicinskega znanja o RB (6). Elektronska zbirka združuje tako strokovno enciklopedično znanje kot tudi del za laično javnost in bolnike, skupaj s podatki o razpoložljivosti laboratorijskih diagnostičnih zmogljivosti za RB v Evropi in zunaj nje. Podatkovna zbirka je neomejeno odprta za javno uporabo, kar je glede na obseg informacij in sodobne trende že redkost, s tem pa ostaja zvesta svojemu namenu: bolnikom, medicinskemu osebju in vsej javnosti omogočiti celovito informacijo in širiti zavedanje o prisotnosti RB. Obstoj zbirke podpira konzorcij skoraj 40 držav, ki jih koordinira francoska skupina strokovnjakov. V konzorciju sodeluje tudi Slovenija, vendar imamo v slovenščini le vstopno stran z osnovnimi podatki in internetnimi povezavami (11). Nacionalni odbori skrbijo za tekoče podatke o strokovnih centrih, o laboratorijskih možnostih, raziskovalnih projektih in združenjih bolnikov z RB v posameznih državah, francoski del ekipe pa spremlja organizacijo internetne storitve, kontrolira kakovost, klasifikacijo, kodifikacijo in enciklopedično znanje o RB (12). EU finančno podpira delovanje ORPHANET preko svojih programov.

Odbor strokovnjakov za redke bolezni EU (European Union Committee of Experts on Rare Diseases –

EUCERD) je leta 2010 nadomestil Evropsko delovno skupino za redke bolezni (European Commission's Rare Diseases Task Force – RDTF), ki je delovala med letoma 2004 in 2009. Leta 2014 ga je nadomestila Skupina strokovnjakov za redke bolezni Evropske komisije (European Commission Expert Group on Rare Disease – CE-GoRD), ki sedaj deluje kot posvetovalni organ Evropske komisije na področju RB (13). Sestavljajo jo uradno imenovani predstavniki vsake države članice, predstavniki organizacij (npr. organizacij pacientov, farmacevtskih združenj, pediatričnih združenj, Orphanet ...) in neodvisni strokovnjaki, ki delujejo na področju RB. Cilj skupine je svetovanje pri oblikovanju, uresničevanju, izboljševanju, ocenjevanju in spremljanju vseh dejavnosti na področju RB, ki se izvajajo v okviru EU. Sestava skupine naj bi spodbujala k prenosu pobud in uresničevanju programov na ravni držav članic. Omogoča mednarodno sodelovanje in izmenjavo izkušenj med članicami in vsemi sodelujočimi skupinami.

Evropske pobude dela na področju RB so oblikovane v nekaj temeljnih nalog:

- enotna kodifikacija redkih bolezni in povezovanje bolezni in bolnikov v registre;
- spodbujanje raziskovanja RB in načrtovanja razvoja novih zdravil za RB;
- enotna priporočila na področju presejalnih testov za RB;
- imenovanje strokovnih centrov (referenčnih centrov oz. centrov odličnosti) v posameznih državah članicah EU, ki se bodo povezovali v referenčne evropske mreže za posamezne RB ali skupine sorodnih RB v skladu z direktivo čezmejnega zdravstvenega varstva;
- izboljšanje informiranja o RB v strokovnih in laičnih okoljih;
- izboljšanje diagnostike RB in priporočila za genetsko diagnostiko RB;
- uveljavljanje priporočil za izboljšanje socialnih vidikov življenja z

RB, vključno s paliativno obravnavo, in aktivno vključevanje bolnikov na vseh ravneh obravnave RB.

Pomembnost dobre kodifikacije redkih bolezni

Klasifikacija bolezni SZO v sistemu IC-10 ali 9 se uporablja v večini držav članic, samo Velika Britanija uporablja SNOMED-CT (14, 15). V tem sistemu ima le majhen delež RB svojo posebno kodo: 466 bolezni v ICD-10 in 2883 v SNOMED-CT od skupno skoraj 7000, ki potrebujejo kodiranje. Nekatere države so že same prilagodile ICD-10 z razširitvami sistema za posebne potrebe RB (npr. ICD-10 GM (German Modification) v Nemčiji ali ICD-10 FM v Franciji), tako da trenutno kar 13 držav članic uporablja različne prilagojene sisteme kodiranja. Prilagoditve kodiranja RB so eden glavnih ciljev v mnogih nacionalnih načrtih (16). Ena od možnosti je, da bi elektronski sistemi uporabnika ob navedbi imena redke bolezni spontano vodili v izbiro Orphacode številke, ki bi bila dodana diagnozi. Nekateri sistemi že sedaj v ta namen uporabljajo kodo OMIM (internetna zbirka kataloga človeških genov in genetskih fenotipov *Online Mendelian Inheritance in Man*). V obravnavi je tudi že nova verzija ICD-11, ki bo vsebovala tudi kode za večino redkih bolezni, vendar bo tehnična izvedba dolgotrajna, predvsem pa s pomembnimi dodatnimi finančnimi obremenitvami, kar ne obeta hitrih in enostavnih rešitev. Upoštevati je treba, da v mnogih državah kodiranje predstavlja glavni vir statistične obdelave podatkov, ponekod ima vzporedno pomembne finančne razsežnosti in tudi vlogo registriranja pacientov v načrtovanju prihodnjih dejavnosti v zdravstvu. Slovenija v Načrtu dela za redke bolezni predvideva izboljšanje kodiranja RB, kar bi zelo olajšalo vzpostavljanje registrov bolnikov, vendar brez finančne in tehnične podpore držav-

nih ustanov in zavarovalnic to ne bo uresničljivo (1).

Ustrezno kodiranje je pomemben vir za oblikovanje registrov bolnikov z RB (17, 18). Vzpostavitev nacionalnih in mednarodnih registrov bolnikov za posamezno bolezen ali skupino bolezni je ključnega pomena v vseh dejavnostih, usmerjenih v RB. Harmonizacija zbiranja mednarodnih podatkov v vnaprej določenem obsegu bi omogočala oblikovanje biobank in s tem pomagala k zadostnemu številu bolnikov za načrtovanje raziskav RB. V mnogih primerih je majhno število bolnikov razlog za nerandomizirane, nekontrolirane študije v postopkih pridobivanja avtorizacije za zdravila sirote, kar povzroča včasih manj strokovno utemeljene odločitve o zdravlilu ali medicinskem pripomočku v želji pomagati bolnikom (19).

V registre naj bi poleg strokovnjakov prispevali del podatkov tudi pacienti sami in sodelovali v nekaterih vidikih upravljanja registra, ki je lahko tudi pomemben del krepitve delovanja skupnosti bolnikov.

V Sloveniji je dobro organiziran register raka, prav tako je nekaj ustrezno vodenih registrov redkih bolezni (hemofilija, cistična fibroza), v celoti pa bo treba vložiti organizacijski napor za izboljšanje nabora podatkov v nacionalni register za RB, kot je tudi opredeljeno v slovenskem načrtu dela (1).

Raziskovanje na področju redkih bolezni in zdravila sirote

Redke bolezni z majhnim številom bolnikov in zelo raznolikimi patofiziološkimi procesi zahtevajo mednarodno sodelovanje v raziskovanju mehanizmov bolezni, diagnostike in zdravljenja. S tem namenom sta Evropska komisija in ameriški Nacionalni inštitut za zdravje (NIH) leta 2011 ustanovila Mednarodni raziskovalni konzorcij za redke bolezni (International Rare Diseases Research Consortium – IRDiRC) (20).

Konzorcij naj bi v raziskovalnih prizadevanjih združil strokovnjake, farmacevtsko industrijo in bolnike, ki jih v mnogih aktivnostih predstavlja EURORDIS kot nevladna mednarodna organizacija bolnikov z redkimi boleznimi. Sodelovanje med znanstveniki in industrijo naj bi pomembno pospešilo procese odkrivanja informacij v genomu, transkriptomu in metabolomu pri redkih boleznih, kar bi posredno vodilo k boljši diagnostiki, razumevanju presnovnih poti in hitrejšemu načrtovanju uspešnega zdravljenja. Eden od pomembnih dveh ciljev IRDiRC je uvedba 200 novih zdravil za redke bolezni in uspešna postavitev diagnoze za večino redkih bolezni do leta 2020. V letu 2014 se je številka ustavila pri 137 novih zdravilih, ob tem pa štejejo tudi t.i. »preusmerjena zdravila«, kjer pri že znani terapevtski substanci odkrijejo učinkovitost pri zdravljenju povsem druge, tokrat redke bolezni. Nekatera teh zdravil so registrirana le za podskupine bolnikov z določeno boleznijo.

Pomemben delež raziskovanja na področju RB je bil financiran preko programov FP6 in FP7 (*Sixth and Seventh Framework Programme* od leta 2002 do 2013), sedaj pa ga pokriva Horizon 2020 kot največji evropski raziskovalni in inovacijski projekt (21). Pomembna raziskovanja na področju RB potekajo tudi pod okriljem evropske iniciative E-Rare in EuroGenTest.

Poenotenje priporočil za presejalne teste novorojencev

Zakaj v Sloveniji presejamo novorojence le za dve bolezni, v Avstriji pa za 25 različnih bolezni, čeprav imamo na razpolago enako laboratorijsko tehnologijo, s katero avstrijske novorojence testirajo za 20 prirojenih redkih presnovnih bolezni? Klinične pobude v zadnjih letih niso bile dovolj, da bi se v Sloveniji našla finančna sredstva za razširitev programa presejanja novorojencev. Tudi

vloga za slovensko pilotno študijo za razširjeno presejanje ni dobila finančne podpore. Avstrijska statistika presejanja kaže, da je pogostnost testiranih prirojenih presnovnih bolezni 1/3000 novorojencev, kar ni zanemarljivo število bolnih otrok, ki potrebujejo zdravljenje po rojstvu in genetsko svetovanje družini (22).

V zadnjih letih EU vodi projekt vrednotenja neonatalnega presejanja s ciljem, da bi se strnile vse izkušnje, ocenilo trenutno stanje v presejanju v državah članicah in bi se izoblikovala priporočila postopkov in obsega presejanja za celotno področje EU (23). S poenotenjem postopkov in natančnim sledenjem vseh ugotovljenih bolnikov bi lahko uspešno ocenili strokovno vrednost in stroške projekta razširjenega neonatalnega presejanja (24). V prihodnosti se bo treba opredeliti tudi glede genetskega presejanja novorojencev, saj bi taka oblika presejanja pomenila tudi vzporedno odkrivanje bolezni pri materi in odkrivanje prenašalcev genetskih bolezni.

Strokovni (referenčni) centri in evropska referenčna mreža za redke bolezni

Z direktivo 2011/24/EU Evropskega sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (25) se je pospešil proces vzpostavljanja nacionalnih strokovnih (referenčnih) centrov v državah članicah, ki se bodo združevali v evropske referenčne mreže (delegirani sklep Evropske komisije 2014/286/EU in izvedbeni sklep 2014/287/EU). Sprva naj bi razpis omogočil prijavo izvajalcev zdravstvenega varstva na nacionalni ravni, ti bi bili nato izbrani po jasno vnaprej določenih kriterijih s preglednim postopkom za strokovne centre v okviru države članice in bi se nato prijavili v eno od evropskih referenčnih mrež. Priporočila oblikovanja strokovnih centrov in referenčnih mrež niso namenjena le redkim

boleznim, vendar se zdi njihovo oblikovanje najbolj smiselno prav za to področje (26). Vsako vlogo za mreže in strokovne centre, ki bodo kandidirali, bi nato po predpisanih merilih ocenil neodvisni organ, ki bi ga imenovala Evropska komisija. Člani odobrene mreže bi prejeli logotip »evropska referenčna mreža«, vsaka mreža bo imela tudi svojega koordinatorja. Kakovost dela evropskih referenčnih mrež se bo nato vrednotila vsakih 5 let s poročilom o samovrednotenju in revizijo na kraju samem. Ker so nekatere bolezni zelo redke in število izvajalcev za mrežo ne bi bilo zadostno, bi se združevale sorodne redke bolezni in stanja v t.i. tematske mreže. Mreže bodo lahko zajemale tudi laboratorije, radiološke storitve in storitve nuklearne medicine.

Cilji evropskih referenčnih mrež so številni. Kot visoko specializirane ustanove bodo mreže omogočale visoko kakovostno, dostopno in stroškovno učinkovito zdravstveno varstvo na področjih, kjer primanjkuje strokovnega znanja, saj bo uporaba virov boljša, strokovno znanje se bo intenzivneje razširjalo in spodbujale se bodo najboljše prakse diagnostike in zdravljenja v vseh centrih mreže. Strokovni centri bodo v povezavi s primarno zdravstveno mrežo koordinirali multidisciplinarni pristop k bolnikom z redkimi boleznimi, vključno s terapevtskimi, rehabilitacijskimi in paliativnimi postopki, kar bo razvidno tudi v kazalnikih kakovosti oskrbe. Ob tem bodo v delovanje centrov in mreže vključeni pacienti in njihove organizacije, delovanje mrež pa bo s celostno obravnavo prilagojeno etičnim in kulturnim posebnostim s ciljem čim bolj zmanjšati diskriminacijo in stigmatizacijo bolnikov z redkimi boleznimi. V Sloveniji že poteka postopek opredelitve kriterijev za imenovanje strokovnih centrov za področje RB, saj naj bi konec leta 2015 ali v letu 2016 nacionalni strokovni centri že dobili poziv za prijavo v evropske referenčne mreže za RB.

Informiranje o redkih boleznih

Čeprav je del informacij o redkih boleznih tudi v slovenskem jeziku, saj so evropski dokumenti praviloma prevedeni v vse jezike EU (18), pa je dosegljivih strokovnih informacij o RB v slovenskem prostoru vendar premalo. Orphanet je v osnovni obliki dosegljiv v sedmih evropskih jezikih, v slovenskem pa imamo le vstopno stran (11). Informacijska točka o RB v Sloveniji in vzpostavitev nacionalnega centra za redke bolezni bi morala biti med prvimi cilji akcijskega načrta pri uresničevanju dela na področju RB.

Kakovost življenja z redko boleznijo

EUCERD in EURORDIS sodelujeta v izobraževanju in usmerjanju socialnih služb v skrbi za ljudi z redkimi boleznimi (27, 28). Ljudje z redkimi boleznimi večinoma niso obravnavani s strani specializiranih socialnih služb. Prizadevanja so usmerjena v prilagoditev obstoječih storitev raznolikim potrebam in stopnjam invalidnosti te skupine bolnikov. Ob imenovanju strokovnih centrov za redke bolezni bo organiziranost socialne oskrbe bolnikov eden od kriterijev, s tem pa bo tudi specializiranost oskrbe v teh centrih lahko večja. Cilj dela z bolniki je spodbujanje njihove avtonomije, mobilnosti in kakovosti življenja, obenem pa doseči čim večjo vključenost v okolje. Zdravstvena oskrba je v zadnjih desetletjih podaljšala življenjsko dobo za mnoge bolnike z RB, kar postavlja storitve socialnih služb še višje na lestvici prednostnih nalog v obravnavi bolnikov z RB. Ekonomska kriza zadnjih let je omejila finančne možnosti in zmanjšala zaposljivost ljudi, ki ne morejo biti konkurenčni na trgu delovne sile, kar je zmanjšalo že tako omejene možnosti za ljudi z redkimi boleznimi.

Države članice so spodbujene, da bi omogočile več oblik oskrbe: centre za kratkotrajno nadomestno oskrbo (ko skrb doma začasno ni mogoča),

občasne organizirane skupinske aktivnosti (letovanja, izleti...), varovane hiše (z ustrezno pomočjo osebja in obenem čim večjo avtonomijo bolnika), dnevne centre (npr. v strokovnih centrih z možnostjo informiranja, izobraževanja, z dnevno podporno terapijo, psihološkim svetovanjem in paliativnim svetovanjem). Bolniki naj bi imeli tudi možnost individualne obravnave v zapletenih primerih s kombinacijo vseh navedenih storitev (kompleksna timska obravnava). Zelo pomemben del te obravnave je izobraževanje osebja, ki sodeluje na vseh ravneh socialne oskrbe, in ustrezen organizacijski model s kontinuiteto dela za bolnike z RB.

Zaključek

Dan redkih bolezni 2015 je mimo (29) in spet bo za eno leto potihnila beseda o redkih boleznih v medijih in državnih ustanovah. Bolniki z RB bodo naprej ostajali vsakodnevna skrb zdravnikov in drugega zdravstvenega osebja, pri tem bo pomanjkljiva kodifikacija ICD-10 v veliki meri zabrisala njihov obstoj v slovenskem zdravstvenem varstvu.

Načrt dela na področju redkih bolezni v Republiki Sloveniji je v dokumentu zapisal vse opisane evropske pobude za izboljšanje oskrbe bolnikov z RB. Sprejetje učinkovitega akcijskega načrta pa bo odvisno od finančnih sredstev, ki jih bo zanj namenila država. Pomemben del spodbude v izvajanju načrta so organizacije bolnikov z RB in bolniki sami. Izkušnje EURORDIS učijo, da je mnogokrat prav iniciativa bolnikov ključna v premikih na področju RB. Ena od takih pobud je tudi ustanovitev enotne slovenske krovne organizacije bolnikov z RB, ki bi združila vsa obstoječa društva bolnikov.

Pregovor pravi: »Kdor posadi drevo, posadi upanje!« Načrt dela na področju redkih bolezni je upanje, usoda tega drevesca pa bo odvisna od mnogih dejavnikov. Upam, da bomo zdravniki, ki obravnavamo bolnike z RB, videli tudi sadove tega drevesa.

Viri in literatura:

1. Ministrstvo za zdravje. Načrt dela na področju redkih bolezni v republiki Sloveniji. Dosegljivo na http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/redke_bolezni_2012_-_nacrtdela/Nacrt_dela_na_podrocju_redkih_bolezni.pdf Stik: 30.3.2015.
2. Evropska komisija. Javno zdravje. Priporočilo sveta o evropskem ukrepanju na področju redkih bolezni 2009/C 151/02. Dosegljivo na http://ec.europa.eu/health/rare_diseases/policy/index_sl.htm Stik 30.3.2015
3. U.S. Government Publishing Office. Rare Diseases Act 2002: Dosegljivo na <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-107publ280/html/PLAW-107publ280.htm> Stik: 25.3.2015
4. Evropska komisija. Useful Information on rare diseases from an EU Perspective. Dosegljivo na: http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ev20040705_rdo5_en.pdf Stik: 30.3.2015
5. Rare cancers Europe. Dosegljivo na: <http://www.rarecancerseurope.org> Stik: 1.4.2015
6. Orphanet: an online rare disease and orphan drug data base. © INSERM 1997. Dosegljivo na: <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php> Stik: 1.4.2015
7. EURORDIS. About Rare Diseases. Fact Sheet "What is a rare disease?" http://www.eurordis.org/sites/default/files/publications/Fact_Sheet_RD.pdf Stik: 30.3.2015
8. U.S. Government Publishing Office. Public Law Jan. 4, 1983. Dosegljivo na: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/STATUTE-96/pdf/STATUTE-96-Pg2049.pdf> Stik: 1.4.2015
9. Official Journal of the European Communities. Regulation (EC) No 141/2000 on orphan medicinal products. Dosegljivo na: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2000:018:0001:0005:en:PDF> Stik: 25.3.2015
10. EURORDIS Rare Diseases Europe. The Voice of Rare Disease Patients in Europe. Dosegljivo na: <http://www.eurordis.org/> Stik 30.3.2015
11. Orphanet: Slovenska vstopna stran na Orphanet. Dosegljivo na: <http://www.orpha.net/national/SI-SL/index/domov/> Stik 1.4.2015.
12. Orphanet: an online rare disease and orphan drug data base. © INSERM 1997. Orphadata. Dosegljivo na: <http://www.orphadata.org/cgi-bin/index.php> Stik 1.4.2015
13. Evropska komisija. Javno zdravje. Commission expert group on rare diseases. Dosegljivo na: http://ec.europa.eu/health/rare_diseases/expert_group/index_en.htm Stik 25.3.2015
14. Orphanet: an online rare disease and orphan drug data base. © INSERM 1997. ICD-10 coding rules for rare diseases – procedural document. Dosegljivo na: http://www.orpha.net/orphacom/cahiers/docs/GB/Orphanet_ICD10_coding_rules.pdf Stik 25.3.2015.
15. EUCERD Joint Action Workshop on Orpha codes in Health Information System. Dosegljivo na: <http://www.eucerd.eu/wp-content/uploads/2014/05/2014OrphacodeReport.pdf> Stik: 25.3.2015.
16. European Commission. Public Health. Recommendation on ways to improve codification for rare diseases in health information system. Dosegljivo na: http://ec.europa.eu/health/rare_diseases/docs/recommendation_coding_cer-grd_en.pdf Stik 1.4.2015
17. Orphanet: an online rare disease and orphan drug data base. © INSERM 1997. Orphanet report series. Disease Registries in Europe. Dosegljivo na: <http://www.orpha.net/orphacom/cahiers/docs/GB/Registries.pdf> Stik 1.4.2014.
18. Evropska komisija. Javno zdravje – politika. Dosegljivo na: http://ec.europa.eu/health/rare_diseases/policy/index_sl.htm Stik 1.4.2015.
19. Hwang TJ, Carpenter D, Kesselheim AS. Assessment of US pathway for approving medical devices for rare conditions. *BMJ* 2014;348:g217 doi:10.1136/bmj.g.217.
20. IRDiRC International Rare Diseases Research Consortium. Dosegljivo na: <http://www.irdirc.org/?p=2271> Stik 1.4.2015.
21. European Commission. Research. Horizon 2020 Work Programme 2014-2015. Dosegljivo na: http://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/wp/2014_2015/main/h2020-wp1415-health_en.pdf Stik 1.4.2015.
22. Kasper DC, Ratschmann R, Metz TF et al. The national Austrian newborn screening program – eight years experience with mass spectrometry: past, present, and future goals. *Wien Klin Wochenschr* 2010;122:607-13.
23. European Commission. Public Health. Screening. Executive report to the European Commission on newborn screening in the EU. Dosegljivo na: http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Executive_Report_to_EC_20120108_FINAL.pdf Stik 30.3.2015
24. European Commission. Public Health. Screening. Evaluating population newborn screening practices for rare diseases. Dosegljivo na: http://ec.europa.eu/health/rare_diseases/screening/index_en.htm Stik 1.4.2015.
25. Evropska komisija. Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu. Dosegljivo na: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:sl:PDF> Stik 30.3.2015.
26. European Commission. Public Health. European networks of reference for rare diseases. Dosegljivo na: http://ec.europa.eu/health/rare_diseases/european_reference_networks/erf/index_en.htm Stik 30.3.2015.
27. EURORDIS Rare Diseases Europe. Guiding principles for specialized social services. Dosegljivo na: <http://www.eurordis.org/sites/default/files/EJA-WP6-Guiding-Principles-Specialised-Social-Services.pdf> Stik: 25.3.2015.
28. EURORDIS Rare Diseases Europe. Rare diseases: addressing the need for specialised social services and integration into social policies. http://www.eucerd.eu/wp-content/uploads/2013/03/EJA_Specialised_Social_Services_Paper.pdf Stik 1.4.2015.
29. European Commission. Public Health. Rare Diseases: European rare diseases day top facts on EU actions. Dosegljivo na: http://ec.europa.eu/health/rare_diseases/docs/2015_factsheet_en.pdf Stik 25.3.2015.

Obvestilo o menjavi Izvršnega odbora Združenja za otroško in mladostniško psihiatrijo

Obveščamo vas, da je bil na skupščini Združenja za otroško in mladostniško psihiatrijo (ZOMP), ki je bila izvedena 13. marca 2015 na rednem srečanju ZOMP v Ljubljani, ob prisotnosti 22 od 38 aktivnih članov ZOMP razrešen star Izvršni odbor v sestavi:

Predsednica: Nataša Potočnik Dajčman
Podpredsednica: Marija Breclj Anderluh
Tajnica: Živa Fortič Smole
Blagajničarka: Hojka Gregorič Kumperščak
Člani IO: Martina Tomori, Alida Mažer, Miroslav Berić,

Nadja Hriberšek, Jasna Gidaković, Bojan Belec in Maja Drobnič Radobuljac

Izglasovan je bil nov Izvršni odbor v sestavi:

Predsednica: Hojka Gregorič Kumperščak
Podpredsednik: Bojan Belec
Tajnica: Maja Drobnič Radobuljac
Blagajničarka: Marija Breclj Anderluh
Člani IO: Nataša Potočnik Dajčman, Katja Kobilšek Guna,

Miroslav Berić, Živa Fortič, Urša Petja Mrevlje Lozar, Jasna Gidaković, Jerneja Maček ter predstavnik specializantov otroške in mladostniške psihiatrije Gašper Grobelšek

Izvršni odbor ZOMP

Ko se naležeš Vasco da Gama »virusa« ...

Barbara Ifko, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor

V mrzlem februarju me je pot peljala v Dublin. V tej čudoviti irski prestolnici je bil letos 2. forum Vasco da Gama Movementa. Vasco da Gama Movement (VdGM) je združenje mladih zdravnikov družinske medicine, ki že deset let deluje pod okriljem evropskega združenja zdravnikov družinske medicine WONCA Europe. Z Irske prihaja tudi novi predsednik VdGM Peter Sloane.

Pred samim forumom so naši irski kolegi organizirali tudi »mini forum izmenjavo«, katere del sem bila tudi jaz. Izbrana sem bila kot ena izmed 29 specializantov oz. mladih specialistov družinske medicine iz celotne Evrope, ki smo imeli priložnost tri dni preživeti z mentorjem v njegovi ambulanti.

Prvi dan izmenjave smo se vsi udeleženci zbrali v Dublinu, kjer smo govorili o raznolikostih v posameznih zdravstvenih sistemih. Razvila se je zanimiva debata, ki je pokazala, da so si nekateri sistemi zelo podobni (avstrijski, nemški), spet drugi pa precej drugačni od našega. Seveda nam je bil posebej predstavljen irski sistem, da smo vedeli, kaj lahko pričakujemo v naslednjih nekaj dneh, ko ga bomo spoznali še v živo. Na koncu prvega dne našega srečanja smo vsi dobili naslove svojih mentorjev in se odpravili na pot. Razdeljeni smo bili po različnih predelih Irske. Nekateri

so ostali v Dublinu, drugi so odpotovali v Cork, Galway, Wicklow, Waterford ...

Jaz sem odpotovala v Athenry, majhno mestece, približno 30 km oddaljeno od Galwaya. Tam me je sprejel dr. McGloin. Dela v manjšem zdravstvenem domu skupaj s petimi zdravniki splošne medicine, pri njih pa sta zaposleni tudi dve medicinski sestri. Manjši del zgradbe je namenjen rehabilitaciji bolnikov, ob vhodu imajo tudi lekarno. Delovni dan se v ambulanti začne ob 9.30 in traja vse do 18. ure. Vmes naj bi imeli 2,5 ure odmora za kosilo. Midva sva imela precej krajši odmor, saj si je moj mentor raje vzel več časa za svoje paciente, ker mi je resnično želel pokazati čim več, da bi si o delu pri njih lahko ustvarila pravo sliko.

Delo v ambulanti je bilo zelo zanimivo in raznoliko, saj na Irskem specialist družinske medicine deluje tudi kot pediater in ginekolog, obvlada pa tudi manjšo kirurgijo. Tako sem imela možnost pregledati različno stare paciente – najmlajši je bil star dve leti, najstarejši pa je bil 92-letni pacient, ki je v ambulanto prišel sam, brez spremstva svojcev, navdušen nad življenjem. Opravila sem nekaj ginekoloških pregledov, pregledala nekaj nosečnic, saj osebni zdravnik vodi tudi potek nosečnosti svojih pacientk,



Avtorica prispevka z mentorjem dr. Michaelom McGloinom (na sredini) in še tremi specializanti.



prav tako odloča o zmožnosti bolnikov za delo...

Odpravila sva he tudi na nekaj hišnih obiskov. Zdravnik je torej resnično lahko družinski zdravnik, saj se posveti družini v celoti, pozna praktično vse njihove zdravstvene probleme, družinske člane spremlja od rojstva in vse do smrti.

Mentor mi je razložil tudi podrobnosti irskega zdravstvenega sistema, o katerih sem slišala že na našem skupnem predavanju. Bolniki se delijo na zasebne paciente in paciente, ki uporabljajo »javni zdravstveni sistem« (public pacienti). Med public paciente spadajo vsi brezposelni in tisti z nižjimi dohodki. Za vsakega public pacienta dobi zdravnik le od 70 do 110 EUR na leto iz »zdravstvenega sistema«, ne glede na število pacientovih obiskov v vsem letu. Tak pacient lahko torej pride na pregled enkrat na leto ali pa vsak dan. Vsak zasebni pacient mora za obisk pri specialistu družinske medicine plačati od 50 do 100 EUR – odvisno, kakšno ceno si za preglede postavi zdravnik. Ta znesek pacient plača ne glede na diagnozo, zaradi katere je obravnavan (viroza ali pa daljša zapletena obravnava). Vsi si osebnega zdravnika izberejo sami, razlika pa je v tem, da si lahko zasebni pacienti, če z zdravnikom niso zadovoljni, ob vsakem naslednjem pregledu izberejo drugega zdravnika, saj ga seveda tudi plačajo. Razložil mi je, da je zdravnik na Irskem tudi neke vrste poslovnež. Boljši kot je, raje kot ga imajo pacienti, več se jih bo vpisalo k njemu, kar bo seveda imelo pozitiven

vpliv na njegovo tedensko oz. mesečno plačo. Število opredeljenih bolnikov se razlikuje glede na regijo države. V redkeje poseljenih delih Irske, kjer dela le nekaj specialistov družinske medicine, ima zdravnik lahko tudi do 4000 pacientov in pokriva zelo široko območje. Moj mentor ima približno 2000 opredeljenih bolnikov. Posebej me je opozoril, da zasebni pacienti prihajajo v ambulanto bistveno redkeje kot public pacienti, saj morajo pregled plačati, zahtevajo oz. pričakujejo pa dobro in celostno obravnavo, saj se zaradi plačila verjetno ne bodo vrnili prav kmalu.

Kljub velikemu številu opredeljenih pacientov pa sva na dan pogledala le od 20 do 30 bolnikov, čakalnica ni bila nabito polna, saj so, kot mi je povedal mentor, bolniki zelo disciplinirani, strpni, upoštevajo zdravnika, so poslušni. Opazila sem, da dr. McGloina zelo spoštujejo, videti je bilo, da je bolnikom – tako mlajšim kot starejšim – zelo pri srcu, saj se zna pogovoriti s starejšimi, prav tako pa z otroki in mladimi.

Trije dnevi izmenjave so kar prehitro minili. Ko smo se z ostalimi kolegi ponovno zbrali v Dublinu, je bilo navdušenje na vrhuncu. Predstavljajte si 29 mladih iz Turčije, Avstrije, Danske, Norveške, Španije, Italije..., ki polni navdušenja in elana razmišljajo o tem, kaj bi lahko v svojih ambulantah spremenili na bolje, kaj bi nam lahko olajšalo delo, kako bi bili boljši do pacientov in kako nam ne bi zmanjkalo časa še zase.

Debate ni in ni bilo konec, zato smo se iz predavalnice prestavili v Temple bar, poiskali enega izmed manj polnih dublinskih pubov in ob guinnessu in bulmersu nadaljevali debato pozno v noč. Veseli smo bili, ker naše druženje še ni bilo končano, pred nami sta bila še dva dneva izredno zanimivih predavanj v sklopu VdGM-foruma, kjer smo uživali v zelo raznolikih delavnica o meditaciji, kako ravnati, ko ugotovimo, da gre za nasilje v družini, kako uporabljati vse nove tehnologije pri komunikaciji s pacienti, kako kot mlad zdravnik pravilno sporočiti bolniku slabo novico in ugotavljali, ali pravičen način sploh obstaja...

Opazila sem, da je virus Vasco da Gama zelo trdoživ. Ko se enkrat okužiš, se ga zelo težko znebiš... Z »okuženimi« so se tudi v Dublinu stkala zanimiva prijateljstva, ki se bodo verjetno obdržala za vedno. S pomočjo socialnih omrežij smo v stiku s kolegi iz različnih delov Evrope in dogovorjeni smo, da se ponovno vidimo na WONCA Europe – srečanju, ki bo v Istanbulu oktobra letos. Če kdo izmed vas še ni popolnoma prepričan, da bi z veseljem postal del virusa VdGM, ima čas za razmislek do naslednjega leta, ko bo že tretji VdGM-forum, in sicer v Jeruzalemu. Vabljeni!

Preden pa končam, naj omenim še projekt 1 Word for Family Medicine (Ena beseda za družinsko medicino), v katerem smo sodelovali mladi specializanti in specialisti družinske medicine kot pomoč severnoamerišskemu združenju mladih specialistov in specializantov družinske medicine POLARIS, ki prav tako kot naš VdGM deluje pod okriljem WONCE. Zbrali smo nekaj besed, ki za nas predstavljajo družinsko medicino, in iz njih je njihov mlad predsednik Kyle Hoedebekke oblikoval slike s slovenskimi simboli. Sodelovalo je že več kot 40 držav po vsem svetu in nastale so zanimive slike, za katere upamo, da bodo krasile letošnje majice ob dnevu družinskega zdravnika, ki ga »praznujemo« 19. maja.

Čez lužo po novo znanje

Petra Bukovec, študentka 5. letnika splošne medicine

5rabukovec@gmail.com

Medicina me že od nekdaj privlači, čeprav sem jo v bolj klinični luči spoznala šele v tretjem letniku splošne medicine. Moj učiteljski tutor mi je ponudil nekaj dni na svojem oddelku, kjer sem spoznala tako delo zdravnika kot sester, hkrati pa sem bila deležna poduka, na kakšen način se pogovoriti z bolniki in v mojem primeru tudi s starši bolnih malčkov. Takoj sem vedela, da je to to in si želela čim več časa preživeti ob bolnikovi postelji ter si pridobiti praktičnih znanj. Isto leto sem dobila priložnost, da si ogledam nekaj operativnih posegov, se naučim dinamike, ki vlada v operacijskih dvoranah, in pridobim nekaj večščin kirurškega šivanja. Moja želja po klinični praksi je eksponentno rasla. Takrat sem se spomnila na projekt, o katerem smo se tako z mojimi kolegi kot kolegi iz višjih letnikov že tolikokrat pogovarjali. Spomnila sem se na doktorja Gregoriča, ki je s svojim velikim srcem veliko slovenskim študentom že omogočil prihod na ameriška tla, kjer so spoznali tamkajšnje zdravstvo in osvojili toliko praktičnih znanj s področja kardiokirurgije in kardiologije! Nekoliko sem prehitela samo sebe in se na izmenjavo prijavila že v tretjem letniku. Naval je bil seveda velik, a sem vseeno dobila možnost, da konec četrtega letnika odpotujem v 9.041 km oddaljen Houston. Čas je hitro minil in težko pričakovane dvomesečne poletne »počitnice« so se začele uresničevati!

O izmenjavi

Dr. Igor Gregorič že vrsto let sprejema slovenske študente na izmenjavo, kjer jih pod svojim mentorstvom in mentorstvom svojih kolegov uri in spodbuja k pridobiva-

nju medicinskega znanja in razmišljanju s svojo glavo. Trenutno praksa poteka v bolnišnici Memorial Hermann v največjem medicinskem kompleksu sveta, Texas Medical Centru, Houston. Študentje se lahko udeležijo enomesečne prakse kardiokirurgije ali kardiologije ali pa dvomesečne prakse, kjer kombinirajo mesec kardiokirurgije in mesec kardiologije. Naval študentov, ki prek celega leta odhajajo v Houston, je velik, kar samo kaže na kakovost vaj, ki so jih deležni na drugem koncu sveta, in izrednega doživetja, ki spremlja odhod v tuj svet.

Začetek dvomesečnih »počitnic«

V Houston sem skupaj s prvo skupino študentov priletela pozno ponoči 28. junija 2014. Ob prihodu v Houston sem imela mešane občutke. Komaj sem čakala, da vidim bolnišnico, v kateri bom preživela večino naslednjih dveh mesecev, in komaj sem čakala, da spoznam človeka, ki se mu reče človek z veliko začetnico, dr. Gregoriča. Kljub temu pa sem imela cmok v grlu. Nikoli še nisem bila tako daleč od doma in verjetno je od tod izviral nek skorajda strahu podoben občutek. Kaj pričakovati? Malo boljši občutek mi je dajala dobra družba slovenskih kolegov, s katerimi sem preživela več kot 10 ur dolg let v mogočni Houston.

Z letališča do stanovanja nas je peljal »shuttle«¹. V njem so poleg nas, študentov, sedeli še štirje ljudje, zgovorna Američanka, ki je prevzela vlogo vodičke in nam po poti prijazno razlagala, mimo katerih stavb se peljemo, njen fant in še nek starejši par, ki je bil namenjen v bolnišnico. Kmalu smo se ustavili in oddali ta par,

takrat pa se je Američanka obrnila in rekla: »That is where you have to come on Monday. This is Memorial Hermann.«² Vsem nam so oči kar zasijale in vsi smo bili nalepljeni na okna, ko je »shuttle« odpeljal z dovoza bolnišnice.

Končno ponedeljek

Ne slišiš pogosto, da se ljudje veselijo ponedeljkov. Jaz, in mislim, da tudi drugi študentje, ki so bili sočasno na izmenjavi, smo tisti ponedeljek, 1. julija 2014, res nestrpno pričakovali. Vsi smo vstali že ob petih. Del tega je zagotovo pripisati razburjenju in pričakovanju, precej velik delež pa tudi časovni razliki. Prvi dan je minil predvsem v družbi papirologije, kirurški del skupine pa je imel tudi »tečaj« tehnik kirurškega umivanja. Naslednji dan je šlo zares! Spoznali smo dr. Gregoriča, se predstavili in imeli debato o tem, kaj pričakuje od nas in kaj pričakujemo mi. Nato smo se lotili osvajanja novega znanja.

Kirurgija

Prvi mesec sem opravljala vaje iz kirurgije. Večinoma smo delovni dan začeli ob sedmih z jutranjo vizito. Študentje smo v bolnišnico prišli že približno pol ure prej, da smo v miru pregledali, kaj novega je bilo v popisih naših bolnikov, ki so nam bili dodeljeni, in pregledali bolnike. Po viziti smo odšli v operacijsko dvorano, kjer sem že prvi dan lahko asistiral. Vsak dan na oddelku je bil nekaj novega. Vsak dan smo videli nove primere in vsak dan smo se lahko preizkusili v novi vrlini. Priložnosti je bilo veliko, na nas pa je bilo, kako dobro jih bomo izkoristili. Zase lahko rečem, da sem jih maksimalno

¹ nizkocenovni prevoz

² Sem morate priti v ponedeljek. To je Memorial Hermann.

izkoristila. V začetku sem bila nekoliko sramežljiva in nenačujna govoriti, spraševati, iskati, kaj vse lahko naredim, vendar se je to kaj kmalu spremenilo. Nekajkrat na teden smo se dobili s prav tako izvrstnim kirurgom dr. J. Patelom, ki nas je že zgodaj postavil pred dejstvo, da smo sami odgovorni za to, da poberemo največ možnega znanja, on in dr. Gregorič nam bosta le v oporo. Takrat sem spoznala, da nihče ne bo jezen, če kdaj »ustrelim kozla« in vprašam kakšno neumnost, ampak mi bodo le pomagali, da sama najdem pravi odgovor. Tako sem večino časa prvega meseca preživela v operacijski dvorani, kjer sem od »vsakodnevnih primerov« videla tudi veliko »eksotike«: menjava treh zaklopk hkrati, operacija prirojene srčne napake pri kar 32-let starem bolniku in še in še. Dočakala pa sem tudi transplantacijo! V soboto, 15. junija, ob njih zjutraj nam je zazvonil telefon. Sporočili so nam, da pričakujejo transplantacijo in se lahko vrnemo v bolnišnico. Kdo bi želel zamuditi kaj takega?! Seveda smo odšli! Ko sem prišla v bolnišnico, sem izvedela, da bo srce dobil ravno moj bolnik! Bila sem presrečna! Prav tako sem ponovno dobila asistenco. Bilo je neverjetno. Kakšno spoštovanje so pokazali vsi prisotni, ko je v operacijsko dvorano prispelo darovalčevo srce! Naenkrat je vse potihnilo in vsi smo gledali dr. Gregoriča ter spremljali vse njegove gibe! Ko se je

operacija bližala koncu, je bilo treba srce še defibrilirati. Kar naenkrat mi je dr. Gregorič podal tako imenovana »internal defibrillating paddles«³ in ko sem jih sprožila, je srce začelo utripati. Takrat se je dr. Gregorič obrnil k meni in rekel »well done, you have just started a new life.«⁴ Te besede sem si zapisala ne nešteto mest, jih povedala nešteto ljudem in si jih vtisnila globoko v spomin. To je to, za kar se trudimo vsak dan, za kar že toliko let trdo študiramo! Da rešimo življenje! Nikakor ne mislim, da sem bila jaz takrat kakršenkoli dejavnik, ki je odločil o preživetju mojega bolnika, občutek pa je bil vseeno enkrat in me spomnil, zakaj se trudim tako močno, kot se.

Trudila sem se, da bi vsak dan naredila čim več. Tako sem pomagala tudi na oddelku, kjer sem odstranjevala drene, prevezovala obveze, delala sem tudi v ambulanti, kjer sem odstranjevala šive in prav tako menjala preveze in čistila rane, poslušala srce čim več bolnikom in še in še. Zdi se mi, da so na oddelku opazili mojo zavzetost in če so me srečali, so kar sami ponudili stvari, ki jih je bilo treba še postoriti. Tako sem nekemu mlajšemu kirurgu pomagala vstaviti centralni venski kateter! Tudi to je bilo zame novo. Učili so me šivati, učili so me njihovih tehnik kirurškega vozlanja, ki jih sedaj naprej predajam kolegom v sklopu projekta Kirurško šivanje.

Kardiologija

V primerjavi s prvim mesecem je bil drugi, internistični mesec nekoliko manj naporen. Imeli smo več časa za jutranje spanje, saj se je naše delo začelo okoli devete ure v ambulanti. Tudi tu se nisem omejevala z delom. Poprijela sem za kar koli. Pomagala sem sestram pri merjenju bolnikovega krvnega tlaka, teže in si vzela tudi čas za pogovor z bolnikom. Vsi so bili navdušeni, da prihajam iz druge države, vsak je želel vedeti kaj več o meni in moji deželi in nihče ni odklonil sodelovanja z menoj. Vsi so mi dali priložnost, da jih pregledam in predvsem poslušam njihovo srce. Ko so sestre dobile nekaj zaupanja vame, so mi dovolile, da sprejemam bolnike v ambulanti. Tako se je kar nekajkrat na zaslonu o poteku bolnikove obravnave pojavilo tudi moje ime.

Prehiter konec in zahvala

Dva nadvse razburljiva meseca sta minila, kot bi mignil, in že smo se odpravljali domov. Izmenjava mi je prinesla veliko znanja in samozavesti, tako na medicinskem kot tudi jezikovnem področju. V upanju, da še kdaj doživim kaj podobnega in da moje navdušenje še kdaj doseže take meje, se iskreno zahvaljujem dr. Gregoriču, ki je meni in tudi drugim kolegom omogočil doživeti prijetne, pa tudi manj prijetne plati tujine in nam omogočil vpogled v načela zdravljenja, ki se jih držijo na njegovem koncu sveta. Zahvaljujem se celotni njegovi ekipi in prav tako ekipi kardiologov, ki so ves čas skrbeli za nas, se z nami ukvarjali in nam predajali svoje znanje. Zahvaljujem pa se tudi obema »ekipama« slovenskih študentov, s katerimi smo preživeli res lepe poleptne dni. Brez dobre družbe moji spomini na lanskoletno Ameriko gotovo ne bi bili tako barviti in prijetni, kot so sedaj!



Osvajanje novih znanj z da Vinci robotom.

3 pripomoček za notranjo defibrilacijo srca
4 Bravo, pravkar si omogočila novo življenje.

Kako vzgajamo svoje naslednike?

Problem specializantov operativnih strok

Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., v. svet., Preddvor
eldar.gadzijev@gmail.com

Na taborjenju smo nekoč uprizorili res kratek skeč: en za drugim smo prišli na improviziran oder, se postavili v vrsto in v en glas glasno izrekli: »Mi odhajamo!« ter šli z odra.

Kako pa odhajajo z odra naši specialisti?

Zdi se, da z odgovorom naslovu: »Mi bomo enkrat odšli, kaj bo za nami, nas pa ne briga.«

Ker sem bil učitelj, ki mu ni bilo vseeno, kaj pušča za seboj, me še danes zanima, kako kaj gre kolegom pri usposabljanju novih specialistov – ne le kirurgije, ampak tudi drugih operativnih strok. Ni mi bil problem izvedeti, kako je danes s tem, in lahko rečem, da je trditev, »da je najboljši učitelj tisti, ki za seboj pusti učence, ki so boljši od njega«, ostala le fraza, ki nikogar več ne zanima! Da pa ne bo le strnjeno, naj povem še nekaj več:

Od nekdanjega bilo premajhno število operativnih posegov glavni problem specializantov kirurgije in tudi ostalih operativnih strok.

Večina mladih zdravnikov se odloči za specializacijo iz ene od operativnih strok, ker imajo željo po učinkovitem poseganju v patologijo z operativnim posegom, ki je, zaenkrat še, najradikalnejši način zdravljenja. Na nek način so taki, v kirurško reševanje usmerjeni zdravniki pač malo »drugačni«. Nekaj jih vleče v to, da režejo človeka in posežejo v njegovo telesno celovitost, čeprav večina o tej svoji nagnjenosti in drugačnosti sploh ne razmišlja. Zato pa toliko bolj želijo čim prej osvojiti poleg kirurške patologije predvsem tisti obrtniški del, operacijsko spretnost in tehniko s pravimi pristopi in malimi skrivnostmi, ki jih obvladajo starejši operaterji. To je logično, normalno in prav, saj imajo kot mladi veliko moči in drugih zmožnosti, da se lahko dosti hitro in dobro naučijo tudi najzahtevnejših posegov.

Sam študij na medicinski fakulteti daje s področja kirurgije osnovna, bistvena znanja o kirurški patologiji, o kirurških okužbah, sepsi, asepsi, antisepsi, anesteziji in nekaj na splošno o zapletih, dajanju tekočin, reševanju krvavitve itd. Prvič tudi dobijo v roke instrumente, učijo se

šivanja in nekaj drugih osnovnih kirurških »spretnosti«, kot sta vozlanje in rezanje.

Na specializaciji začnajo kolegi seveda z manjšimi operacijami, pri enostavnejših posegih zaradi septične patologije in oskrbe na površini telesa. In tako postopno do vse zahtevnejših posegov. Prav je, da ima specializant že tudi pred enostavnimi posegi kolokvij pri mentorju, kjer izkaže svoje teoretično znanje in znanje principov operiranja tudi manj zahtevne patologije. Že pri manjših posegih se lahko specializant dobro nauči skrbnega ravnanja s tkivi, pravilnega prijemanja instrumentov in z instrumenti. Nauči naj se tudi uporabljati pojasnilno dolžnost: pogovoriti se z bolnikom in mu razložiti, kaj in na kakšen način bo kaj napravil, tako da bo bolnik razumel, mu zaupal in soglašal s posegom. To je obvezen del etičnega ravnanja zdravnika, preden bo napravil, čeprav le majhen poseg v človekovo telesno celovitost! Za bolnika je tudi najmanjši poseg takrat pač najpomembnejši poseg! Tako je bilo, tako je in tako bo! Pred poseganjem v notranjost človeškega telesa pa naj bi, poleg nujnega kolokvija pri mentorju, specializant najprej večkrat asistiral pri posegu, po možnosti celo opravil vsaj del posega na truplu in potem pod vodstvom mentorja med eno od mentorjevih operacij. Pri endoskopskih posegih pa najprej na tečajih, kjer se usposablja na modelih oz. t.i. trenerjih in včasih na živalih oz. živalskih tkivih. Kot kaže, do tu reči še kar nekako potekajo, potem, ko bi morali mladi operirati bolnike v celoti, pa hudo »zaškripa«.

Specializanti praktično vseh operativnih strok so nezadovoljni!

Zakaj? Večji del »usposabljanja«, ko bi morali v danem času osvojiti kar največ znanja in kirurške spretnosti, opravljajo t.i. mala dela: sobne vizite, ambulantno delo, priprava materialov in primerov za konzilije, predvsem pa pisanje popisov in odpustnic ter delo po sobah na oddelkih. Pri operacijah pa asistirajo v glavnem le, če jim ne najdejo kakšnega drugega dela. Malo in večinoma bistveno premalo operirajo! In naj-

manj v t.i. učnih ustanovah! Očitno to, razen njih samih, nikogar ne skrbi. Pa bi moralo skrbeti ne le vse specialiste, predvsem mentorje in vodilne kirurške, ampak tudi vodstva bolnišnic, pa tudi zdravniško društvo in zbornico. Zakaj? Mislim, da je jasno, da bodo ti danes mladi kolegi morali sčasoma prevzeti delo starejših, prevzeti odgovornost in breme kirurškega dela, skrbeti za primerno in s tujino primerljivo raven stroke in še kaj. In v današnjih časih, ko gre vse tako hitro, ko se dogajajo takšne in drugačne spremembe, enostavno ni časa za dolgotrajno usposabljanje. Poznavanje patologije, obdelava bolnika, pravilna izbira preiskav, priprava na operacijo, poznavanje zapletov in sploh vse teoretične osnove kirurškega dela morajo mladi osvajati tako s študijem iz literature kot ob delu. In ob delu morajo osvojiti predvsem operativne tehnike, spretnosti in operacijske principe, operacijsko strategijo in taktiko, če sploh še vemo, kaj to je! Operiranja se ne da naučiti iz knjig! Sicer odlični kirurški tečaji v tujini in tudi nekateri pri nas doma, bodisi na modelih bodisi na truplih, so zagotovo dobra osnova, ampak delo z bolnikom in operiranje živega bolnika je vendarle tisto, pri čemer dobi kirurg pravi občutek in pravo znanje. Ob bolniku ga lahko naučimo tudi pravilnega in spoštljivega odnosa do bolnika z upoštevanjem bolnikove zasebnosti, celovitosti in zavedanja, da je pod operacijskimi kompresami osebnost, človek s svojimi željami, potrebami, pričakovanji, živo bitje z imenom in priimkom, ne pa primer takšne ali drugačne patologije! In le ob bolniku lahko zdravnik razvija svoj empatični odnos, ki je tako zelo pomemben in ki omogoča, da je kirurg spoštovan. Zanima me, koliko na to opozarjajo naši specialisti pri operacijah oz. asistiranju mlajšim kolegom. Ali se mlade uči, kako je treba lepo delati s tkivom, kako je pomembno sproti delati natančno hemostazo, paziti, da se operirani ne podhlaja, kako biti, kot pri šahu, v mislih pri operaciji vsaj en korak

naprej in kako še pravočasno prepoznati subtilne spremembe med operacijo? O tem nisem dosti slišal!

Pri neoperativnih strokah se mladi lahko veliko naučijo iz knjig, iz člankov, na strokovnih srečanjih in seveda od starejših kolegov, ki znanja ne skrivajo in zadržujejo le zase. Pri kirurgiji, ki je vendarle tudi nekaj obrti in včasih celo umetnosti, pa je konkretno delo z rokami in trezno glavo pri operativnem posegu bistvenega pomena. Naši mladi zdravniki bodo morda nekoč operirali tudi naše otroke in vnuke. In v mladosti, ko se najhitreje in najbolje učijo, jih specialisti uporabijo za mala dela, namesto da bi jim omogočili operiranje, jih učili in vodili. Sto raznih izgovorov imajo, da ne pripustijo mladim k operiranju, in predvsem vlečejo »frazo«, da so tudi sami dolgo čakali, da so prišli do operacij, ter da imajo mladi še dovolj časa in da se bodo že še »naoperirali«... Napaka! Grdo in krivično! Takšen pristop je lahkomiselni in sebičen, nikakor v smislu delati dobro za prihodnost naše skupnosti. Kaže pa, da ob tako slabo vodeni državi tudi na področju usposabljanja kirurgov in kirurgoidov* vlada zmeda in neučinkovitost – tako kot v državi sami.

Zelo res je tudi, da so nekateri in morda kar mnogi specialisti operativnih strok še danes operacijsko »podhranjeni«, ker so bili sprejeti na specializacijo v prevelikem »paketu« specializantov naenkrat. Seveda je bila in je v ozadju tega država z ministrstvom, pa tudi vodstva ustanov z nespametnim kadrovanjem. Najbrž se bodo take neumnosti še naprej dogajale, če bo še trajala prepoved zaposlovanja kot varčevalni ukrep naše hlapčevske oblasti. In tako se vzpostavlja začarani krog tistih, ki bi radi operirali več, ker so do sedaj premalo, pa tistih, ki bi že morali operirati, pa še ne, in tistih, ki nočejo nehati ali nočejo vsaj zmanjšati obsega svojega operiranja, ker jim ni dovolj. Videti je, da so pač podobno pohlepni kot naši tajkuni vseh vrst!

Res pa je, da je precej bolje kot v kliničnih učnih ustanovah v ostalih bolnišnicah, kjer specialisti operativnih strok večinoma le gledajo na svoje specializante kot na tiste, ki jih bodo sčasoma zamenjali, prevzeli njihove obveznosti in naloge ter nadaljevali z dobro kirurgijo. Toda kaj, ko gre specializant potem pogosto za predolgo obdobje v učno ustanovo, češ da bi se tam »naučil kaj več«. Tam pa pogosto postane administravec, ambulantni zdravnik in »večni« drugi asistent.

Država meče stran denar za razne tuje svetovalce, v nekaterih operativnih strokah pa bolnike operirajo tujci, da se učijo operiranja pri nas, ker se na primer v Italiji ne morejo. Naši specializanti pa ne pridejo do operacij in nimajo možnosti dobiti operacijskega znanja in spretnosti, kar bi jim omogočilo biti dobri, suvereni, zaupanja vredni operaterji. Dajemo pa to možnost tujcem!? Nezaslišano!!! Majhni smo in ranljivi, vsakega našega strokovnjaka ali tistega, ki naj bi to postal, je škoda. Študij in usposabljanje sta draga in naj zato dajeta tudi kakovostne rezultate. Tujci lahko pridejo gledat operacije, morda asistirat, nikakor pa ne operirat bolnikov! Ob tem pa bi verjetno marsikoga zanimalo, koliko jih to stane in komu gre tisto, s čimer si tujci zaslužijo tak privilegij...

Dogaja pa se tudi, da gre v neki ustanovi v pokoj nek odlični vodilni specialist, pa potem zahtevnih operacij, ki jih je opravljal on in v glavnem samo on, ne zmore dobro ali sploh opraviti nihče drug. Take kirurške in ne le kirurške »veličine«, ki verjetno razmišljajo v stilu »Après moi le déluge«, nikakor niso prave veličine! Tu gre za tipično odgovornost za nekaj, česar nekdo ni naredil, odgovornost do skupnosti, ker ni omogočil, da bi se znanje nečesa pomembnega ohranilo in razvijalo!

Zdravniške organizacije bi se verjetno oglasile, da so napravile vse,

* V kirurškem žargonu kot kirurgoide opisujemo specialiste ostalih operativnih strok.

kar se da, da so se sestavili primerni sezname predpisanih posegov, elektronski list specializanta in ne vem, kaj še vse. Pa kaj to pomaga, če mladi ne operirajo toliko, da bi pridobili samozaupanje in primerno strokovnost. Med drugim pa tudi dobro poznam zgodbo, kako je prihajalo do seznama in števila zahtevanih posegov. Imamo predpisano število in vrste posegov, ki jih morajo opraviti specializanti. Ko sem bil še koordinator, sem imel vpogled v to in videl ter doživel marsikaj, predvsem pa sem od kandidatov za specialistični izpit tudi izvedel, kako je s temi seznamami predpisanih in »podpisano opravljenih« posegov. Papir vse prenese, tudi računalnik marsikaj predela, ampak če kirurg na izpitu ne more biti suveren pri praktičnem delu, če se mu zatresejo roke ali pogleduje k asistentu, potem nekaj ni prav v redu. In kot

kaže, je danes še slabše, kot je bilo. Nekateri mladi zdravniki so danes sicer bolj samozavestni, pa tudi premalo samokritični, kar je pač posledica načina izbiranja kandidatov za tako občutljiv poklic.

»Kirurška kilometrina«* ni pomembna le za osvojitve dobre in varne tehnike operiranja, ampak tudi za samozaupanje in samozavest mladih kirurgov, da ne pristopijo k težji operaciji s strahom, da znajo hitro in trezno presojeti situacijo ob nastalem zapletu ali drugi težavi med posegom. Samo to, da jih pustimo v dežurstvu same s problemom, češ »naj se nauči plavati«, ne bo zadostovalo za pridobivanje znanja in samozaupanja mladih specialistov!

Ob tem bi lahko rekel, da kirurgi raje zadovoljijo svojo strast po operiranju, kot koga naučijo, raje se skrivajo za željo, ki jo je menda izrekel

pacient, da bi ga oni operirali, kot da bi prepustili operacijo mlajšemu kolegu, mu asistirali in zagotovili, da bo potekala enako varno, kot če bi jo delali sami. Ali pa bi raje tudi kaj dobili za poseg (tako, zraven), kot pa naučili kolega, da dobro operira, saj bo potem on »kaj dobil« za to, ker ga bodo bolniki iskali in bodo hoteli, da jih operira spreten, dober operater!

Prav bi bilo, da bi se specialisti odgovorneje potrudili, da bi mladi bodoči operaterji pridobili več kirurškega operativnega znanja in izkušenj. To ni le interes teh mladih zdravnikov, ampak cele naše skupnosti, in to kljub nevhvaležnim časom ali pa prav zaradi tega!

* »Kirurška kilometrina« kot primerno število operacijskih posegov in operacijskih izkušenj.

Moj utrinek ob okrogli mizi o obveznem cepljenju »Uspešno cepljenje je pokopalo samo sebe«

Mag. Marjeta Tomšič Matić, dr. med., ZD Ljubljana
marjeta.tomsic42@gmail.com

Dragi kolegi. To, kar sem napisala v pričujočih vrsticah, za vas seveda ni nobena novica. Sistem obveznega cepljenja, kot ga predvidevajo naši predpisi, ne deluje. In to traja že leta. Sama sem temu pojavu priča že sedem let, odkar sem zaposlena v ZD Ljubljana Vič.

In v čem je dejansko problem? Na kratko naj povzamem: Na papirju bi vsak otrok moral ob določeni starosti dobiti cepivo proti nekaterim otroškim nalezljivim boleznim. V primeru, da starši cepljenje neupravičeno odklanjajo, bi jih zdravnik moral prijaviti inšpekciji, ta pa bi jih morala

oglobiti. Stvar pa se je izrodila. Zdravniki skoraj ne prijavljamo več staršev, ki odklanjajo cepljenje. Zakaj? Zato, ker so/smo obupali. Inšpekcija se praviloma le redko odzove, pa še takrat zelo anemično. Večkrat pa celo tako, da smo na koncu s tem, ko smo se držali predpisov in pošiljali prijave, imeli pediatri same sitnosti. Ironičen epilog je bil, da smo se mi morali zagovarjati pred inšpekcijo, saj so nas navadno starši (zoper katere je inšpekcija sprožila postopek) obtožili, češ da jih nismo dovolj dobro podučili o njihovih pravicah, da nismo dovolj natančno razložili, kakšne učinkovine

vsebuje cepivo, da smo odklonili predhodne podpise na nekakšna potrdila, s katerimi bi jim jamčili, da cepljenje pri njihovih otrocih ne bo izzvalo negativnih reakcij, itd. itd. Skratka, (ne)delo inšpekcije na eni strani in čedalje višja stopnja »osveščenosti« staršev, ki brskajo po internetu, se združujejo v forume, kjer eden drugega podučujejo o »nevarnih« cepivih in kako je treba izigravati sistem..., sta postopoma, a z gotovostjo zelo občutno oklestila stopnjo precepljenosti. Do te mere, da je glede posameznih boleznih že na kritični meji. Internetna doba in dostopnost informacij je iz določenega dela staršev, ki so bili v preteklosti skoraj vsi hvaležni za to, da znanost in

medicinska stroka ščitita njihove otroke, naredila kvazi medicinske strokovnjake. Ki, recimo, ko preberejo, da ima neko cepivo npr. desetisočinko (?) promila živosrebrne substance, iz tega izpeljejo besno agresijo na javni sistem pediatrije, narišejo celo zaroto farmacevtskih družb, ki baje za dobiček sistematično zastrupljajo otroke... Otroci po njihovem prepričanju zaradi cepljenja lahko zbolevajo za avtizmom, epilepsijo, nevrološkimi obolenji itd. itd. Vse te civilnodružbene skupine zaskrbljenih staršev spominjajo deloma na kvazi znanstvena bralna društva, deloma pa na versko sekto. Za njih ljudje, ki so leta in leta študirali medicino in vse življenje posvetili poslanstvu zdravljenja otrok, niso avtoriteta, ampak enostavno naslov za tisoč in eno vprašanje, pomislek in ugovor, ki ne temelji na ničemer, razen na predsodkih in govoricah. Velikokrat pa jim pediatri kot javni uslužbenci primarne ravni enostavno pomenimo priročen objekt za sproščanje. Zakaj to pišem in se jezim? Preprosto zato, ker sem pred davnimi leti kot absolventka medicine na delu v Zambiji imela priložnost videti, kakšno gorje prinesejo vse te boleznih otrokom, ki se proti njim ne cepijo. Videla sem naselje otrok, ki so zboleli za otroško paralizozo... otroke na vozičkih, telesno in duševno pohabljeni za vse življenje. Zdi se, da sta civilizacija in napredek ljudi v razvitem svetu »razvadila« do te mere, da se ne zavedajo resne nevarnosti boleznih, za katero njihovi otroci lahko zbolijo. Ne verjamejo v nevarnost boleznih, ki še niso izkoreninjene. Ne zaupajo pediatrom, ki jim razlagajo o nevarnostih boleznih, zaupajo raje internetu. In na ta način je sistem uspešnega cepljenja dosegel stopnjo, ko se ruši sam vase... Problem se mi zdi zaskrbljujoč tudi iz tega razloga, ker je razdalja med npr. Zambijo in Evropo čedalje manjša. Vse več ljudi potuje v oz. iz Afrike in v druge nerazvite države.

In kaj je rešitev, boste vprašali. Odkrito povedano: rešitve so mogoče, vendar je pri nas položaj žal tak (pa ne

samo v medicinski srenji, pač pa v vsej družbi), da večina ljudi skrbi za svoje probleme, vsi v glavnem stokajo nad slabimi razmerami, nihče pa se ne želi angažirati, bolje rečeno, izpostaviti.

V tem smislu je potekala tudi zadnja okrogla miza na Zdravniški zbornici (18. aprila) na temo cepljenja. Med drugim je nekaj pediatrov primarne pediatrije predstavilo svoje izkušnje o (ne)cepljenosti in povedalo, da sistem ne deluje, da precepljenost pada. V bistvenih potezah sem ga opisala na začetku tega pisanja. V nadaljevanju pa česa posebej izvirnega ni bilo slišati. Predstavnica direktorata za javno zdravje z Ministrstva za zdravje je zagotovila, da oni pripravljajo zakonske spremembe. Na pripombo, da te priprave potekajo že leta, je sledilo pojasnilo, da je tako, ker se ministri prehitro menjavajo. Ni mi povsem jasno, kaj naj bi imeli ministri pri iskanju rešitev. Teh je lahko več, saj so tudi sistemi, ki v drugih državah zagotavljajo zadostno precepljenost, različni. Pričakovala sem vsaj nekaj misli o možnostih, ki jih imamo, da se premaknemo s sedanje mrtve točke. Morda bi bil to poseben zakon, ki bi sistemsko ločil (pogojno rečeno) problematiko cepljenja »otroških« boleznih od ostale problematike, ki jo zajema zakon o nalezljivih boleznih. Morda je to sistem spodbud za starše, ki cepijo svoje otroke, in kazni za one, ki jih ne – kazni v smislu izločanja iz nekaterih danes samoumevnih javnih servisov (npr. javno organiziranega varstva otrok). Morda je to okrepitev inšpekcijske službe in zaostritev sankcij. Nemara bi veljalo osveščati javnost in jo – če je treba, z nekajminutnimi filmi – seznanjati z realnimi nevarnostmi obolenj, ki so trenutno sicer izginila iz naših krajev, a se lahko ob padcu precepljenosti kaj hitro vrnejo. Morda kombinacija vsega naštetega ali kaj povsem drugega. Zaskrbljujoče pa je, ker je videti, da vsi nekaj čakamo. Mi pediatri čakamo direktorat za javno zdravje, direktorat za javno zdravje čaka ministra, ki bi dovolj dolgo obsedel na stolu, da bo povedal, kakšno rešitev pričakuje... Starši pa so medtem čedalje

bolj zmedeni – nekateri so besni, ker se zaradi naše neučinkovitosti otroške boleznih vračajo, drugi pa čedalje bolj samozavestno vztrajajo pri odklanjanju cepljenja.

Sama menim, da smo pediatri premalo aktivni – tako tisti, ki so na funkcijah zadolženi za izvajanje programa cepljenja na določenem območju, kot oni, ki vodijo strokovna združenja. Morda je deloma razlog tudi to, da primarna pediatrija nima svojega mesta na katedri za pediatrijo. Predstavniki znanosti, ki prihajajo zgolj s terciarne ravni zdravstvenega sistema, gotovo ne morejo povsem enako ustrezno zastopati tegob in interesov stroke na primarni ravni.

Vzvodov za preseganje sedanjih razmer je seveda veliko, možnosti, da poiščemo najboljši model za precepljenost, tudi. Vendar: koliko časa bomo samo gledali in čakali?

Spoštovani kolegi, kolegice,

Državna komisija za splošno maturo je na Zdravniško zbornico Slovenije naslovila dopis, v katerem nas obvešča, da se pri svojem delu srečuje z obilico zdravniške dokumentacije in potrdil zdravnikov specialistov, predvsem pri obravnavi prošelj kandidatov s posebnimi potrebami oz. pri kandidatih, ki uveljavljajo prilagoditve oz. izjeme pri opravljanju izpitov splošne mature. Ugotavlja, da število kandidatov s posebnimi potrebami narašča in opaziti je porast težav v 4. letniku gimnazije in v času pisanja maturitetnih izpitov.

Zdravniška zbornica Slovenije obsoja vse vrste zlorab, zato vljudno prosi svoje člane za skrajno previdnost pri obravnavi kandidatov, ki uveljavljajo prilagoditve oz. druge izjeme pri opravljanju izpitov splošne mature.

Mihael Demšar, dr. med.
Predsednik Odbora za osnovno
zdravstvo ZZS

Dolge čakalne dobe samo podražijo zdravstvo

Prim. Marjan Fortuna, dr. med., Kranj

Da je najdražje zdravstvo s predolгими čakalnimi dobami, je menda jasno vsakomur, saj čakanje ne koristi ne izvajalcem, ne zavarovalnicam, ne delodajalcem in v prvi vrsti ne bolnikom.

Mnogo zdravnikov tarna in tudi sam imam podobne izkušnje, da nekateri bolniki kar zahtevajo, da jih pošljemo na določene preiskave, predpišemo določena zdravila, bolniški dopust, podamo predlog za zdraviliško zdravljenje itd., čeprav za to ni nobenega strokovnega razloga. V takih primerih zdravnik ne more biti razsodnik, ampak je prvenstveno vloga zavarovalnic, da to na nek način sankcionirajo (tudi s participacijami!). Mnogo je podvajanja pregledov, ko je diagnoza že znana, pa bodisi bolnik ali zdravnik želita t.i. drugo mnenje. Dokler mnogi ne morejo priti niti do prvega mnenja, je pravica do brezplačnega drugega mnenja anahronizem in bi moralo biti drugo mnenje (do)plačljivo.

Ni pa mogoče enačiti vseh čakalnih dob. Ni mogoče metati v isti koš čakalnih dob npr. v UKC Ljubljana, ki je, poleg tega, da je regionalna bolnišnica, tudi terciarna ustanova za bolnike iz vse Slovenije, ali čakalnih dob v neki manjši ustanovi. Prav tako ni mogoče enačiti čakalnih dob npr. na nekatere operacije srca ali začetek zdravljenja raka z operacijo npr. golše, kile, žolčnika ali česa podobnega.

Upam si skoraj trditi, da bi bile čakalne dobe bistveno krajše, če bi bila komunikacija med zdravniki boljša. Ob današnjih možnostih (predvsem mobilni telefoniji in elektronski pošti) bi lahko znatno olajšali dostopnost do ustrezne ambulantne in bolnišnične oskrbe. Dokler pa bo napotnica praktično

edini dokument, s katerim pošiljamo bolnike eden k drugemu, ne bo nič bolje. Osnovno pri medsebojni komunikaciji je, da napotni zdravnik (velja za vse ravni zdravstvene oskrbe) napiše osnovne podatke (ne samo bolj ali manj pravilno diagnozo). Naj navedem en primer, kako pomembni so podatki na zadnji strani napotnice. Za zdravnika, ki bolnika obravnava na urgenci, je npr. pri sinkopi izjemno pomembno, da ve, kakšni so bili vitalni znaki pred, med in po sinkopi, da o morebitnih prejšnjih boleznih niti ne govorimo. Pomanjkljivo izpolnjena napotnica je dokument, ki služi zgolj potrebam zavarovalnice in je pravzaprav vseeno, ali jo bolnik ima ali ne, in bi jo konec koncev lahko napisala tudi medicinska sestra. Iz lastnih izkušenj lahko povem, da sem bil kar nekajkrat priča napotitve bolnikov brez teh izjemno pomembnih podatkov. Enako velja za napotitve na specialistične preglede. Ali je res tako težko posneti vsaj EKG in RTG prsnih organov, če bolnika napotimo na kardiološki pregled? Resnici na ljubo je treba povedati, da mnogi to delajo korektno. Zato je nesprejemljivo, da ni mogoče napisati več kot osebne podatke, ki jih pogosto izpiše računalnik, in napotno diagnozo, povrhu še z oznako nujno, rubriki terapija in priloženi izvidi pa ostajata bolj ali manj prazni. In ravno to se sedaj dogaja, ko je bil sprejet pravilnik o še dopustnih čakalnih dobah, saj je čedalje več bolnikov napotnih z oznako nujno ali celo urgentno. Tudi izkušenemu zdravniku je težko presoditi, kako resni so simptomi bolezni in ali je za to potrebna prednostna obravnava, ne da bi imel na voljo vsaj nekaj osnovnih preiskav. Čakalne dobe na specialistični pregled so nemalokrat posledica ravno dej-

stva, da prihajajo bolniki na pregled brez osnovnih preiskav, ki jih je mogoče opraviti praktično v vsaki ambulanti. Priznati pa moramo, da smo, kot rečeno že na začetku, pogosto pod pritiskom bolnikov ali svojcev, ki zahtevajo nujni pregled.

Za skrajšanje čakalnih dob je, po mojih večletnih izkušnjah v kardiološki ambulanti na Polikliniki UKC Ljubljana, povsod, kjer so nesprejemljivo dolge, potrebna triaža, ne pa grožnje z ne tako majhnimi kaznimi. Ali ni bolj pravilno, da bi stopnjo nujnosti presojali specialisti? Čeprav je triaža lahko zelo tvegana, ni boljše in bolj pravičnega načina razvrščanja bolnikov. Nekateri odmevni in žal tragični dogodki so verjetno vsaj delno posledica slabe ali neustrezne triaže. Znani so mi pomisleki mojih kolegov, ki triažo odklanjajo, češ če bolnika ne pregledaš, ne moreš presoditi, za kako urgentno stanje gre. To je sicer deloma res, pa vendar je, ob določenih izkušnjah in znanju, to v večini primerov edini način, da skrajšamo čakalne dobe. Ali ni bolj nevarno bolnike naročiti na pregled enostavno po vrsti, tako kot prihajajo v ambulante, ali po tem, kako so glasni in nepotrpežljivi? Triažo mora vsekakor opravljati čim bolj izkušen kader, kar pa v danih okoliščinah ni nujno vedno zdravnik.

Čakalne dobe v zdravstvenih zavodih, pa naj gre za čakalne dobe na preglede ali na posege, vključno z operacijami, so zelo različne in ni mogoče na splošno govoriti o povprečnih čakalnih dobah. Z vso odgovornostjo lahko trdim, da urgentni bolnik ne čaka, res pa je, da ima vsakdo nekoliko svojo predstavo o tem, kaj je urgenten primer, kar pa je verjetno posledica predvsem znanja in izkušenj.

Glavni razlogi za dolge čakalne dobe so v tem, da so kadrovske,

prostorske in druge zmogljivosti (predvsem za nekatere diagnostične preiskave) omejene in ponekod premalo izkoriščene, a hkrati, bodimo iskreni, tudi ali pa predvsem zato, ker plačnik storitev ni sposoben plačati vsega, kar zdravstvo lahko naredi. Problem pa niso samo neizkoriščene aparature, ampak tudi pomanjkanje ljudi, ki znajo z njimi delati. Drug pomemben razlog pa je neverjetna razdrobljenost in slaba povezanost med posameznimi izvajalci. Zato je mnogo podvajanja pregledov in preiskav, kar vse povzroča še dodatno daljše čakalne dobe. To pa za seboj potegne tudi večje stroške (daljše bolniške odsotnosti, višje potne stroške, večjo porabo zdravil in ne nazadnje tudi večjo umrljivost).

Pravilnik o še dopustnih čakalnih dobah ne bo rešil problemov, dokler ne bo celostno urejeno financiranje zdravstvene oskrbe od trenutka, ko bolnik zaradi nekega problema poišče zdravniško pomoč. Ob sprejetem pravilniku in zagroženih kaznih se kaže vsa hipokrizija odgovornih za organizacijo zdravstva. Vsaj za internistiko v UKC Ljubljana velja, da vsako leto presega načrtovano število hospitaliziranih bolnikov in ambulantnih pregledov, opravi torej več zdravstvenih storitev, kot jih zavarovalnica plača. Če bi zavarovalnica lahko plačala vse, kar zdravniki lahko naredimo, in bi bile še (pre)dolge čakalne dobe, potem bi bile kazni morda še upravičene. Dokler pa ni tako, bodo te imele nasproten učinek. Prisiljeni bomo delati strogo po

določilih še vedno veljavne zelene knjige, ki je v veljavi že več kot trideset let.

Zdravstvena reforma ne bo uspešna, če se je ne bomo lotili v temeljih. Ti pa so sistem tako obveznega kot tudi dodatnega zavarovalništva (ne dopolnilnega, ki je v bistvu le del obveznega). Pogosto posamezniki in razna civilna združenja kar zahtevajo, kakšno bi moralo biti zdravstvo, redki pa so tisti, ki se tudi vprašajo, kakšno zdravstvo smo sposobni plačati z vsemi možnimi oblikami zavarovanja. Vsi sistemi zavarovalništva temeljijo na vzajemnosti in solidarnosti, vendar do določene meje. Od vsakega posameznika pa je potem odvisno, ali in za katera tveganja se bo zavaroval posebej.



To je izziv za našo generacijo

Intervju z Mihajlom Djokičem, dr. med., in
Katjo Jakopič, dr. med., ustanoviteljema Slovenskega kirurškega kluba

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



Mlajši zdravniki in zobozdravniki se že vrsto let srečujejo na debatnih srečanjih po mednarodnem vzoru »Journal Clubov«. Pred kratkim pa se je pojavil še Slovenski kirurški klub (SKK), ki s svojo spletno stranjo nagovarja predvsem mlajše zdravnike specialiste, da se združijo v enotno organizacijo. Njihova spletna stran deluje sveže in sodobno. Zakaj so se odločili za ustanovitev še enega kluba, kaj so njihovi cilji in nameni,

smo se pogovarjali s podpredsednico SKK Katjo Jakopič, dr. med., in s predsednikom SKK dr. Mihajlom Djokičem, dr. med.

Na vaši spletni strani piše, da je Slovenski kirurški klub demokratično, samostojno, nepolitično, nestransko in prostovoljno društvo. Namen delovanja društva je organizacija izobraževanj, namenjenih mlajši generaciji specialistov, specializantov. Kako je prišlo do ustanovitve kluba?

Jakopič: Želja po ustanovitvi je prišla s strani mlajših specialistov kirurških strok. Želja predvsem po tem, da bi imeli več samostojnosti pri organizaciji izobraževanj. Želeli smo si tistih strokovnih tem, ki zanimajo nas, in predstaviti tiste izkušnje, za katere menimo, da bi koristile mlajšim kolegom. Ravno prav suvereni smo, da nekaj vemo o medicini, in ravno toliko vemo, da nam je jasno, kaj vse nam še manjka – to je predvsem interdisciplinarno sodelovanje. Namesto da brskamo po literaturi, zdaj vprašamo kolege. Želimo si večjo povezanost in boljše sodelovanje med zdravniki in zdravstvenimi ustanovami po vsej Sloveniji. Tudi med kliničnima centroma Ljubljana in Maribor, saj malo tekmovalnosti vedno koristi. Hkrati na takih srečanjih ugotavljamo, da se na različnih področjih in v različnih ustanovah srečujemo s podobnimi težavami, in to nam daje zagon, da vztrajamo naprej. Pogosto so tudi v manjših bolnišnicah vrhunski strokovnjaki za določeno področje, ki pa imajo zaradi obilice rutine in oddaljenosti od izobraževalnih centrov morda manj časa in motivacije, da bi to znanje širili. S tem klubom jim želimo nuditi orodje, da lažje organizirajo kaka predavanja in delavnice ter s tem izboljšujejo stroko v prihodnosti. Kolegi naše generacije se odzivajo,

pripravljeni so sodelovati. To nam je dalo potrditev, da delamo prav. Dejansko si želimo zlesti iz otopenosti; naš klub ni kritika starejših kolegov, drugih institucij, temveč izziv za našo generacijo, da nekaj naredi, se izogne večnemu kritiziranju in prevzame pobudo. Ne samo govoriti, da mlajši kolegi nič ne znajo – raje jih kaj naučimo!

Djokič: Res je, želimo si večjo povezanost, sodelovanje in interdisciplinarno pretočnost informacij.

Želimo širiti znanje, pridobljeno v tujini ali s študijami, ter sooblikovati pogled na trenutno razumevanje bolezni in pristope zdravljenja. Pomembno se nam zdi spodbujati mlajše kolege, na katerih stoji prihodnost slovenske medicine, k pridobivanju spretnosti in znanja. In ne nazadnje želimo tudi priložnost za obnovev stikov s kolegi na drugih področjih ter pridobivanje novih poznanstev v vzajemno dobrobit, kot je že omenila Katja.

Spremembe ne pridejo, če čakamo koga drugega ali neke druge čase.

Mi smo tisti, ki smo jih čakali, mi smo sprememba, ki jo hočemo.

Barack Obama

Podobne organizacije, ki tudi mlajšim zagotavljajo strokovno izpopolnjevanje, imajo v slovenskem prostoru dolgo tradicijo. Kako to, da se niste našli v že obstoječem sistemu?

Jakopič: Zato ker smo želeli svobodo, da delamo tisto, kar želimo. Mogoče želimo dokaza-



ti tudi sami sebi, da zmoremo. Znotraj UKC, znotraj kliničnega oddelka je administracija zapletena in dolgotrajna, zato se hitreje odločiš za lastno organizacijo. Nismo želeli izgubiti občutka svobode. Ta trenutek nas je aktivnih članov 30 specialistov z vseh področij. Izobraževanja so brezplačna, s prihodnjimi srečanji pa računamo na večjo udeležbo.

Djokič: Mi ne izključujemo nobenega združevanja, res pa je, da so člani kluba izglasovali, da smo samostojni in ne pod okriljem Slovenskega zdravniškega društva. Radi bi povabili starejše kolege, da delijo z nami neprecenljive izkušnje, ki nam še niso dostopne. Hkrati bi jim radi izrazili hvaležnost in priznanje. Mislim, da lahko samo s skupnimi močmi gradimo na izboljševanju kakovosti zdravstva in znanja. Želimo pokazati, da smo pomemben in aktiven del sistema, in želimo prispevati svoj delež pri izboljševanju trenutnega stanja zdravstva in stroke.

Odzivi na vaš klub so različni; na eni strani vas pozdravljajo kot debatni klub po angleškem vzoru, na drugi strani pa so izraženi pomisleki ob

razpršenosti zdravniških organizacij, sindikatov, klubov.

Jakopič: Nismo izključili možnosti povezovanja, a naša generacija ima očitno drugačen pogled in želi nekaj narediti po svoje. Nam se je zdelo, da bomo bolj svobodni, tako kot mi hočemo. Zaradi tega imamo več birokratskega dela. Želeli smo biti izven obstoječega kalupa.

Djokič: Vsi se po končanem študiju izgubimo nekje v sistemu, zato se nam to generacijsko druženje zdi zelo pomembno. Tudi preko institucij, na podlagi strokovnega področja, ki ga pokrivamo.

Do sedaj ste organizirali kar nekaj uspešnih delavnic in predavanj. Nam lahko poveste kaj več?

Jakopič: Skušamo poiskati teme iz različnih vej kirurgije, ki pa so še vseeno zanimive za slušatelje. Organizirali smo že interdisciplinarno srečanje »Endoskopija – ali lahko nadomesti odprto kirurgijo?«, delavnico laparoskopije za specializante urologije, predavanja »Kdo se boji akutnega abdomna?« za specializante travmatologije.

Za letošnje leto imamo v načrtu še srečanja »Visceralna travma« za travmatologe in abdominalne kirurge ter »Patologija medeničnega dna« za urologe, ginekologe in abdominalne kirurge. To je na primer tema, ki pokriva različna področja; vsi delamo posege na različne načine, zato je bolje, da smo usklajeni in da sodelujemo med seboj. Predavanja so bila do sedaj na travmatološki kliniki.

Djokič: Morda še to: trenutno so v združenju aktivni predstavniki abdominalne kirurgije, ginekologije in porodništva, travmatologije, urologije, maksilofacialne, torakalne, splošne, kardiovaskularne, onkološke, plastične in estetske kirurgije ter kirurgije pri otrocih. Pričakujemo še pridružitve kolegov z ortopedije in ORL, dobrodošle pa so tudi vse ostale kirurške veje.

Najlepša hvala za pogovor.

Okužba z bakterijo *Helicobacter pylori* – od gastritisa do raka želodca

Nastopno predavanje ob izvolitvi v naziv rednega profesorja

Prof. dr. Bojan Tepeš, dr. med., Abakus medico, Diagnostični center Rogaška

bojan.tepes@siol.net

Približno 50 odstotkov ljudi na svetu je okuženih z bakterijo *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), v Sloveniji je okuženih 25 odstotkov vseh prebivalcev. Do okužbe pride v otroštvu, navadno pred osmim letom starosti. Okužba brez usmerjenega zdravljenja ostaja kronična skozi vse življenje. Zaradi okužbe 20 odstotkov bolnikov zboli za razjedo želodca ali dvanajstnika, lahko pa se kot posledica okužbe razvije tudi MALT-limfomom, ali žlezni rak želodca. Kakšen bo izhod okužbe, je odvisno od vrste seva *H. pylori*, od imunskega odgovora bolnika in od nekaterih drugih dejavnikov okolja (vnos soli, nitratov s hrano, kajenje).

Prva priporočila za zdravljenje okužbe je Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo (SZGH) sprejelo že leta 1997. Z upoštevanjem teh priporočil smo ob odstranitvi okužbe prekinili kronični potek razjed želodca in dvanajstnika in bistveno zmanjšali potrebe po kirurškem zdravljenju teh bolnikov. Danes tudi vemo, da je okužbo s *H. pylori* treba poiskati in zdraviti pri vseh bolnikih, ki bodo trajno jemali antiagregacijsko terapijo in nesteroidna protivnetna zdravila.

Že v letu 1994 je IARC (International Agency for Research on Cancer) spoznala *H. pylori* za kancerogen prvega reda. Vsi okuženi bolniki imajo histološko sliko aktivnega kroničnega gastritisa, pri 40 odstotkih okuženih pa se razvije intestinalna metaplazija, ki predstavlja predrakavo spremembo. Kronični gastritis je po odstranitvi bakterije *H. pylori* reverzibilen, intestinalna metaplazija pa ne. Dokazano je, da se s pravočasno odstranitvijo okužbe da preprečiti nastanek raka želodca. V kolikor pa je že prisotna obsežna intestinalna metaplazija, pa lahko rak želodca nastane tudi po odstranitvi okužbe s *H. pylori*. Vendar je tudi pri teh bolnikih možno to možnost zmanjšati, v kolikor okužbo ozdravimo.

Na osnovi številnih raziskav je IARC v letu 2014 izdal knjigo o okužbi s *H. pylori* in raku

želodca, v kateri trdi, da 89 odstotkov vseh rakov želodca brez rakov kardije nastane kot posledica kronične okužbe s *H. pylori*. Med vsemi raki, ki so posledica okužb v razvitem svetu, je *H. pylori* odgovoren za 50,3 odstotka rakov. Na drugem mestu je okužba s papiloma virusi s 26,6 odstotka, na tretjem mestu pa okužba z virusnim hepatitisom B in C z 18,1 odstotka.

Iz vsega povedanega logično sledi, da bi bilo možno preprečiti oziroma bistveno zmanjšati breme raka želodca tudi v Sloveniji. Po podatkih Registra raka Republike Slovenije za leto 2010 smo imeli 468 rakov želodca (278 pri moških in 190 pri ženskah). V istem letu je umrlo 398 bolnikov z rakom želodca. Petletno preživetje teh bolnikov je 24,4-odstotno.

V zadnjem poročilu IARC, ki je bilo izdano lani, je zapisano, da obstajajo dokazi, da je možno s pravočasnim nacionalnim presejanjem na okužbo in z zdravljenjem pri večini asimptomatskih nosilcev okužbe pred nastankom predrakavih sprememb sluznice preprečiti nastanek raka želodca. Tak pristop je tudi s stališča analize stroški – korist za državo ugoden.

SZGH je že leta 2011 na Zdravstveni svet Ministrstva za zdravje vložila pobudo za začetek nacionalnega presejanja na okužbo s *Helicobacter pylori* in zdravljenja okuženih. Primerno bi bilo, da se takšno presejanje začne med 20. in 30. letom, torej vsaj 15 do 20 let pred pojavom raka želodca v populaciji. Takrat okuženi še nimajo predrakavih sprememb na sluznici želodca. Z današnjimi novimi shemami zdravljenja je okužbo s prvim poskusom mogoče ozdraviti pri več kot 90 odstotkih bolnikov. Skupna možnost ozdravitve po treh poskusih zdravljenja je okrog 98-odstotna.

Umrljivost zaradi raka želodca je možno zmanjšati tudi pri tistih starejših bolnikih, ki že imajo predrakave spremembe sluznice, v kolikor jim najdemo in ozdravimo okužbo. Pri tej skupini bolnikov moramo ob endoskopiji odvzeti pet

vzorcev za histološko preiskavo po sydneyjskem protokolu, ki nam omogoči oceno razširjenosti intestinalne metaplazije. Bolnike razvrstimo v različne stopnje ogroženosti s pomočjo klasifikacije OLGIM (Operative Link on Gastric Intestinal Metaplasia Assessment). Tiste s stopnjo II do IV moramo redno spremljati (endoskopija in histologija) po priporočilih MAPS (Shema obravnave in sledenja bolnikov s prekancerozo želodca) in SZGH. Le tako bomo lahko bolezen odkrili v dovolj zgodnjem stadiju, ki omogoča boljše petletno preživetje.

Bolnike z obsežno intestinalno metaplazijo lahko iščemo tudi s serološko biopsijo. Z določitvijo pepsinogena I in II in z izračunom razmerja med njima se da obsežno intestinalno metaplazijo in atrofijo sluznice ugotoviti tudi s pomočjo krvne preiskave.

Menim, da je napočil čas, da v Sloveniji čim prej začnemo z nacionalnim programom za presejanje na okužbo s *Helicobacter pylori* in z zdravljenjem okuženih. S 23,4/100.000 novih primerov raka želodca letno sodi Slovenija med države s srednje veliko incidenco raka želodca. Ta incidenca je med najvišjimi v Evropi.



Dodatna literatura:

1. www.globocan.iarc.fr
2. Pounder RE, Ng D. The prevalence of *Helicobacter pylori* infection in different countries. *Aliment Pharmacol Ther* 1995; 9 Suppl 2: 33–9.
3. Gubina M, Tepeš B, Vidmar G, et al. *Helicobacter pylori* prevalence in Slovenia in 2005. *Zdrav Vestn* 2006; 75: 169–73.
4. Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, Correa P. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994. *Am J Surg Pathol* 1996; 20(10): 1161–81.
5. De Vries AC, Haringsma J, Kuipers EJ. The detection, surveillance and treatment of premalignant gastric lesions related to *Helicobacter pylori* infection. *Helicobacter* 2007; 12: 1–15.
6. Tepeš B, Kavcic B, Zaletel-Kragelj L, et al. Two-to four-year histologic follow-up of gastric mucosa after *Helicobacter pylori* eradication. *J Pathol* 1999; 188: 24–9.
7. Tepeš B, Štabuc B. Slovenian Society for Gastroenterology and Hepatology guidelines on the management of *Helicobacter pylori* infection. *Zdrav vestn* 2011; 80: 847–58.
8. Tepeš B, Ojsteršek Z. Cumulative *Helicobacter pylori* eradication rates in Slovenia in the year 2008. *Zdrav vestn* 2010; 79: 19–24.
9. Tepeš B, O'Connor A, Gisbert JP, O'Morain C. Treatment of *Helicobacter pylori* infection 2012. *Helicobacter* 2012; 17 (Suppl. 1): 36–42.
10. Capelle LG, de Vries AC, Haringsma J, et al. The staging of gastritis with the OLGA system by using intestinal metaplasia as an accurate alternative for atrophic gastritis. *Gastrointest Endosc* 2010; 71: 1150–8.
11. Tepeš B, Zidar N, Leban M. Priporočila za endoskopsko in histološko spremljanje bolnikov s kroničnim gastritisom in predkancerozami želodca. *Zdravniški vestnik* 2014, 83: 93–101.

Pojavljanje ošpic v okolju, kjer je precepljenost visoka in ni kroženja divjega virusa

Tatjana Frelih, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje
dr. Marta Grgič Vitek, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje
tatjana.frelih@nijz.si, marta.vitek@nijz.si

Zaenkrat velja prepričanje, da je imunost po okužbi z divjim virusom ošpic dosmrtna. Vendar so tudi pri

tistih, ki so ošpice preboleli, opisani primeri ponovnih okužb (1, 2). Upadanje imunosti z leti (počasneje pri

tistih, ki so ošpice preboleli, hitreje pri tistih, ki so bili cepljeni) ima lahko ob stiku z divjim virusom za posledico pojav modificiranih ošpic. Blage, modificirane ošpice lahko včasih predstavljajo težave pri prepoznavanju in diagnostiki. Predvsem v okoljih, kjer je precepljenost (delež cepljenih) visoka in ni več kroženja divjega

virusa, v izbruhih zbolevalo tudi popolno ali nepopolno cepljene osebe.

To se je pokazalo tudi ob zadnjem izbruhu, povezanem z mednarodno pasjo razstavo v Vrtojbi. Med 44 obolelimi je bilo 12 oseb popolno cepljenih proti ošpicam, 9 je bilo cepljenih z enim odmerkom, 10 oseb ni bilo cepljenih, za ostale pa ni bilo podatka o cepljenju.

Veliko vprašanj se je pojavilo tudi, ko je zbolela dvakrat cepljena medicinska sestra s Pediatrične klinike.

Vendar posamezni pojavi ošpic pri cepljenih osebah nikakor niso dokaz, da cepljenje ni učinkovito, pač pa so posledica dejstva, da cepiva niso 100-odstotno učinkovita ter da po cepljenju z leti imunost upada.

Epidemiologija ošpic v Sloveniji

V Sloveniji se je po uvedbi rednega cepljenja v letu 1968 incidenca ošpic bistveno zmanjšala v primerjavi z obdobjem pred cepljenjem.

Cepljenje z drugim odmerkom je bilo uvedeno prvič v letu 1974 za otroke v 4. ali 5. letu starosti, ki so že bili enkrat cepljeni, za otroke ob vstopu v šolo pa leta 1978. Tako so osebe, rojene leta 1969 in kasneje, praviloma prejele dva odmerka cepiva proti ošpicam. Od leta 1990 so otroci pri nas cepljeni z dvema odmerkoma kombiniranega cepiva proti ošpicam, mumpsu in rdečkam (OMR).

Od leta 2000 do leta 2009 se ošpice v Sloveniji niso pojavljale, v letu 2010 smo po desetih letih odsotnosti te bolezni ponovno zabeležili dva primera ošpic in en primer modificiranih ošpic. V letu 2011 je bilo zabeleženih 22 bolnikov z ošpicami, od teh je bilo 6 primerov vnesenih iz tujine (Francija, Italija, Romunija), ostali zboleli pa so bili naši prebivalci, ki so prišli v stik z njimi. V letu 2012 in 2013 smo zabeležili le posamezne vnesene primere. V letu 2014 smo skupno zabeležili 52 zbolelih za ošpicami, 8 primerov v povezavi z vnosom iz Bosne in Hercegovine (BiH), 44 pa v povezavi z mednarodno

pasjo razstavo v Vrtojbi. V letu 2015 smo do sedaj zabeležili 19 zbolelih za ošpicami, od teh jih je vsaj 10 povezanih z vnosom iz BiH, dva pa z vnosom iz Avstrije. Glede na zbrane podatke o cepljenju sta bila dva zbolela cepljena z dvema odmerkoma, šest z enim odmerkom, trije niso bili cepljeni, za ostale pa ni podatka.

Za učinkovito preprečevanje izbruhov ošpic je zelo pomembno, da bolnike z ošpicami hitro prepoznamo, izoliramo, osebe, ki so bile z njimi v stiku, pa zaščitimo s cepivom ali imunoglobulini, če je potrebno.

Klinična slika ošpic

Ošpice povzroča virus ošpic iz družine *Paramyxoviridae*, rod *Morbillivirus* (3).

Okužba z virusom ošpic lahko povzroči različne klinične slike (4):

Klasične ošpice (okužba z divjim virusom ošpic pri imunokompetentnih bolnikih)

Inkubacijska doba traja od 7 do 21, v povprečju od 10 do 14 dni.

Za prodromalno obdobje je značilen pojav simptomov, kot so zvišana telesna temperatura, splošno slabo počutje, izguba apetita, pojavijo se kataralni znaki, kot so konjunktivitis, nahod, suh kašelj. Konjunktivitis lahko spremlja tudi solzenje ali fotofobija (5). Vročina je običajno visoka (38 °C–40 °C) samo prvi dan, morda še drugi dan, nato pade, splošno počutje se izboljša. Za ošpice značilen enantem, znan kot Koplikove pege, se pojavi drugi ali tretji dan prodromov. Pojavi se na sluznici ust nasproti kočnikom kot mlečnobeke pikice, velike 1–3 mm, posamično ali v večjih skupinah. Opisujejo jih kot »zrna soli na rdečem ozadju« (6). Za diagnostiko ošpic imajo velik pomen, pojavijo se približno 48 ur pred značilnim izpuščajem. Če pri otroku vidimo Koplikove pege, je gotovo, da ima ošpice, čeprav še ni pravega izpuščaja. Vendar se ta enantem ne pojavi pri vseh bolnikih z ošpicami. Značilen makulopapulozni izpuščaj se pojavi 3. do 4. dan po začetku prodromalnega obdobja oz. 13. do 14. dan po okužbi. Začne se na

obrazu, najprej opazimo posamezne rdeče pege za ušesi, nato se širi na obraz in lasišče, vrat in zgornje oprsje. Drugi dan se razširi na trup, tretji dan še na okončine, na obrazu v tem času začne že bledeti. Izpuščaj je lahko tudi hemoragičen. Bolniki se počutijo zelo slabo, obseg in stopnja izpuščaja običajno sovpadata z resnostjo bolezni pri otrocih.

Obdobje izpuščaja traja od 2 do 4 dni, izgine v enakem vrstnem redu, kot se je pojavljal, koža se fino lušči nekaj dni. Klinično izboljšanje se običajno pojavi v 48 urah po pojavu izpuščaja.

Bolnik je kužen že 4 dni pred pojavom izpuščaja in še 4 dni po izpuščaju (3).

Temperatura pade tretji do četrti dan po izpuščaju, kašelj običajno traja od enega do dveh tednov po okužbi z virusom ošpic. Na mestu izpuščaja še kakih 10 dni vidimo modrikasto-rjavkaste pege.

Imunost po okužbi je običajno dosmrtna, čeprav so opisani redki primeri ponovne okužbe.

Modificirane ošpice (okužba z divjim virusom ošpic pri bolnikih z delno, nepopolno imunostjo)

Potek je podoben kot pri klasičnih ošpicah, klinična slika je ponavadi blažja, inkubacijska doba pa daljša (od 17 do 21 dni).

Modificirane ošpice se lahko pojavijo pri posameznikih z delno imunostjo v naslednjih primerih:

- pri novorojenčkih zaradi prenosa transplacentalnih protiteles od matere na otroka,
- pri osebah, ki so prejele imunoglobuline,
- pri osebah, cepljenih proti ošpicam, s sekundarno neodzivnostjo na cepljenje,
- pri osebah, ki so ošpice prebolele in je prišlo do reinfekcije.

Prenos virusa ošpic pri bolnikih z modificiranimi ošpicami je omejen ali pa do prenosa sploh ne pride (7).

V slovenskih učbenikih namesto tega zasledimo izraz »mitigirane« ošpice (iz lat. besede mitigare – nare-

diti blažje, lažje), ki se uporablja predvsem v nemški literaturi.

Atipične ošpice (okužba z divjim virusom ošpic pri bolnikih, ki so bili cepljeni z mrtvim cepivom; v Sloveniji nismo nikoli cepili z mrtvim cepivom proti ošpicam, tako cepivo so uporabljali v ZDA med leti 1963 in 1967)

Atipične ošpice pogosto potekajo s težko klinično sliko, pri mnogih bolnikih se pojavi dihalna stiska. Bolniki z atipičnimi ošpicami najverjetneje niso prenašalci virusa ošpic (8).

Težka oblika ošpic

Tveganje za pojav ošpic s težko klinično sliko je pri osebah z okrnjeno imunostjo (pomanjkljivost T-celic pri levkemijah, limfomih, HIV/AIDS) in tudi pri otrocih v državah v razvoju, ki so podhranjeni, posebno pri tistih s pomanjkanjem vitamina A. Smrtnost pri teh bolnikih je lahko do 25-odstotna (10).

Zapleti po ošpicah

Najpogostejši zapleti so **vnetje srednjega ušesa, pljučnica, bronhiolitis**, redkeje **akutni diseminirani encefalomyelitis (ADEM) ter subakutni sklerozirajoči panencefalitis (SSPE)**.

ADEM se pojavi običajno v dveh tednih po izpuščaju in je poznan tudi kot postinfekcijski ali encefalomyelitis po cepljenju. Domnevajo, da gre v tem primeru za avtoimunski odziv in ne za akutno okužbo centralnega živčevja z virusom ošpic. Pojavi se pri enem na 800 primerov ošpic, smrtnost je visoka (11).

SSPE je smrtna, progresivna degenerativna bolezen osrednjega živčevja, ki se pojavi od 7 do 10 let po okužbi z divjim virusom ošpic. Patogeneza ni dobro poznana, lahko vključuje trdovratne okužbe z genetsko varianto virusa ošpic v osrednjem živčevju. Bolniki z SSPE so običajno stari ≤ 20 let. Zgodnja okužba z ošpicami, pred starostjo dveh let, je dejavnik tveganja za SSPE. V ZDA je bila v letih 1989–1991, ko so se

ponovno pojavljale ošpice, ocenjena pojavnost SSPE 4–11 na 100.000 primerov ošpic (3).

Diagnostika ošpic

Določanje IgM- in IgG-protiteles

Ošpice običajno potrdimo z dokazom specifičnih IgM-protiteles, verižno reakcijo s polimerazo (PCR), redkeje z osamitvijo virusa. Specifična IgM-protitelesa proti virusu ošpic je običajno mogoče zaznati tri dni po pojavu izpuščaja, včasih že dan prej, in še približno 30 dni po pojavu izpuščaja. Specifična IgG-protitelesa proti virusu ošpic se običajno ne pojavijo do sedem dni po pojavu izpuščaja, vrh dosežejo običajno okoli 14 dni po pojavu izpuščaja.

Dokazovanje RNA virusa ošpic (PCR)

Najprimernejši vzorec za preiskavo PCR je bris žrela ali nazofarinksa, lahko tudi urin bolnika. Vzorce vzamemo čim prej po pojavu izpuščaja. Odvzem dveh vzorcev, brisa žrela in urina, poveča verjetnost za dokaz virusa.

Osamitev virusa

Osamitev virusa je zahtevna in se v rutinski diagnostiki ne uporablja.

V državah z nizko prevalenco ošpic za potrditev ošpic običajno uporabljajo parni serum, kjer dokazujejo dinamiko titrov IgM- in IgG-protiteles (3). V državah z visoko prevalenco ošpic Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) za potrditev ošpic priporoča kot standardni test dokazovanje IgM-protiteles v serumu (9).

Do težav pri opredelitvi ošpic pride pri osebah, ki so bile predhodno cepljene z enim ali dvema odmerkoma cepiva proti ošpicam. V takih primerih negativen IgM ne pomeni, da oseba nima ošpic. Pojav IgM-protiteles pri delno ali popolno cepljenih, ki zbolijo, je upočasnen zaradi hitrega odziva IgG-protiteles, ki interferirajo z nastajanjem IgM-protiteles. Podobno velja tudi za interpretacijo PCR-te-

sta, ki je pri cepljenih osebah, ki zbolijo, lahko pozitiven ali negativen, ker ga težko dokažemo (ujamemo), saj je izločanje virusa prehodno in kratkotrajno iz istih razlogov kot pojavljanje IgM-protiteles. Pri popolno ali delno cepljenih osebah, ki zbolijo za ošpicami, je značilen hiter in močan odziv IgG-protiteles. Za laboratorijsko potrditev ošpic pri predhodno cepljenih si pomagamo z odvzemom parnega seruma (odvzet 5–10 dni po akutnem serumu), kjer ponovno dokazujemo IgM- in IgG-protitelesa. Če so v parnem serumu IgM-protitelesa še vedno negativna, nam dinamika IgG dokaže ali ovrže ošpice. V takih primerih je zelo uporaben test avidnosti, ki lahko v enem samem serumu potrdi svežo okužbo, prav tako nam test avidnosti lahko pove, ali gre za primarno oz. sekundarno neodzivnost na cepljenje. Test avidnosti se ne uporablja rutinsko, temveč za dokazovanje neobičajnih primerov ošpic in predvsem v izbruhih, kjer zbolevalo tudi popolno ali delno cepljeni (3).

Preprečevanje ošpic

Ošpice preprečujemo s cepljenjem. Osebam, ki nimajo dokaza o zaščiti proti ošpicam, priporočamo cepljenje s cepivom proti ošpicam, mumpsu in rdečkam (OMR). Za tiste, ki še niso bili cepljeni, sta priporočljiva dva odmerka v razmaku najmanj mesec dni, za cepljene z enim odmerkom je priporočljiv še en odmerek cepiva.

Serološko testiranje pred cepljenjem ni potrebno.

»Sprejemljivi« dokazi zaščite proti ošpicam:

- oseba ima pisno dokazilo o cepljenju z dvema odmerkoma cepiva proti ošpicam (OMR),
- oseba ima zdravstveno dokumentacijo o prebolelih ošpicah,
- oseba ima laboratorijski dokaz o prisotnosti specifičnih IgG-protiteles proti virusu ošpic, iz katerega je razvidno, da je zaščitena proti ošpicam,
- oseba je rojena pred letom 1960 (za te osebe velja, da so ošpice prebolele).

Zdravstveni delavci morajo imeti dokumentacijo o zaščiti proti ošpicam (glej »sprejemljivi« dokazi zaščite proti ošpicam), ki je hitro dostopna na delovnem mestu. Pozitivni izvidi morebitnih opravljenih seroloških testiranj za ugotavljanje zaščite proti ošpicam so prav tako sestavni del te dokumentacije. V okviru komisije za obvladovanje bolnišničnih okužb (KOBO) mora biti v vsaki zdravstveni ustanovi imenovana odgovorna oseba, ki skrbi za tovrstno dokumentacijo zaposlenih zdravstvenih delavcev. To je pomembno predvsem ob izbruhu in kadar pride zdravstveni delavec v neposreden stik z bolnikom z ošpicami:

- zaščiteni zdravstveni delavec lahko opravlja svoje delo nemoteno naprej, brez serološkega testiranja; če vseeno zbolí, se mora izolirati in o tem takoj obvestiti odgovorno osebo iz KOBO;
- če je bil cepljen samo z enim odmerkom, prejme drug odmerek cepiva in se lahko takoj vrne na delo;

- če nima dokazila o zaščiti proti ošpicam, opravi serološko testiranje in mora biti do rezultatov testiranja izključen z delovnega mesta;
- če je s testiranjem zaščita dokazana, se lahko takoj vrne na delovno mesto;
- če zaščita s testiranjem ni dokazana, prične s poekspozicijskim cepljenjem (skupno naj dobi dva odmerka cepiva s presledkom vsaj enega meseca), vendar mora biti (ne glede na poekspozicijsko cepljenje) izključen iz ustanove od 5. do 21. dne po izpostavljenosti.

Starostna doba ljudi se daljša, imunost proti ošpicam po cepljenju z leti upada, kroženja divjega virusa ošpic v okolju z visoko precepljenostjo ni, ljudje nimajo možnosti naravne reimunizacije. V bodoče zato lahko pričakujemo vedno več modificiranih ošpic. Zdi se, da je možnost prenosa virusa ošpic z osebe z modificiranimi ošpicami na dovzetne osebe omejena oz. do prenosa sploh ne pride (7). Ob tem se postavlja vprašanje, ali je treba

osebe, ki so bile v stiku z bolniki z modificiranimi ošpicami, obravnavati enako kot tiste, ki so bile v stiku s klasičnimi ošpicami. Zanesljivega in varnega odgovora še nimamo, zato je zelo pomembno, da ob izbruhih natančno proučimo in spremljamo bolnike z modificiranimi ošpicami ter skušamo ugotoviti, koliko sekundarnih primerov ošpic so povzročili.

Literatura:

1. Schaffner W, Schluederberg AE, Byrne. Clinical epidemiology of sporadic measles in a highly immunized population. *N Engl J Med* 1968; 279: 783.
2. Cherry JD, Feigin RD, Lobes LA Jr, in sod. Urban measles in the vaccine era: a clinical, epidemiologic, and serologic study. *J Pediatr* 1972; 81: 217.
3. CDC. Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases. Pridobljeno 13.4.2015 s spletne strani: <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/chpt07-measles.html>
4. Moss WJ, Griffin DE. Measles. *Lancet* 2012; 379: 153.
5. Cherry JD. Measles virus. V: *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*, 6th ed, Feigin RD, Cherry JD, Demmler-Harrison GJ, et al (Eds), Saunders, Philadelphia 2009. p.2427.
6. Bernstein DI, Schiff GM. Measles. V: *Infectious Diseases*, Gorbach SL, Bartlett JG, Blacklow NR (Eds), WB Saunders, Philadelphia 1998. p.1296.
7. Rota JS, Hickman CJ, Sowers SB, Rota PA, Mercader S, Bellini WJ. Two Case Studies of Modified Measles in Vaccinated Physicians Exposed to Primary Measles Cases: High Risk of Infection But Low Risk of Transmission. *J Infect Dis* 2011; 204 Suppl 1: S559–63.
8. Gershon AA. Measles virus (rubeola). V: *Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*, Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (Eds), Churchill Livingstone, New York City 1995. p.1519.
9. WHO. Manual for the laboratory diagnosis of measles and rubella virus infection. Pridobljeno 13.4.2015 s spletne strani: http://www.who.int/ihr/elibrary/manual_diagn_lab_mea_rub_en.pdf
10. CDC. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. V: *The Pink Book: Course Textbook - 12th Edition Second Printing (May 2012)*. Pridobljeno 13.4.2015 s spletne strani: <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/meas.html#complications>
11. J Nicholas Brenton in sod. Acute Disseminated Encephalomyelitis. *Medscape*, 12.24.2014.
12. Pridobljeno 13.4.2015 s spletne strani: <http://emedicine.medscape.com/article/1147044-overview>



Poraba alkohola: primer Slovenije

Asist. mag. Mercedes Lovrečič, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje

Dr. Barbara Lovrečič, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje

Mercedes.Lovrecic@nijz.si

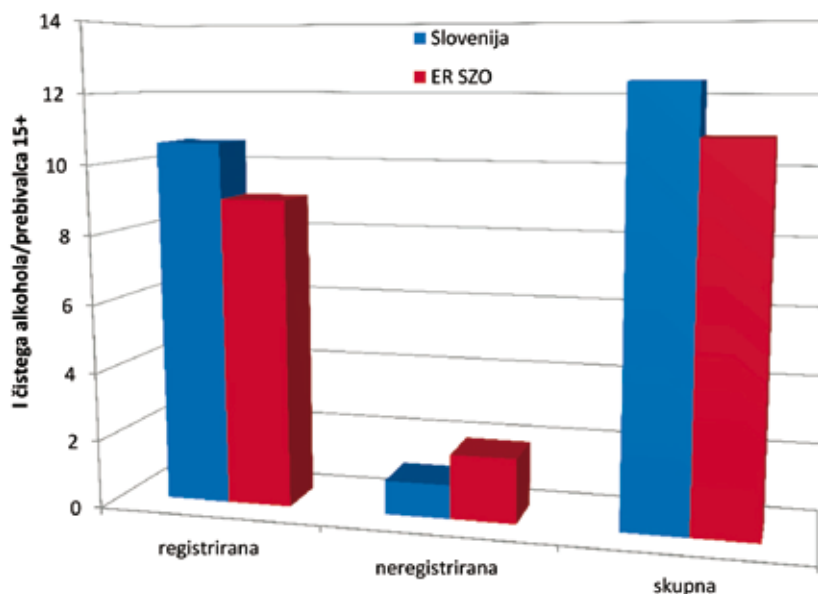
Poraba alkohola v Sloveniji upada, a še vedno ostaja nad svetovnim in evropskim povprečjem. Recesija lahko vpliva na zmanjšanje porabe alkohola. Sistemski ukrepi, usmerjeni v omejevanje porabe alkohola, ki so dokazano učinkoviti in imajo za posledico poleg manjše porabe alkohola tudi druge učinke na zdravje splošne populacije, so nenadomestljivi.

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) desetletja spremlja porabo alkohola širom po svetu. Gre za enega glavnih kazalnikov za spremljanje obsežnosti, vzorcev ter trendov porabe alkohola v odrasli populaciji (1). Za te namene SZO uporablja kazalnik skupna poraba alkohola, ki vključuje tako registrirano kot neregistrirano porabo alkohola in odraža porabo v litrih čistega alkohola na odraslega prebivalca (starega 15 let in več) v tekočem letu v posamezni državi (1). SZO pri izračunu registrirane porabe čistega alkohola za vsako državo uporablja uradne statistične podatke o lokalni proizvodnji, prodaji, uvozu in izvozu, z upoštevanjem zalog in domače proizvodnje, kjer je ta podatek na voljo (2). Neregistrirane porabe čistega alkohola na prebivalca pa ni možno spremljati z uradnimi statistikami (2), oceno lahko

pridobimo npr. z anketno raziskavo, mnenjem strokovnjakov ipd., zato je potrebna previdnost pri interpretaciji.

Po zadnjih podatkih SZO je znašala poraba alkohola v svetu v letu 2010¹ v povprečju 6,2 l čistega alkohola na odraslega prebivalca, starega več kot 15 let, kar konkretno predstavlja 13,5 g čistega alkohola na dan, a obstajajo razlike med regijami in državami, pri čemer po porabi alkohola še vedno prednjači Evropska regija (ER²) SZO (2). Po podatkih SZO so prebivalci ER SZO največji porab-

niki alkohola na svetu. Tako je leta 2009 znašala registrirana poraba alkohola v povprečju 12,5 l čistega alkohola na odraslega državljan letno, kar je predstavljalo več kot dvakratno svetovno povprečje, a je bilo v obdobju od leta 1990 do leta 2010 v tej regiji zaznati izrazit upad registrirane porabe alkohola na odraslega prebivalca (3). SZO ocenjuje, da je bila za leto 2010 v ER SZO skupna poraba alkohola 10,9 l čistega alkohola na odraslega prebivalca, starega več kot 15 let, in sicer registrirana poraba je bila 9,0, neregistrirana poraba pa 1,9 l čistega alkohola na odraslega prebivalca, starega več kot 15 let. Med celotno količino alkohola je delež glede na vrsto alkoholne pijače znašal 40 odstotkov za pivo, 33 odstotkov za žgane pijače in 26 odstotkov za vino (2). SZO je na

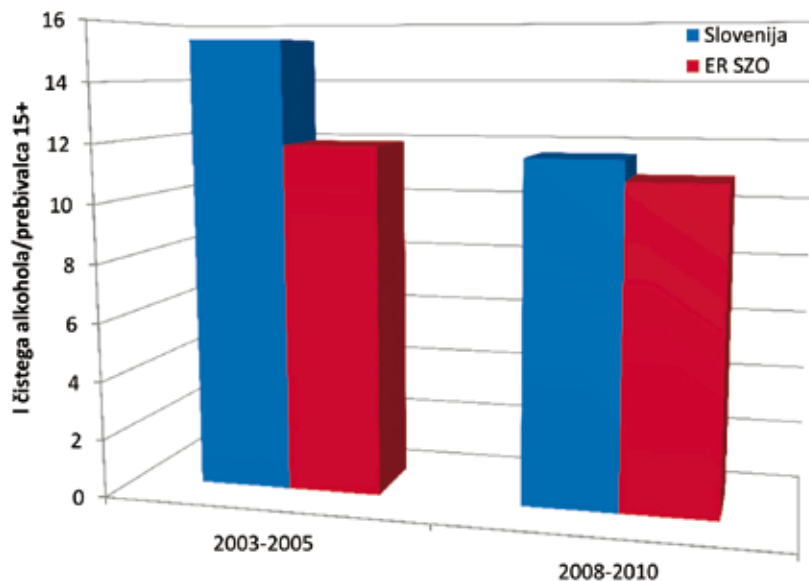


Slika 1. Primerjava registrirane, neregistrirane in skupne porabe alkohola (l čistega alkohola/prebivalca 15+) med Slovenijo in ER SZO, 2010.

Vir: WHO. Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1

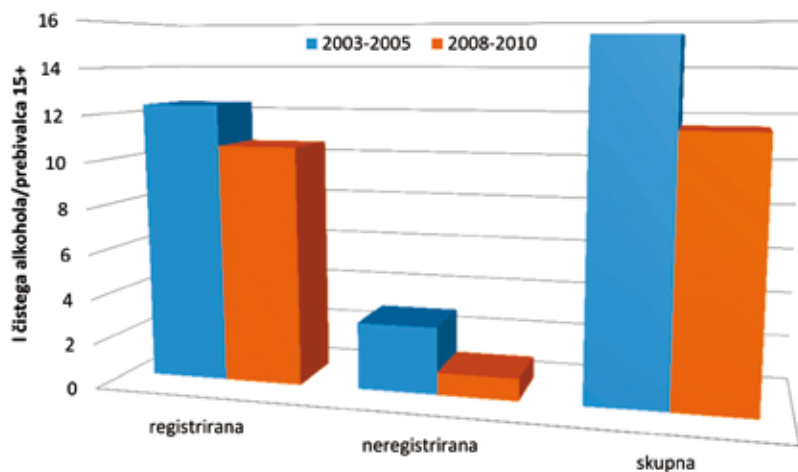
1 SZO je oceno skupne porabe alkohola v 2010 sestavila iz povprečja registrirane porabe alkohola za obdobje 2008–2010 in ocene neregistrirane porabe alkohola za leto 2010 na osnovi empiričnih raziskav in mnenj strokovnjakov. SZO je uporabila različne vire podatkov in različne pristope, pri čemer je v večini primerov uporabila uradne statistične podatke. Za registrirano porabo alkohola je uporabila različne vire podatkov v naslednjem vrstnem redu: državna statistika, industrija, Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO).

2 Evropska regija SZO vključuje države EU, države kandidatke za članstvo, Norveško in Švico.



Slika 2. Primerjava skupne porabe alkohola (l čistega alkohola/prebivalca 15+) za Slovenijo in ER SZO, glede na obdobje.

Vir: WHO. Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1



Slika 3. Registrirana, neregistrirana in skupna poraba alkohola (l čistega alkohola/prebivalca 15+) za Slovenijo, glede na obdobje.

Vir: WHO. Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1

WHO. Global Health Observatory Data Repository (European Region). <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1030?lang=en&showonly=GISAH>

podoben način za Slovenijo³ za leto 2010 izračunala skupno porabo alkohola, in sicer je ta znašala 11,6, registrirana poraba 10,6 in neregistrirana poraba alkohola 1,0 l čistega alkohola na odraslega prebivalca, starega več kot 15 let (2, 4). Slovenija ima v primerjavi z ER SZO višjo skupno in registrirano porabo alkohola

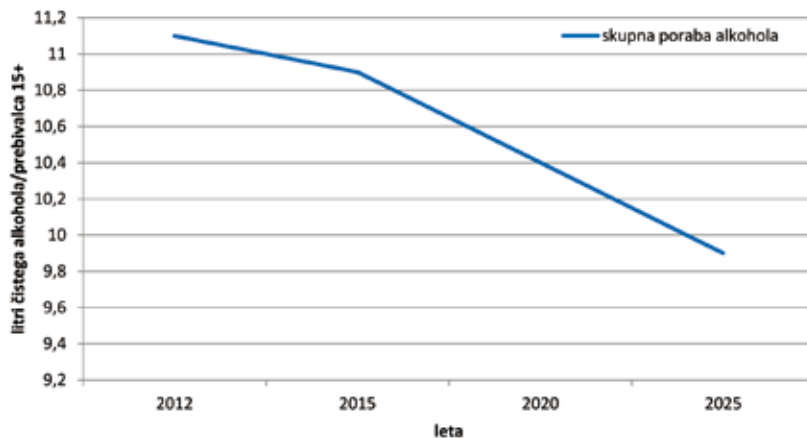
la ter nižjo neregistrirano porabo alkohola (slika 1). Tu je treba izpostaviti, da se neregistrirana poraba alkohola ne ocenjuje iz uradnih evidenc in statistik, saj gre za neprijavljen alkohol, zato so ocene pogosto podcenjene. V konkretnem primeru je bila ocena narejena na osnovi mnenj strokovnjakov.

Po podatkih SZO tako v primeru Slovenije kot ER SZO skupna poraba alkohola upada v primerjavi s prejšnjim obdobjem (slika 2). V primerjavi s prejšnjo oceno SZO za Slovenijo (obdobje 2003–2005) je tako registrirana kot neregistrirana ter skupna poraba alkohola upadla (slika 3). V letu 2010 je povprečen Slovenec popil 92 l piva, 44 l vina in 2,2 l žgane pijače, v istem letu je največji delež registrirane porabe alkohola glede na vrsto alkoholne pijače znašal 47 odstotkov za vino, 44 odstotkov za pivo in 9 odstotkov za žgane pijače (5).

SZO je ovrednotila projekcije za skupno porabo alkohola za Slovenijo do leta 2025 (slika 4). Tako SZO predvideva, da bi se lahko nadaljeval trend padanja porabe alkohola, vendar bi bila tudi ob tako ugodnih napovedih poraba alkohola za Slovenijo še vedno zelo visoka.

Posledice finančne krize (ekonomska recesija, brezposelnost) bi lahko tudi v Sloveniji vplivale na zmanjšano porabo alkohola, podobno kot v drugih državah (6–8). Podatki za Slovenijo za obdobje od 1990 do 2013 kažejo, da je registrirana poraba alkohola v tem obdobju nihala, a se zdi, da je registrirana poraba alkohola v obdobju obeh kriz (kriza v 90. letih in zadnja kriza) padala (slika 5). Upad porabe alkohola v zadnjih letih bi lahko bil povezan z gospodarsko krizo in recesijo, a je ta upad zaznati že po letu 2005, kar je bolj verjetno posledica sprejetih sistemskih ukrepov, usmerjenih v omejevanje porabe alkohola, med najpomembnejšimi je Zakon o omejevanju porabe alkohola (ZOPA) (9). V zadnjih letih smo bili priča tudi drugim sistemskim ukrepom, usmerjenim v omejevanje

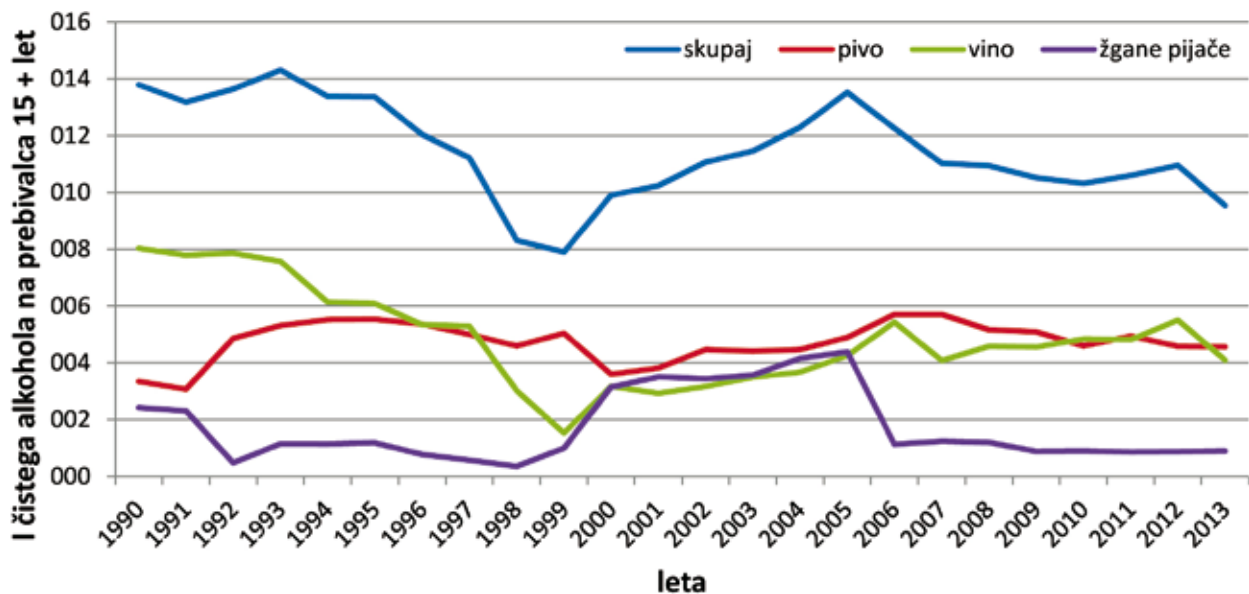
3 Za Slovenijo je SZO uporabila naslednje vire podatkov: Slovenia FAO 1981–1999; Statistics Slovenia (converted to 15+) 2000–2005; WHO Global Survey on Alcohol and Health 2012 (sales) 2006–2010, Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO); International Wine and Spirits Research (IWSR); International Organization of Vine and Wine (OIV); World Drink Trends (WDT) (2).



Slika 4: Projekcije⁴ skupne porabe alkohola (l čistega alkohola/prebivalca 15+) za Slovenijo za posamezna leta (2).

Vir: WHO. Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1

ugodnemu trendu padanja porabe alkohola pri nas je treba problematiki vseskozi namenjati ustrezno pozornost ter dosegati širši družbeni in politični konsenz na področju alkoholne politike, še posebej pri sprejemanju nadaljnjih sistemskih ukrepov, usmerjenih v omejevanje porabe alkohola, ki so dokazano učinkoviti in kot taki nezamenljivi (15). Izkušnje kažejo, da se po gospodarski krizi poraba alkohola spet poveča, kar bi v primeru Slovenije, ki se uvršča v vrh držav EU ne samo po porabi alkohola, temveč tudi po zdravstvenih posledicah škodljive rabe alkohola, pomenilo še večje zdravstveno breme.



Slika 5: Registrirana⁵ poraba alkohola v litrih čistega alkohola na prebivalca (15+) letno, 1990–2013, Slovenija.

Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)

4 Projekcije predstavljajo ocene SZO za leta, za katera SZO še ni objavila obdelanih podatkov.

5 Podatki o registrirani porabi alkohola na prebivalca v Sloveniji, podobno kot v drugih državah, so izračunani iz uradnih statističnih podatkov o proizvodnji (industrijski in kmetijski), uvozu in izvozu, z upoštevanjem zalog alkoholnih pijač. V zajetem obdobju se je metodologija izračuna porabe čistega alkohola nekoliko spreminjala. Glede na vir podatkov se faktor konverzije za posamezne vrste alkoholnih pijač, ki se uporablja v izračunu porabe čistega alkohola, lahko razlikuje, prav tako se lahko razlikujejo nekateri viri podatkov.

porabe alkohola, npr. leta 2010 je bil sprejet Zakon o voznikih (10,11), ki poleg strožjih represivnih ukrepov za vožnjo pod vplivom alkohola uvaja tudi svetovalni in rehabilitacijski pristop, leta 2011 je bil sprejet Zakon o varnosti in zdravju pri delu (12), ki izrecno prepoveduje alkoholiziranost na delovnem mestu in predvideva kazni za kršitve, leta 2012 so se trošarine na alkoholne pijače (13,14) v Sloveniji dvignile.

Kljub ugodnim napovedim SZO glede porabe alkohola v Sloveniji ter

Literatura:

1. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository (European Region).
2. <http://apps.who.int/gho/data/node.main-euro.A1022?lang=en&showonly=GISAH>
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1030?lang=en&showonly=GISAH>
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1, http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_3.pdf?ua=1

- World Health Organization. Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf
- World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository (European Region). <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1029?lang=en&showonly=GISAH>
- Lovrečič B, Lovrečič M. Celotna poraba alkohola in (dodaten) javnozdravstveni izziv. *Isis* 2014; 23 (5): 67–9.
- Alcohol and the financial crisis: FACT SHEET Building Capacity Project. London: Institute of Alcohol Studies, 2010. <http://www.ias.org.uk/buildingcapacity/resources/factsheets/dhs-financial.pdf>
- Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013; 381: 1323–31.
- Bor J, Basu S, Coutts A, McKee M, Stuckler D. Alcohol use during the great recession of 2008–2009. *Alcohol* 2013; 48: 343–8.
- Zakon o omejevanju porabe alkohola (ZOPA), Ur. l. RS, št. 15/2003.
- Zakon o voznikih (ZVoz). Ur. l. RS, št. 109/2010.
- Zakon o pravilih cestnega prometa (ZPrCP), Uradni list RS, št. 109/2010.
- Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1). Ur. l. RS, št. 43/2011.
- Zakon o trošarinah (ZTro-UPB837), Uradni list RS, št. 97/2010.
- Uredba o določitvi zneska trošarine za alkohol in alkoholne pijače. Ur. l. RS, št. 24/2012.
- World Health Organization. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf

Kaj po amalgamu?

Izr. prof. dr. Matjaž Rode, dr. dent. med., v. svet., Ljubljana
matjaz.rode@siol.net

Oktober 2013 so Združeni narodi potrdili Minamata konvencijo o živem srebru, ki odreja zmanjšanje pridobivanja in uporabe sestavin, ki vsebujejo živo srebro. Take sestavine bodo morale biti tudi ustrezno označene. V tej konvenciji so naštetih tudi dentalni amalgami, saj so zlitine, ki vsebujejo živo srebro.

Konvencija v aneksu A zato priporoča, da države pričnejo s postopki za ukinitve, **ne pa s takojšnje prepovedjo** uporabe dentalnih amalgamov.

Države same naj glede na svoje, predvsem finančne zmogljivosti, ki so na razpolago za zobozdravstveno varstvo, določijo hitrost zmanjševanja rabe dentalnih amalgamov.

Svetovna zobozdravstvena organizacija (FDI) in tudi Svet evropskih zobozdravnikov (CED) sta pripravila stališča in priporočila, s katerimi opozarjata politike, da morajo premisliti o vseh posledicah opustitve rabe amalgama v zobozdravstvu.

Obe organizaciji zagovarjata strokovno izhodišče, da so dentalni amalgami varni in naj zato ostanejo kot ena od možnosti reparacije okvarjenih zobnih ploskev.

Za Evropsko komisijo je v letu 2014 svoje stališče pripravil tudi SCENIHR (Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks), ki je samostojno posvetovalno telo Evropske komisije. Člani tega odbora so pregledali obsežno strokovno literaturo in v poročilu z naslovom: *The safety of dental amalgam and alternative dental restoration materials for patients and users* zapisali kar nekaj ugotovitev, ki naj bi jih upoštevali načrtovalci zdravstvene politike v posameznih državah EU.

Nekaj pomembnih zaključkov:

- ljudje smo izpostavljeni učinkom živega srebra predvsem z uživanjem rib, kjer je živo srebro prisotno v organski (metilni) obliki; živo srebro, ki se v obliki zlitine nahaja v plombah, pa je v anorganski obliki;
- poznani so neželeni učinki dentalnih amalgamov (alergija, lokalne reakcije na ustni sluznici), ki pa so izredno redki (< 0,3 odstotka);
- ni znanstveno dokazane neposredne povezave med amalgamskimi plombami in srčno-žilnimi boleznimi;

- ni dokazov za neposredno vzročno povezavo med amalgamskimi plombami in zmanjšanim ledvičnim delovanjem;
 - ni jasne vzročne povezave med nekaterimi nevrološkimi boleznimi in amalgamskimi plombami (alzheimerjeva, parkinsonova bolezen);
 - ni dokazane neposredne povezave med delovanjem živega srebra iz amalgamskih plomb nosečnic in pojavom avtizma pri novorojencih (*Kot član ekspertne skupine pri CED sem članom skupine predložil tudi članek, pred kratkim objavljen v Zdravniškem vestniku, kjer so Macedoni Lukšič M. in sodelavci poročali o vrednostih težkih kovin v krvi pri otrocih z avtizmom: Zdrav Vestn 2014; 83: 376–86. Povišanih vrednosti Hg pri teh otrocih niso ugotovili.*);
 - ni dokazane neposredne soodvisnosti med amalgamskimi plombami in povišanim tveganjem za nastanek nekaterih avtoimunskih bolezni.
- Eden od zaključkov poročila odbora SCENIHR je, da je dentalni amalgam učinkovit in varen restavracijski material in naj zato za nekatere indikacije in situacije še vedno ostane material izbora.

Pomembno sporočilo tega poročila je tudi, da SCENIHR ni našel razloga, ki bi opravičeval odstranjevanje neoporečnih amalgamskih plomb!!

SCENIHR se v drugem delu svojega poročila pridružuje mnenju FDI in CED, ki menita, da je nujno opozoriti politiko, da so vsi ostali materiali za reparacije karioznih poškodb veliko dražji in zahtevajo pri nameščanju več časa kot dentalni amalgami.

Tudi varnost teh materialov, ki so sedaj na razpolago, še ni povsem dorečena!

SCENIHR je v svojem poročilu zapisal, da imajo dentalni materiali, ki naj nadomestijo amalgam, klinič-

ne omejitve in toksikološka tveganja.

Vsebujejo različne organske snovi, ki so lahko škodljive; med samim vnosom v kaviteto nastajajo kemične reakcije, ki lahko toksično ali pa alergeno delujejo na zobna in tudi mehka tkiva v okolici.

Sproščanje bisfenola A iz nekaterih Bis-GMA-materialov je lahko nevarno. Tudi monomere, ki so v nekaterih materialih, so toksične za zobno pulpo in gingivalno tkivo. Nekatere od teh snovi so v *in vitro* poskusih celo mutagene, tako da njihov dolgoročni vpliv na tkiva v ustni votlini še ni povsem jasen. **Res pa je, da znanstvenih dokazov o škodljivosti teh materialov še ni**

dovolj. Predvsem je narejenih malo kliničnih študij, ki bi to potrjevale ali zavračale.

Nujne so zato natančno pripravljene klinične raziskave in razvoj novih biokompatibilnih plastičnih dentalnih materialov.

Proizvajalci bodo morali v bodoče poleg natančne kemične sestave materialov navesti tudi njihove možne neželene učinke in njihovo biokompatibilnost.

Vse to pa bodo morali prebirati tudi vsi tisti, ki bodo te materiale uporabljali.

Raziskovalce, proizvajalce in uporabnike čaka torej veliko dodatnega dela.

Zdravnik in novinar DELAVNICA Z dr. MANCO KOŠIR in NOVINARKO MILENO ZUPANIČ

četrtek, 4. junij 2015, ob 17. uri, Domus Medica,
Dunajska cesta 162, Ljubljana

Zdravnik/zdravnica se na svoji poklicni poti slej ko prej sreča z mediji.

Kako se odzvati, prenašati sporočila in kako se predstaviti javnosti?

Kdo so novinarji in kaj želijo od vas?

Na delavnici s profesorico novinarstva dr. Manco Košir in novinarko Mileno Zupanič bomo preko pogovora in izkušenj dobili odgovore na vprašanja, predvsem pa se bomo dotaknili bistva komuniciranja z drugimi.

Kotizacije ni.

Kreditne točke: 2, 5

Prijave: <http://www.domusmedica.si>

Vljudno vabljeni.

Drugi evropski dan žil

Prim.izr. prof. dr. Matija Kozak, dr. med., UKC Ljubljana

Letos smo 18. marca organizirali Drugi evropski dan žil. Datum dogodka je dogovorjen s številnimi evropskimi državami, katerih nacionalna strokovna angiološka združenja sodelujejo v združenju VAS, ki ima sedež v Milanu. Letos smo se po lanskem, dobro obiskanem dogodku, ko smo predstavljali boleznih arterij, odločili, da posvetimo pozornost venskimi boleznim. Namen dogodka je bil seznanjanje laične javnosti o boleznih ven in tudi svetovanje, kdaj in kako je treba zaradi tega ukrepati. Vodilno geslo akcije je bilo: »Nič več bolečih in oteklih nog.« Dogodek smo načrtovali kot vseslovenski in to nam je ob sodelovanju prostovoljcev različnih laičnih društev, med katerimi je izstopalo Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, tudi uspelo. Člani Združenja za žilne bolezni pri Slovenskem zdravniškem društvu smo na številnih mestih po Sloveniji s strokovnim materialom, prirejenim za laike, seznanjali mimoidoče o boleznih ven. Večinoma je bil dogodek organiziran v bolnišnicah in zdravstvenih domovih. V nekaterih mestih pa smo postavili svoje stojnice v trgovskih centrih in tako akcijo še bolj približali obiskovalcem. Vrstila so se različna predavanja, prikazovali smo filme in delili publikacije. Predvsem pri pripravi teh smo imeli tudi pomoč farmacije. V akciji je na 20 mestih sodelovalo 33 zdravnikov, 37 medicinskih sester in še 20 študentov, dijakov zdravstvene šole in tudi 10 tehnikov, izkušenih v kompresijskem zdravljenju venskega popuščanja. Naše stojnice in predavanja je obiskalo 1005 bolnikov, kar je sicer veliko, a smo se zaradi razširjenosti bolezni ven, ki v starejšem obdobju

življenja prizadene vsaj dve tretjini ljudi, redka pa ni tudi prej, nadejali večjega obiska. Verjetno smo premalo izrabili moč medijev, čeprav smo organizirali tiskovno konferenco in predvsem s pomočjo lokalnih medijev oglaševali akcijo. Naslednjič načrtujemo bolj pritegniti tudi lokalne strukture, ki že obstajajo in se ukvarjajo z zdravjem prebivalstva (občine – odbore za zdravstvo).

Sicer pa menimo, da smo obiskovalcem in poslušalcem razložili, kaj je bolezen ven. Vemo namreč, da povrhnjega venskega popuščanja v zgodnjem obdobju večina ne prepozna kot bolezen in s tem zamudi prve ukrepe, ki lahko upočasnijo to kronično in napredujočo bolezen. Podučili smo jih o osnovnih principih »zdravega« življenja, s poudarkom na boleznih ven. Razlagali smo jim, kako bolezen nastane, kako napreduje in kako se ji upremo. Računamo, da bodo didaktične zloženke in anketni lističi za ocenjevanje prisotnosti venske bolezni našli pot tudi k družinskim članom in bomo na ta način akcijo »podaljšali«. Rezultate akcije smo kasneje zaznali tudi v naših ambulantah, saj se je povečalo število bolnikov, ki so iskali pomoč zaradi bolezni ven.

Na koncu lahko trdimo, da smo kljub manjšemu obisku v primerjavi z lanskim z akcijo zagotovo povečali osveščenost o boleznih ven in na ta način izboljšali tudi kakovost življenja nekaterih ljudi. Računamo, da bomo na koncu, kar je verjetno pri takih akcijah najpomembnejše, zmanjšali obolevnost zaradi te nadležne patologije.

Kolo in infarkt

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Rezultati raziskovalne naloge, ki jo je na pacientih po infarktu pravkar izvedla skupina nemških strokovnjakov, pričajo, da stanje fizične sposobnosti in prognozo posameznika po srčnem napadu lahko enostavno in dovolj zanesljivo ugotovimo s pomočjo preskusa s fizično aktivnostjo – testa na cikloergometru. Posameznik, ki lahko

mesec dni po prebolelem infarktu brez težav sede na kolo in brez zapletov prenese testiranje s predpisano obremenitvijo (normalen EKG, ki priča, da ima srčna mišica tudi ob naporu na voljo dovolj kisika in sveže krvi ter moči za premagovanje napora), ima najboljše možnosti za popolno ozdravitev in normalno življenje. Ostale bolj invazivne in dražje preiskave (katetrizacija srca ipd.) v tem primeru običajno sploh niso potrebne, v izsledkih svoje raziskave poudarja strokovni tim kardiologov v publikaciji Muenchener Medizinische Wochenschrift.

Vir: ZDF



Prvi mednarodni Alpe - Adria ortodontski simpozij

Vinka Rajković, dr. dent. med.

Konec oktobra je v Trstu potekal 1. mednarodni Alpe - Adria ortodontski simpozij z naslovom Funkcionalna obravnava nepravilnosti razreda II s pomočjo Herbst.

Prvi dan so potekala predsimpozijška predavanja, kjer sta nam predstavnik tržaške univerze z oddelka za ortodontijo, Luca Contardo in Giuseppe Perinetti, sistematično prikazala možnosti funkcionalne terapije nepravilnosti razreda II in ugotavljanja obdobja rasti pacientov, kjer lahko najučinkoviteje vplivamo na rast zgornje in spodnje čeljustnice.

Kazalniki skeletne zrelosti, ki pogosto niso zanesljivi, so:

1. kronološka starost pacienta,
2. dentalna starost,
3. znaki začetka spolnega razvoja (prva menstruacija pri deklicah, sprememba glasu pri fantih).

Bolj zanesljivo pa lahko določimo stopnjo skeletne zrelosti s pomočjo:

1. radiografskega slikanja vratnih vretenc pri slikanju stranskega telerentgena glave in ugotavljanja zrelosti (CVM – Cervical Vertebral Maturation) glede na obliko in prisotnost konkavitete na spodnjih robovih vretenc C2, C3 in C4. Predpubertetni fazi sta CS1, CS2, pubertetni CS3 in CS4 ter popubertetni CS5 in CS6 (Bacetti in sod., 2005);
2. radiografskega slikanja dlani in zapestja (HWM – Hand Wrist Maturation) po Fishmanu in modificirane metode, kjer gledamo zrelost srednje falange sredin-

ca – MPS (Middle Phalanx Stage).

Predpubertetni fazi sta MPS1, MPS2, pubertetni MPS3 in MPS4 ter popubertetni MPS5 in MPS6;

3. radiografskega slikanja zob – ugotavljanje stopnje razvitosti spodnjih podočnikov, prvih in drugih ličnikov ter drugih kočnikov;
4. biomarkerjev – aktivnost alkalne fosfataze v gingivalni tekočini.

Pri nas najbolj uporabljamo metodo določanja skeletne zrelosti glede na vratna vretenca, vendar se bo mogoče začela vse bolj uporabljati metoda slikanja srednje falange, ki je z novim pripomočkom cenejša in varnejša za pacienta.

Pogostost distalne okluzije je največja med prebivalci severne Evrope. Pojavlja se pri 25 do 30 odstotkih prebivalstva. Razred II/1 se pojavlja v 90 odstotkih, razred II/2 pa v 10 odstotkih, pri čemer je v večini primerov spodnja čeljustnica v posteriornem položaju. Po Proffitju je poleg tesnega stanja distalna okluzija najpogostejša zobno-čeljustna nepravilnost.

Nepravilnost razreda II pogosto spremlja tudi ozka zgornja čeljustnica, zato je pomembno, da pravočasno začnemo z ortodontsko terapijo. Če želimo vplivati na skeletno rast zgornje čeljustnice, moramo ukrepati že v predpubertetnem obdobju CS 1–3, kasneje je učinek le dentalni. Torej je potrebno hitro širjenje zgornje čeljusti pred pubertetnim rastnim sunkom. Kadar želimo vplivati na skeletno rast spodnje

čeljustnice, pa moramo uloviti pubertetni rastni sunek v obdobju CS 3–4.

Za širjenje zgornje čeljusti sta najbolj priporočljiva RME (rapid maxillary expander – naprava za hitro širjenje zgornje čeljustnice) ter Quad – Helix.

V predpubertetnem obdobju se priporoča uporaba RME in aktivacija 1–2 navoja/dan (po 0,25 mm/navoj oz. 0,20 mm/navoj – odvisno od vijaka), kjer imamo skeletni učinek. Po pubertetnem obdobju pa se RME aktivira z 2 navojema/teden in dobimo le dentalni učinek. Pri slednjem nimamo vpliva na derotacijo zgornjih prvih stalnih kočnikov. Z uporabo Quad – Helixa pa lahko tudi derotiramo zgornje prve stalne kočnike in zato je to pogosto terapija izbora po pubertetnem obdobju. Zelo pomembna je hiperkorekcija zaradi relapsa, ki se lahko zgodi tudi 6 mesecev po širjenju.

Pri nepravilnosti razreda II želimo protrudirati spodnjo čeljustnico. Ortodontski aparati izbora so: Twin Block, regulator funkcije po Fränklju II, aktivator, bionator, Herbst, Forsus. Vsi so učinkovitejši v puberteti (CS 3–4), kasneje se čas ortodontskega zdravljenja podaljša. Raziskave so pokazale, da je obravnava nepravilnosti razreda II z nesnemnim ortodontskim aparatom najučinkovitejša v puberteti (CS 3–4), vendar pa ni nujno, da se nepravilnost odpravi popolnoma, kajti vse nepravilnosti razreda II niso enake in tudi pri različnih posameznikih opazimo drugačen odziv na terapijo. Eden izmed napovednih dejavnikov je vrednost gonialnega kota (Co-Go-Me), ki lahko napove v 85 odstotkih

uspešnost ortodontske obravnave. Če je gonialni kot manjši od 125° , imamo dober odziv, če je večji, je rezultat zdravljenja slabši. Prav tako nam lahko morfologija spodnje čeljusti napove odziv na ortodontsko terapijo: če je bolj dolga kot široka in je njena rast vertikalna, bo uspeh zdravljenja slabši (Bacetti).

Lahko se odločimo tudi za dvofazno zdravljenje in spremljamo obdobje skeletne zrelosti pacienta ter tako izberemo najbolj učinkovito terapijo za določeno razvojno obdobje.

Prof. Hans Pancherz nam je drugi dan predavanj prikazal svoje dolgoletno izkušnje in študije o Herbstu. Emil Herbst je prvič predstavil ortodontski aparat Herbst leta 1909 v Berlinu in od takrat se spremljajo študije o njem. Izkazalo se je, da Herbst spodbuja rast mandibule posteriorno, vpliva na kondilarno rast in vpliva na remodelacijo kondila in fose – kondil raste posteriorno proti fosi s pomočjo apozicije. Pri zgodnjem zdravljenju v predpubertetnem obdobju je mnogo več relapsa, zato je

najboljši čas zdravljenja s Herbstrom v popubertetnem obdobju – pozno zdravljenje. Raziskave so pokazale, da imajo v tem primeru pacienti z velikim gonialnim kotom celo boljše odzive na terapijo s Herbstrom, zaradi spodbujanja posteriorne rasti mandibule. Paziti pa moramo na protruzijo spodnjih sekalcev, zato si lahko pomagamo z labialnim lokom. Študije so pokazale, da se v 80 odstotkih pretirana protruzija spodnjih sekalcev vrne v začetno stanje po zaključku zdravljenja. Prav tako so študije pokazale, da protruzija spodnjih sekalcev nima dolgoročnega vpliva na tesno stanje in gingivalne recesije. Odsotnost relapsa pa je najbolj odvisna od stabilne okluzije, ki je ključ do uspešno zaključene ortodontske terapije.

Klinične raziskave so pokazale, da je zdravljenje s Herbstrom tudi zelo uspešno pri odraslih, saj je tudi pri njih še vedno prisotna rast v kraniofacialnem predelu: po 25. letu – v 50 odstotkih, po 30. letu – v 24 odstotkih, po 35. letu – v 9 odstotkih, po 40. letu – v 4 odstotkih, in sicer spodnja

čeljustnica raste navzdol in naprej. Pri mlajših odraslih v popubertetnem obdobju pa je terapija najučinkovitejša in je v 77,5 odstotka stabilna. Pomembna je tudi hiperkorekcija.

Pancherz in nadaljnja predavatelja, Arturo Vela-Hernandez ter Eric Marie-Catherine, so še enkrat poudarili, da je zdravljenje nepravilnosti razreda II v pubertetnem obdobju učinkovito s funkcionalnim aparatom, medtem ko je zdravljenje z nesnemnim ortodontskim aparatom in Herbstrom učinkovitejše v popubertetnem obdobju. Edina slabost je, da je Herbst neprijeten za pacienta. Večina raziskav pa zaključuje, da je zdravljenje v obdobju pubertete bolj učinkovito kot v pred- ali popubertetnem obdobju, saj ima več skeletnih učinkov.

Odziv udeležencev na 1. mednarodni Alpe-Adria ortodontski simpozij je bil odličen. Predavanja so bila sistematična, poučna in praktična. Naslednji simpozij bo potekal letos 13. in 14. novembra v Portorožu, glavna tema simpozija bo obravnava transverzalnih nepravilnosti.

O dveh sestankih Evropskega združenja porodničarjev in ginekologov (EBCOG)

Prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med., Ljubljana
ziva.novak@guest.arnes.si

Sestanek stalnega odbora za specializacijo pri EBCOG (SCTA)

Priprava novega programa specializacije

Pred prvo sejo Izvršnega odbora Evropskega združenja porodničarjev

in ginekologov (EBCOG – European Board and College of Obstetrics and Gynecology) z novim predsednikom EBCOG dr. Tahirjem Mahmoodom smo imeli 20. marca 2015 sestanek Stalnega odbora za specializacijo (SCTA – *Standing Committee for Training and Assessment*). Predsednik SCTA prof. Klaus Vetter je skupaj z bodočim predsednikom EBCOG, prof. Jackyjem Nizardom, ugotovil, da

je najpomembnejša točka v programu dela SCTA priprava novega programa osnovne specializacije iz porodništva in ginekologije. Dogovorili smo se, da bo to tudi prednostna naloga SCTA, ki mora biti opravljena do seje Sveta EBCOG na kongresu v Istanbulu maja 2016. Torej: izročiti izdelek (ne samo delati) – videti je, da bo to moto bodočega predsednika.

Nova članica Izvršnega odbora EBCOG, dr. Angélique Goverde, je v SCTA odgovorna za nov program specializacije. S profesorjem ginekologije in izobraževanja, Feddejem

Scheelejem, sta spremembe programa napisala kot evropski *Pan-European Professional Curriculum for Gynaecologists* in projekt prijavila za evropsko financiranje. Nihče več ne želi delati zastonj in iz navdušenja; podatke je treba zbrati z računalniškimi programi, ki stanejo. In jih obdelati, kar tudi stane.

Novi program specializacije, prvi del: izbirne vsebine

Sprememba programa bo revolucionarna in mora biti uporabna vsaj naslednjih 10 let: s pomočjo metode Delphi že izbirajo osnovne vsebine za prva tri leta specializacije, tako imenovane ključne (*core*) vsebine. Povedano evropsko: kaj potrebuje evropski ginekolog, da se lahko premika po Evropi. Sledila bodo leta specializacije z izbirnimi vsebinami.

Pretok ginekologov po Evropi in razlike v delu ginekologov

Na moje vprašanje, koliko ginekologov zapusti svoje države in se zaposli drugje v Evropi, mi nihče ni vedel odgovoriti, ker nekaterih podatkov ne zbirajo, nekateri pa bi utegnili kršiti zasebnost. V nekaterih državah imajo podatke za vse zdravnike skupaj (ne po specializacijah), ki zapuščajo državo: kam gredo, ne vejo. Ginekologi v nekaterih državah delajo predvsem v bolnišnicah (Nizozemska): za zagotavljanje 24-urnega bolnišničnega varstva so potrebne drugačne veščine kot v državah, kjer večina ginekologov dela v zasebnih ambulantah. Zanimivo je, da na Nizozemskem, kjer že štiri leta poteka spremenjen program, specializanti niso navdušeni nad izbirnim delom specializacije; menijo, da če se bodo napačno usmerili, bodo manj vredni na trgu dela. Popolnoma vsi pa želijo delati ključne vsebine iz porodništva. Zanimivo je tudi, da pacientke želijo subspecialiste. Nekateri strokovnjaki menijo, da bo tako imenovanih splošnih gineko-

logov v bodoče malo; nasprotno pa se že dogaja v Veliki Britaniji.

Ena od zanimivih pripomb iz držav, kjer za zdrave nosečnice in normalne porode skrbijo babice, je bila: teh vsebin se bodočemu ginekologu v času specializacije ni treba učiti, ker ne bo skrbel za zdrave nosečnice in porodnice. Iz iste države pa je prišla tudi ugotovitev, da je prevelika subspecializacija škodljiva, da ovira delo in da so zaželeni široko izobraženi in izkušeni ginekologi.

Novi program specializacije, drugi del: izbirne vsebine

Ključnim bodo sledile izbirne vsebine, ki jih bo vsaka država izbrala glede na organizacijo svojega zdravstvenega varstva (javno ali zasebno; delitev dela z bobicami ali ne; usmeritev v subspecializiranost že v času osnovne specializacije ali šele po koncu osnovne specializacije in drugo).

Veliko vprašanje povsod po Evropi – in tudi v Sloveniji – je, koliko kirurških izkušenj rabi bodoči specialist ginekolog? Števila predpisanih operativnih posegov praktično ne dosega noben specializant. Nujno je treba najti način ugotavljanja usposobljenosti in se odmakniti od preštevanja posegov. Za mednarodno priznavanje usposobljenosti na področju ponekod že uporabljajo video snemanje posega. Neposredni mentor (*trainer*) zagotovi, da je operater res kandidat, ki se poteguje za licenco.

Dr. Goverde je poudarila izjemen pomen poučevanja in preverjanja splošnih vsebin. Te so, poleg strokovnih znanj, sposobnosti komunikacije, sprejemanja odločitev skupaj s pacienti (*shared decision making*), vodenja, organizacije in varnosti pacientov, cenovne učinkovitosti in kakovosti ter odgovornosti. Kako modri smo pri nas, da smo take in podobne vsebine že začeli učiti v okviru TTT in drugih delavnic! Novembra je bila v UKC Ljubljana že 31. delavnica TTT (prva je bila marca

2008). Zunaj Slovenije je bilo 29 delavnic TTT ter dodatnih sedem v Torinu; marca letos je bila v Estoniji, aprila pa na Malti – vse v organizaciji delovne skupine TTT pri EBCOG, ki jo vodim.

Priprava novega dnevnika specializanta (logbook)

Bodoči predsednik EBCOG prof. Jacky Nizard je predlagal, da se z novim programom specializacije in istočasno dnevnikom ukvarjajo resnični neposredni mentorji, ne pa pisarniški upokojenci ali subspecialisti za posamezna področja ginekologije. Neposredni mentorji, odgovorni za veliko število specializantov, vejo, kaj je izvedljivo, potrebno, nepotrebno in neizvedljivo. Nekaj teh neposrednih mentorjev iz vseh štirih koncev Evrope (jug, sever, zahod, vzhod) bo sestavljalo jedro aktivnosti; pogovarjali se bodo po skypu, ne v živo, da bodo zapravili čim manj EBCOG-ovega denarja.

Evropski izpit iz porodništva in ginekologije: prvi bo maja 2016 na kongresu EBCOG v Istanbulu

Velika skupina sodelavcev pripravlja banko več tisoč različnih vrst vprašanj (MCQ; posamezen najboljši odgovor; druge vrste vprašanj). Prof. Diogo Ayres de Campos ima enega najboljših simulacijskih centrov za porodništvo v Evropi. Tam so se šolali tudi zdravniki, babice in medicinske sestre iz Porodnišnice Ljubljana, ki sedaj vodijo tečaje urgentnih stanj. Prof. Ayres de Campos bo odgovoren za 50 (petdeset) simulacijskih postaj, kjer bo kandidat pokazal svoje veščine v okviru t.i. *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE). Za teoretični del (*Knowledge Based Assessment*, KBA) bo odgovoren prof. Johannes Bitzer.

Evropski izpit imajo že v 26 specializacijah, vključenih v UEMS.

Za osnovno usmeritev, kaj študirati za izpit, lahko veljajo Standardi oskrbe zdravja žensk v Evropi (*Standards of Care for Women's Health in Europe*), dostopni na spletni strani EBCOG www.ebcog.org, ki pa seveda niso dovolj podrobni; v pomoč glede tega je obstoječi program specializacije.

Seja Izvršnega odbora EBCOG, 20. in 21. marec 2015

Novi predsednik EBCOG, dr. Tahir Mahmood

To je bila prva seja, ki jo je vodil novi predsednik. Začel je s strategijo in poudaril, da si morajo nacionalna združenja zelo prizadevati za izvajanje **Standardov oskrbe v porodništvu, neonatologiji in ginekologiji** in za to, da so njihovi poslanci v Evropskem parlamentu seznanjeni s standardi, ki so sedaj zavezujoči. Izšli so v angleščini, pripravlja se prevod (v celoti ali delno) v ruščino in francoščino.

Standardi oskrbe v porodništvu, neonatologiji in ginekologiji

Standardi oskrbe so bili zelo slovesno predstavljeni v Evropskem parlamentu 12. novembra 2014. Gre za dve ločeni publikaciji: porodniški in neonatalni del (*Obstetric and Neonatal Services*) ter ginekološki del (*Gynaecology Services*). Prva publikacija obravnava 18 standardov s področja porodništva in neonatologije, druga pa 25 standardov s področja ginekologije. Vsak standard obsega: razlago, zakaj je potreben, osredotočenje na pacientko, dostopnost, okolje, proces nudenja oskrbe, kadrovske zasedbe, klinične standarde, standarde specializacije in zelo pomembno poglavje: kazalnike, ki jih lahko pregledujemo in izboljšujemo postopke (*auditable indicators*).

Nekateri so pripominjali, da so Standardi oskrbe v porodništvu,

neonatologiji in ginekologiji previsoki za večino držav. To je bil namen: da je težko, da se potrudijo, da postanejo boljši. Nacionalna združenja porodništva in ginekologije, vlade in poslanci se sedaj ne morejo pritoževati: njihov problem je, če Standardov oskrbe v porodništvu, neonatologiji in ginekologiji niso prebrali, soglasje so dali. Zdaj so standardi oskrbe sprejeti! Imajo žig vseh institucij EU in je prepozno za izgovore! Treba jih je udejanjiti.

Ker je Standarde oskrbe v porodništvu, neonatologiji in ginekologiji sprejela Evropska komisija, bo preverjala v posameznih državah, ali so standarde sprejele in se ravnajo po njih. Veliko ljudi je menilo, da bodo to še eni standardi na papirju, in jim je bilo vseeno, da so visoki. Menili so, da se jih ne bo treba držati. A bodo vprašani, kako jih izvajajo. Seveda lahko država napiše svoje standarde, če čuti, da je zelo različna od drugih evropskih držav. Večina držav takih standardov nima.

Krovno združenje porodničarjev in ginekologov v Sloveniji: sestanek z dr. Mahmoodom 21. maja 2015

V Sloveniji še vedno nimamo krovne organizacije porodničarjev in ginekologov. Predsednik EBCOG dr. Tahir Mahmood bo prišel v Ljubljano 21. maja 2015, da bi predsednike devetih društev, sekcij in združenj spodbudil k ustanovitvi krovnega združenja, ki bo predstavljalo Slovenijo navzven, in kar je še bolj pomembno, sprejemalo pomembne strokovne odločitve, ki naj veljajo za vso Slovenijo.

Te organizacije so po abecednem redu: Sekcija specializantov porodništva in ginekologije **SZD** (predsednica Marijana Vidmar Šimic, dr. med.), Slovensko društvo za reproduktivno medicino (akad. prof. dr. Veljko Vlasisavljević), Slovensko menopavzalno društvo (Lucija Vrabčič Dežman, dr.

med.), Združenje ginekologov in porodničarjev Slovenije (prof. dr. Adolf Lukanovič), Združenje za ambulantno ginekologijo **SZD** (Marija Ilijaš Koželj, dr. med.), Združenje za ginekološko onkologijo, kolposkopijo in cervikalno patologijo **SZD** (doc. dr. Špela Smrkolj), Združenje za pediatrijo – neonatalna sekcija (asist. dr. Janez Babnik), Združenje za perinatalno medicino **SZD** (asist. dr. Tanja Premru Sršen). Od devetih (mogoče katero še manjka) so le štiri v okviru SZD.

Dr. Tahir Mahmood, predsednik EBCOG, bo predaval o zapletih v nosečnosti zaradi debelosti

Naslednji dan, 22. maja 2015, bo predsednik EBCOG predaval na Novakovih dnevih (<http://www.obgyn-si.org/nd-2015/>) o zapletih v nosečnosti in med porodom zaradi debelosti nosečnice oz. porodnice. Prva tema Novakovih dni je Prehrana nosečnice in ploda.

Na srečanju, ki se ga bo aktivno udeležila večina avtorjev poglavij, bomo predstavili univerzitetni učbenik **Klinična prehrana v nosečnosti**. Urednice smo Živa Novak Antolič, Katja Kogovšek, Nada Rotovnik Kozjek in Denis Mlakar Mastnak; recenzenta sta prof. dr. Dušanka Mičetić Turk in prof. dr. Iztok Takač.

V učbeniku bodo naslednja poglavja: Rotovnik Kozjek N. Nosečnost in prehrana, Pirkmajer S. Presnovne spremembe v nosečnosti in presnovni učinki placentalnih hormonov, Mahmood T. Obesity and complications of pregnancy, Ribarič S. Patološka fiziologija preeklampsije, telesna aktivnost in prehrana, Dolžan V. Nutrigenomika, nutriepigenomika in nosečnost, Milisav I. Prehrana ploda, Fister P. Prenatalno prehransko programiranje zdravja potomca.

Mlakar Mastnak D, Kogovšek K, Dovč A. Prehranski pregled in prehrana nosečnice, Belović B. Zdrava prehrana nosečnice v vsakdanji

praksi, Blenkuš Š, Čemažar V, Videmšek M, Hadžić V, Pirkmajer S, Rotovnik Kozjek N. Pomen telesne dejavnosti v nosečnosti, Okorn H. Prehranska dopolnila v nosečnosti, Fidler Mis N, Benedik E, Orel R. Prehrana nosečnice in doječe matere, vegetarijanka, Lasič M. Folna kislina – kako pravilno jo nosečnice jemljejo in zakaj ne, Soltirovska Šalamon A, Benedik E, Bratanič B, Velkavrh M, Rogelj I, Fidler Mis N, Bogovič Matijašič B, Paro Panjan D. Vpliv statusa vitamina D pri materi na zdravje novorojenčka, Renner Sitar K. Prehrana in kakovost življenja v zvezi z oralnim zdravjem pred, med in po nosečnosti, Trošt D. Uživanje hrane in pijače med porodom in anestezija, Nahtigal R, Novak Antolič Ž, Skoberne M. Uživanje hrane in tekočine med porodom – čigava je izbira?

Kogovšek K. Prehrana nosečnic in otročnic s specifičnimi boleznimi, Pintar T, Kovač L. Nosečnost in bariatrična kirurgija, Stamos V. Prehrana in perinatalna depresija, Serbec K. Motnje hranjenja – bolezen sodobnega časa, Ščepanović D, Žgur L, Rotovnik Kozjek N. Fizioterapija in prehrana v nosečnosti, Mugerli S, Novak Antolič Ž. Prezgodnji porod in prehrana, Šimac N, Pohar M, Veninšek Perpar I. Higiena živil v nosečnosti, Božič T, Braune V, Nahtigal B, Osredkar J. Ribe v prehrani nosečnice, Hovnik Keršmanc M, Rant Hafner S, Zorko M. Alkohol in nosečnost, Bagar T, Kolar L. Hormonski motilci v nosečnosti, Nahtigal B. Varnost hrane in vloga Evropske agencije za varnost hrane (EFSA), Koroušič Seljak B. Odrpna platforma za klinično prehrano (OPKP), Kanduti D, Šterbenk P, Artnik B. Fluoridi: od prehrane do topikalne uporabe v ustni votlini,

Gerčar Vičič P. Izboljšanje svetovanja o porastu telesne mase in zdravem življenjskem slogu v nosečnosti, Tul N, Lučovnik M, Verdenik I. Povezava med telesno maso ob zanositvi, med nosečnostjo in izidi nosečnosti pri nosečnicah v Sloveniji, Geršak K. Zdravila in prehrana v nosečnosti, Gornjec A. Hyperemesis gravidarum. Prikaz primera.

Vidnost EBCOG

Čeprav je vidnost EBCOG zelo narastla in je bil kongres v Glasgowu leta 2014 finančni uspeh, nas predvsem kolegi ne poznajo dovolj. Zato se je novi predsednik odločil, da se ponovno začne dogovarjati z revijami na področju porodništva in ginekologije. Objavljali bi lahko tudi mnenja (*position papers*) EBCOG; do sedaj so izšla štiri (o prenosu zarodka, debelosti, prenatalni oskrbi in alkoholu v nosečnosti). Objavljali bi komentarje standardov, poročila nacionalnih združenj, posebnosti stroke v posameznih državah, povzetke za kongres 2016 v Istanbulu.

Na to, da je EBCOG zanimiva organizacija, kaže tudi šest prijavljenih za eno mesto v Izvršnem odboru. Volitve bodo 12. in 13. junija na sestanku Sveta EBCOG v Utrechtu. Teden pred tem bo potekala že tradicionalna izmenjava specializantov v organizaciji Evropske mreže specializantov porodništva in ginekologije (ENTOG).

Tudi za štipendije (*fellowship*) je veliko zanimanje: med 14 prijavljenimi so izbrali tri, ki bodo del svoje specializacije s finančno pomočjo EBCOG opravili v drugi državi.

Na sejo je bila povabljen dr. Tamar Khoumaridze, predstavnica Sklada ZN za demografsko dejavnost

(UNFPA), ki je predstavila področja morebitnega sodelovanja za EBCOG.

Reorganizacija EBCOG

Trenutno deluje v okviru EBCOG 13 stalnih odborov in delovnih skupin ter ENTOG. Novi predsednik si je zaradi časovne in finančne učinkovitosti zamislil reorganizacijo, ki bo zaživela z naslednjim letom, potem ko bodo spremembe sprejete na Svetu EBCOG.

Spletna stran z dostopom do vabljenih predavanj kongresa EBCOG 2014 v Glasgowu

Na spletni strani je dostop do vabljenih predavanj kongresa EBCOG v Glasgowu maja 2014. Evropsko združenje za ginekološko onkologijo (ESGO) in EBCOG se dogovarjata za dostop članov EBCOG do izobraževalne platforme ESGO po nižji ceni.

Akreditacija bolnišnic za izvajanje specializacij

Prof. Juriy Wladimiroff, predsednik skupine za akreditacijo, je poročal, da je bilo v zadnjih štirih mesecih opravljenih 10 obiskov, do konca leta je načrtovanih še 15. Na spletni strani EBCOG je seznam bolnišnic, ki jim bo akreditacija potekla oz. bodo izbrisane s seznama. Povpraševanje po akreditacijah bolnišnic se zelo povečuje, tako da stalno potekajo delavnice za izobraževanje članov komisije (TTV, *training the visitors*), ki opravi akreditacijski obisk. Tudi mladi kolegi iz Porodnišnice Ljubljana so se že udeležili TTV.

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.

Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

NASLOV STROKOVNEGA SREČANJA	DATUM	SPI TOČKE	KOTIZACIJA (DDV je vključen)
Da ne bi po nepotrebnem strašili in jezili drugih (seminar)	junij: 10. 6. 2015	4	60 EUR
Izgorelost in delovna izčrpanost (delavnica)	junij: 6. 6. 2015	4	90 EUR
Čustveno inteligentni starši (seminar)	junij: 2. 6. 2015	3	40 EUR
Zdravniki in mediji	junij: 4. 6. 2015	2,5	kotizacije ni
Izvajanje laboratorijskih testov ob pacientu – POCT	junij: 11. 6. 2015	3	100 EUR
Kongres novih tehnologij v stomatologiji	oktober: 24. 10. 2015	6,5	150 EUR

Če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije. Podroben program in prijavnico najdete na spletni strani zbornice: <http://domusmedica.si/dogodki>
Več dogodkov najdete na www.domusmedica.si

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

Da ne bi po nepotrebnem strašili in jezili drugih

predavanja – junij

Strah in jezo bomo predstavili skozi samoopazovanje ter v skupini omogočili prepoznavanje različnosti. **Empatijo** bomo uvedli kot **zmožnost zavedanja čustev, potreb in skrbi drugih**, ki omogoča razumevanje druge osebe/druega in oceno problema z njegove strani, kar je še posebej pomembno pri blaženju strahu in zaskrbljenosti ali umirjanju jeze. Ob koncu delavnice pričakujemo, da bodo udeleženci zmogli upoštevati medosebno različnost ter delovanje lastnih in čustev drugih.

Andrej Juratovec, socialni delavec kadrovske smeri in športni delavec, namenja posebno pozornost vprašanjem coachinga in čustveno inteligentne komunikacije v različnih delovnih okoljih. **Polina Selič** je doktorica klinične psihologije, visokošolska učiteljica socialne psihologije in kriminalistike, ukvarja se s poučevanjem in svetovanjem na področju medosebnih odnosov in kot raziskovalka na Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani.

Izgorelost in delovna izčrpanost

delavnica – junij

Opis in namen delavnice:

Delavnica Izgorelost in delovna izčrpanost je zasnovana tako, da se udeleženci poučijo o razločevalnih kriterijih in ukrepih obravnave pri na videz podobnih, a hkrati različnih motnjah, ki se še vedno prepogosto enačita. Obe motnji je moč vnaprej uspešno preprečevati in se izogniti njunim številnim negativnim posledicam, ki prizadenejo vse večje število ljudi, zlasti ogrožene skupine odgovornih in sposobnih ljudi.

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

Izvajalca:

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

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

Čustveno inteligentni starši

predavanja – junij

Vsebine s področja čustvene inteligentnosti so namenjene prepoznavi pomena čustev in čustvovanja v komunikaciji in medosebnih odnosih, pa tudi pri **razumevanju sebe in drugih**, namenjene so ljudem v različnih družinah, odnosih in vlogah. Da bi mogli razumeti svojo govorico, moramo zares spoznati govorico svoje družine oziroma tistih, od katerih smo se najprej učili sporazumevanja. Šele potem se je mogoče odgovorno lotiti starševstva v različnih fazah odraščanja otrok (in staršev).

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

Zdravniki in mediji

delavnica – junij

Zdravnik/zdavnica se na svoji poklicni poti slej ko prej sreča z mediji; ali neposredno preko dogovorjenega intervjuja z novinarjem ali preko zgodbe, v katero je lahko vpleten/a po pričevanju bolnika. Mediji lahko zdravnika obiščejo tudi nenapovedano, ko pridejo snemat prispevek v ambulanto ali javni zavod. **Kako se odzvati, prenašati sporočila in kako se predstaviti javnosti?** Kdo so novinarji in kaj želijo od vas? Koga predstavljajo in ali se je treba sploh odzivati na njihove klice? Na delavnici s profesorico novinarstva dr. Manco Košir bomo preko pogovora in izkušenj dobili odgovore na vprašanja. Novinarka Dela Milena Zupanič bo predstavila temo Zdravniki v luči dobrih in slabih novic v medijih, vodja službe za odnose z javnostmi na ZZS, Polona Lečnik Wallas, pa temo Kako lahko zdravniku pri delu z mediji pomaga predstavnik odnosov z javnostmi.

Izvajanje laboratorijskih testov ob pacientu – POCT

seminar – junij

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

8. mednarodni kongres novih tehnologij v stomatologiji

seminar – oktober

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

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

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

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162
št. udeležencev: ni omejeno
kotizacija: 40 EUR (DDV je vključen), kotizacijo nakazati na TRR pri Unicredit banki Slovenije, d. d., št.: SI56 2900 0005 0400 669, sklic: 27032014.
k. točke: 3

vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravnikom in njihovim timom. Družin je več vrst, vse pa so prvo medčloveško (socialno) okolje, v katerega se človek rodi (pride v rejo ali posvojitev) in ga neizogibno oblikuje. Ne glede na vrsto družine, se v njej naučimo zaupanja oziroma nezaupanja, ki je lahko obče, do vseh ljudi ali pa vezano na spol, na izkušnjo z materjo oziroma očetom. V družini oblikujemo odnos do nagrad in bližine, do zadovoljstva, kazni in kaznovanja, iz družine izvirajo številni strahovi in prepričanja, ki nas lahko o(ne)srečujejo skozi življenje. V družini se naučimo vseh vrst govorice.

organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Inštitut PARES – dr. Polona Selič, univ. dipl. psih., Andrej Juratovec, soc. del.

prijave, informacije: prijave: mic@zss-mcs.si, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mic@zss-mcs.si. Če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije.

3. • SODOBNA KARDIOLOGIJA 2015

kraj: BLEJ, Hotel Golf, Cankarjeva 4
št. udeležencev: 200
kotizacija: da
k. točke: v postopku

vsebina: redno letno strokovno srečanje Združenja kardiologov Slovenije z mednarodno udeležbo je namenjeno specialistom in specializantom kardiologije in vaskularne medicine, interne medicine, splošne/družinske medicine ter vsem ostalim zdravnikom in študentom medicine, pa tudi medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom

organizator: Združenje kardiologov Slovenije

prijave, informacije: Združenje kardiologov Slovenije, T: 01 434 21 00, E: sasa.radelj@sicardio.org

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

kraj: BLEJ, Hotel Golf, Cankarjeva 4
št. udeležencev: 350
kotizacija: da
k. točke: v postopku

vsebina: redno letno strokovno srečanje kardiologov področja Alpe-Jadran je namenjeno specialistom in specializantom kardiologije in vaskularne medicine, interne medicine, splošne/družinske medicine ter vsem ostalim zdravnikom in študentom medicine, pa tudi medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom

organizator: Združenje kardiologov Slovenije

prijave, informacije: prijave: Cankarjev dom, Kulturni in kongresni center, Prešernova 10, 1000 Ljubljana, Alenka Kregar, T: 01 241 71 33, F: 01 241 72 96, E: aacardio2015@sicardio.org, informacije: Saša Radelj, T: 01 43 42 100, E: sasa.radelj@sicardio.org, W: www.sicardio.org, kongresna spletna stran: <http://aacardio2015.sicardio.org>

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

kraj: PORTOROŽ, Avditorij
št. udeležencev: ni omejeno
kotizacija: 90 EUR (brez DDV), kotizacije ni za študente
k. točke: ***

vsebina: seminar je namenjen strokovnjakom s področja javnega zdravja, dentalne medicine, zdravstvene vzgoje in preventive

organizator: Medicinska fakulteta UL, Katedra za javno zdravje in Stomatološka sekcija SZD, doc. dr. Barbara Artnik, dr. dent. med.

prijave, informacije: prijave: E: nina.kosir@mf.uni-lj.si, informacije: Nina Košir, T: 01 543 75 40, E: nina.kosir@mf.uni-lj.si

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

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

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

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

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

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

kraj: PORTOROŽ, Avditorij
št. udeležencev: ni omejeno
kotizacija: 180 EUR + DDV, kotizacije ni za upokojene zobozdravnike in študente
k. točke: 13

vsebina: seminar je namenjen doktorjem dentalne medicine

organizator: Stomatološka sekcija SZD, prim. Gorazd Sajko, dr. dent. med.

prijave, informacije: prijave: Stomatološka sekcija, Slovensko zdravniško društvo, Dunajska 162, 1000 Ljubljana, informacije: Stomatološka sekcija SZD, Katarina Jovanovič, T: 041 703 347, F: 01 434 25 84, E: stomatoloska-sekcija.szd@ordinacija.net

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

kraj: MARIBOR, OSCE, vhod 2 in 3, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8	št. udeležencev: predavanja: 50, predavanja in delo na simulatorjih: 20	kotizacija: predavanja: 60 EUR, predavanja in delo na simulatorjih: 120 EUR (DDV vključen)	k. točke: 10
vsebina: učna delavnica za zdravnike specializante ginekologije in porodništva, specializante kirurgije, specializante anesteziologije, specialiste in specializante družinske medicine, specialiste in specializante urgentne medicine ter zdravnike pripravnike	organizator: Katedra za ginekologijo in porodništvo, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svet.	prijave, informacije: prijave: Romana Grajner, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8, 2000 Maribor, E: romana.grajner@um.si , informacije: Romana Grajner, T: 02 234 58 26, F: 234 58 20	

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

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

6. • IZGORELOST IN DELOVNA IZČRPANOST

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

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

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 60 EUR (z DDV)	k. točke: 4
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravnikom. Za tiste, ki želijo spoznati izhodišča za čustveno inteligentno sporazumevanje, nebesedna sporočila, ki so izraz čustev, ter posebej strah in jezo, ob tem pa vaditi samoopazovanje ter prepoznavanje različnosti. S pravo mero empatije je mogoče bolje razumeti druge, kar je še posebej pomembno pri blaženju strahu in zaskrbljenosti ali umirjanju jeze.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Polona Selič, univ. dipl. psih., in Andrej Juratovec, soc. del.	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191. Če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije.	

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

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

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

kraj: ŽALEC, stadion	št. udeležencev: okoli 600	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: tek za bolnike in zdrave (projekt, nastal iz licence ACS)	organizator: Društvo za promocijo in vzgojo za zdrave Slovence, Viktorija Rehar	prijave, informacije: prijave: DPVZS, Hmeljarska 3, 3310 Žalec, informacije: 040 760 849	

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

kraj: LJUBLJANA, Grand hotel Union, Miklošičeva 1, Bela dvorana	št. udeležencev: 400	kotizacija: dvodnevna kotizacija 240 EUR, enodnevna kotizacija 200 EUR (DDV vključen), kotizacije ni za upokojene zdravnike	k. točke: ***
vsebina: stalno podiplomsko izobraževanje iz pediatrije je namenjeno pediatrom, šolskim zdravnikom, medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom in drugim strokovnjakom, ki obravnavajo bolne otroke in mladostnike	organizator: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, prof. dr. Tadej Battelino, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: branka.kenda@mf.uni-lj.si , informacije: MF UL, Katedra za pediatrijo, Branka Kenda, T: 01 522 92 26	

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

kraj: RADENCI, Hotel Radin	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 75 EUR specializanti, 130 EUR člani, 150 EUR nečlani	k. točke: 6,5
vsebina: seminar je namenjen specialistom medicine dela, ekologom, inženirjem varnosti in zdravja (Kemične snovi na delovnem mestu, Ekološki monitoring izpostavljenosti, Merjenje koncentracij kemičnih snovi na delovnem mestu, Biološki monitoring izpostavljenosti (v laboratorijski praksi), Prva in nujna medicinska pomoč pri politjih z jedkimi in dražilnimi kemikalijami, Izvajanje biološkega monitoringa na ZZD, Biološki monitoring z vidika inšpektorja za delo, Biološki monitoring svinca iz prakse, Biološki monitoring svinca v terciarni ustanovi)	organizator: SZD. Združenje medicine dela, prometa in športa, Alenka Franko, Andrea Margan, Tihomir Ratkajec	prijave, informacije: prijave: E: andrea.margan@gmail.com , tihomirratkajec@gmail.com , informacije: andrea.margan@gmail.com , tihomirratkajec@gmail.com , T: 03 819 13 60	

18. ob 9.00 • NOVOSTI V MIKROBIOLOGIJI

kraj: LJUBLJANA, velika predavalnica Medicinske fakultete	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 50 EUR, kotizacije ni za upokojene zdravnike, študente, specializante	k. točke: ***
vsebina: strokovni sestanek je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD, prof. dr. Miroslav Petrovec, predsednik sekcije	prijave, informacije: prijave: Tajništvo Inštituta za mikrobiologijo in imunologijo, Zaloška 4, 1000 Ljubljana; E: darja.dolenc@mf.uni-lj.si , informacije: Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo MF UL, prof. dr. M. Petrovec, T: 01 543 74 08, F: 01 543 74 18, E: imi.katedra@mf.uni-lj.si	

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

kraj: MARIBOR, OSCE, vhod 2 in 3, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8	št. udeležencev: najmanj 8, največ 16	kotizacija: 120 EUR (DDV vključen)	k. točke: 10
vsebina: učna delavnica za zdravnike specialiste in specializante ginekologije in porodništva, zdravnike specialiste in specializante družinske medicine, zdravnike specialiste in specializante urgentne medicine ter zdravnike pripravnike	organizator: Katedra za ginekologijo in porodništvo, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svet.	prijave, informacije: prijave: Romana Grajner, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8, 2000 Maribor, E: romana.grajner@um.si , informacije: Romana Grajner, T: 02 234 58 26, F: 234 58 20	

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

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut Ljubljana, predavalnica v stavbi C	št. udeležencev: 70	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 4
vsebina: podiplomski seminar je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, psihologom, socialnim delavcem in drugim zdravstvenim delavcem	organizator: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za internistično onkologijo, Združenje za radioterapijo in onkologijo, Zbornica kliničnih psihologov Slovenije, Sekcija za psihosocialno onkologijo in paliativno oskrbo, Onkološki inštitut Ljubljana, asist. mag. Erika Matos, dr. med.	prijave, informacije: prijave do 18. 6. 2015 izključno na E: Ikristan@onko-i.si (registracija 1 uro pred pričetkom strokovnega srečanja), informacije: Tajništvo sektorja internistične onkologije (ga. Kristan), asist. mag. Erika Matos, dr. med., T: 01 587 92 82, F: 01 587 93 05, E: Ikristan@onko-i.si	

JUNIJ 2015

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

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

SEPTEMBER 2015

1. ob 16.00 • STROKOVNI SEMINAR MEDICINSKE HIPNOZE S PRIZNANIMA GOSTOMA IZ ZDA

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Modra dvorana, Dunajska c. 162	št. udeležencev: 100	kotizacija: 40 EUR, za študente 20 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: seminar je namenjen zdravnikom, psihologom, zdravstvenim delavcem, psihoterapevtom (prof. dr. Marjan Pajntar: Osnove medicinske hipnoze in praktični primer hipnotskih sugestij, Jeffrey Lazarus MD, FAAP: Medicinska hipnoza v pediatriji (tiki, enureza, glavoboli, bolečine v trebuhu – zdravljenje s pomočjo hipnoze, Pamela Kaiser, PhD, CPNP: Anksioznost pri otrocih, mladostnikih in odraslih – zdravljenje s pomočjo medicinske hipnoze)	organizator: Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije, prof. dr. Marjan Pajntar	prijave, informacije: prijave: E: drustvo.medicinska.hipnoza@gmail.com , info@hipnoza-dmhs.si , informacije: Boni Plut, T: 031 322 207, W: www.hipnoza-dmhs.si	

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

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

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

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, učilnica Julija, Dunajska c. 162	št. udeležencev: 16	kotizacija: 180 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravnikom. Znaki izgorevanja se lahko kažejo kot velika izčrpanost, splošno neprijetno počutje, motnje spanja, obup, pomanjkanje sočutja, simptomi so vidni tudi v obliki cinizma, prenašanja odgovornosti na druge, povečanih občutkov krivde, izgube smisla. Delo je usmerjeno v večanje zavedanja (iskanje smisla in razumevanja), iskanje podpirajočih prepričanij in rešitev, večanje občutka solidarnosti in v delo z viri.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Tanja Breznik, univ. dipl. psih.	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, MBA, T: 01 30 72 191	

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

kraj: LJUBLJANA, UKC, predavalnica 1	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: Mednarodni simpozij je namenjen zdravnikom družinske medicine. Glavni cilj seminarja je izboljšati poznavanje nevropatije ulnarnega živca v komolcu in sorodnih okvar perifernega živčevja (okvara ulnarnega živca v zapestju, vratne radikulopatije, brahialne plexopatije). Udeleženci – nevrologi, fizioterapevti... – bodo ob tem izpopolnili tudi svoje znanje elektromiografije, nevrologije, konservativne terapije, kirurgije in ultrasonografije perifernega živčevja.	organizator: Klinični inštitut za nevrofiziologijo in Sekcija za klinično nevrofiziologijo SZD, prof. dr. Simon Podnar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: registration@cd-cc.si , informacije: Tone Žakelj, E: tone.zakelj@kclj.si , T: 01 522 15 14, F: 01 522 15 33	

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

kraj: Bled, Hotel Jelovica	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: Strokovno izobraževanje za učitelje in mentorje družinske medicine	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine, Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, Zavod za razvoj družinske medicine, OZG – Zdravstveni dom Bled, Evropska akademija učiteljev v družinski medicini, prim. doc. dr. Mateja Bulc, dr. med., doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med., dr. Nena Kopčavar Guček, dr. med., Leopold Zonik, dr. med.	prijave, informacije: Lea Vilman, Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , W: http://www.bled-course.org/lang/ , E: marija.petek-ster@mf.uni-lj.si , E: bulc.mateja@gmail.com	

18. ob 8.30 • GINEKOLOŠKO SREČANJE – PTUJ 2015: OBRAVNAVA NA SEKUNDARNEM NIVOJU

kraj: PTUJ, Grand Hotel Primus	št. udeležencev: 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 7
vsebina: seminar je namenjen ginekologom	organizator: Ginekološko-porodni oddelek, Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, mag. Saša Djukanović, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://www.domusmedica.si (informativne lahko na E: tatjana.zvegla@sb-ptuj.si), informacije: mag. Petra Krajnc, dr. med., spec., T: 02 749 14 62, E: krajnc_petra@yahoo.com	

18.–19. ob 9.00 • INOVACIJE IN NOVI NAČINI ZDRAVLJENJA SRČNEGA POPUŠČANJA

kraj: PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: mednarodni simpozij je namenjen vsem zdravnikom, študentom medicine, medicinskim sestram	organizator: Program za napredovalo srčno popuščanje in transplantacije srca, KO za kardiologijo, UKC Ljubljana in Center for Advanced Heart Failure, Memorial Hermann Heart & Vascular Institute, Houston, prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med., in prof. Igor D. Gregorič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: brms.slo@gmail.com , informacije: prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med., T: 01 522 28 44, F: 01 522 28 28	

25. ob 9.00 • 5. SLOVENSKI SIMPOZIJ O KVČB Z MEDNARODNO UDELEŽBO: NOVOSTI NA PODROČJU ZDRAVLJENJA IN PREHRANSKE PODPORE PRI KVČB

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta – velika predavalnica, Korytkova 2	št. udeležencev: 200	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen zdravnikom primarne ravni – zdravnikom splošne in družinske medicine, šolskim zdravnikom in pediatrom, specialistom medicine dela in drugim zainteresiranim specialistom ter zainteresirani javnosti	organizator: Društvo za KVČB Slovenije, Katedra za družinsko medicino MF Ljubljana in Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo, Tatjana Cvetko, Darja Urlep	prijave, informacije: prijave: E: info@kvcb.si , informacije: Dušan Baraga, E: dusan.baraga@zd-cerknica.si , T: 051 301 147	

25.–26. ob 12.00 • TERAPEVT, BOLNIK, NJUN ODNOS IN IZID ZDRAVLJENJA

kraj: BLEDE, Hotel Kompas	št. udeležencev: 50–100	kotizacija: 120 EUR, za člane društva ISPS 80 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: 13. srečanje ISPS je namenjeno psihiatrom, psihoterapevtom, zdravstvenim delavcem, psihologom ter drugim, ki se zanimajo oziroma delajo na področju psihoterapije psihoz	organizator: ISPS Slovenija – Slovensko društvo za psihoterapijo psihoz, mag. Marjeta Blinc Pesek, dr. med., spec. psihiatrije	prijave, informacije: prijave: Rudnik II/4, 1000 Ljubljana ali E: psih.ord.r@siol.net , informacije: Kaja Medved, univ. dipl. psihologinja, T: 01 428 84 06 ali 031 753 675	

25.–26. • 27. STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA INTERNISTOV: INTERNA MEDICINA 2015

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 200	kotizacija: 180 EUR + DDV, po 1. 9. 2015 200 EUR + DDV, kotizacije ni za upokojece in študente	k. točke: ***
vsebina: predavanja o najnovejših dognanjih interne medicine so namenjena specialistom interne in družinske medicine	organizator: Združenje internistov SZD, prim. mag. Primož Vidali, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: pvidali@siol.net , T: 031 369 711, informacije: T: 031 369 711, F: 01 723 00 18	

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

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

K sodelovanju vabimo

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

Zdravnika/zdravnico na Direkciji za:

delo v oddelku za nadzor, ki obsega področja:

- ambulantnih in bolnišničnih storitev,
- izvajanja finančno-medicinskih nadzorov,
- predlaganja ukrepov v primeru odstopanj,
- odgovorov na vprašanja izvajalcev in priprave navodil,
- predlaganja sprememb.

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

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

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

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

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

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

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim ali krajšim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom. Za dodatne informacije se lahko obrnete na nas po T: 01 30 77 410.

Svoje pisne prijave, s predstavitvijo dosedanjega dela in navedbo enote, kamor se prijavljate, pošljite **do 30. junija 2015** na naslov: ZZZS, Direkcija, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana oz. na e-naslov: 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 naslednja prosta delovna mesta:

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

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

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

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

Kandidati/kandidatke morajo izpolnjevati naslednje posebne pogoje:

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

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

Prijava mora vsebovati:

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

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

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

IK Celje

- zdravnika izvedenca – specialista splošne ali družinske medicine
- zdravnika izvedenca – specialista kirurgije

IK Koper

- zdravnika izvedenca – specialista splošne ali družinske medicine
- zdravnika izvedenca – specialista kirurgije
- zdravnika izvedenca – specialista interne medicine

IK Kranj

- zdravnika izvedenca – specialista splošne ali družinske medicine
- zdravnika izvedenca – specialista ortopedije
- zdravnika izvedenca – specialista interne medicine

IK Murska Sobota

- zdravnika izvedenca – specialista medicine dela, prometa in športa
- zdravnika izvedenca – specialista ortopedije

IK Nova Gorica

- zdravnika izvedenca – specialista interne medicine

IK Novo mesto

- zdravnika izvedenca – specialista medicine dela, prometa in športa

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 v 15 dneh od objave na naslov: **Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1518 Ljubljana ali na E: kadri@zpiz.si**

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



Ortopedska bolnišnica Valdoltra

Skladno s 25. in 54. členom Zakona o delovnih razmerjih (Ur. l. RS št. 21/2013) objavljamo prosta delovna mesta

zdravnik specialist anesteziolog (m/ž) (103-02)/zdravnik specialist V/VI PPD 1 (E018014)

zdravnik specialist radiolog (m/ž) (104-02)/zdravnik specialist V/VI PPD 2 (E018015)

zdravnik specialist nevrolog (m/ž) (103-03)/zdravnik specialist V7VI PPD 3 (E01816)

Kandidati morajo izpolnjevati naslednje pogoje:

- univerzitetna izobrazba medicinske smeri,
- specializacija iz ustreznega področja,
- opravljen specialistični izpit,
- zdravniška licenca, izdana pri Zdravniški zbornici Slovenije,
- poznavanje dela z osebnim računalnikom,
- aktivno znanje slovenskega, italijanskega in angleškega jezika.

Z izbranim kandidatom bo sklenjena pogodba o zaposlitvi za nedoločen čas, s štirimesečnim poskusnim delom. Delo poteka v polnem delovnem času.

Prijave z življenjepisom, dokazili o izpolnjevanju pogojev naj kandidati pošljejo v 30 dneh po objavljenem razpisu na naslov: Ortopedska bolnišnica Valdoltra, Jadranska cesta 31, 6280 Ankaran.

Kandidate bomo o izbiri obvestili v zakonitem roku.



Žolčni kamni – 2. del

Od klasične do laparoskopske holecistektomije

Asist. dr. Arpad Ivanecz, dr. med., UKC Maribor

arpad.ivanecz@ukc-mb.si

Povzetek

Že od starodavne zgodovine naprej so žolčni kamni med učenjaki in zdravniki po svetu vzbujali veliko zanimanja. Od prvih opisov v dobi starih Egipčanov do današnjega časa moderne znanosti je zdravljenje boleznih, ki jih povzročajo žolčni kamni, izredno napredovalo. Največji napredek na tem področju se je začel v 19. stol., ko je uvedba antiseptike in splošne anestezije omogočila izvedbo varnih operacij. Tako je Langenbuch leta 1882 prvič naredil odprto holecistektomijo, ki je bila večji del 20. stol. zdravljenje prvega izbora pri boleznih žolčnih kamnov. V drugi polovici 20. stol. se je začelo širiti splošno mnenje, da gre za poseg, po katerem se pojavljajo bolečine, oslabele in neestetne brazgotine. Poskušali so s konservativnim zdravljenjem, vendar ni bilo uspešno. Sledil je bliskovit razvoj minimalno invazivne tehnike in Mühe je leta 1985 opravil prvo laparoskopsko asistirano holecistektomijo. Kljub začetnemu skepticizmu je bila laparoskopska holecistektomija kmalu sprejeta kot nov »zlati standard« v zdravljenju boleznih žolčnih kamnov. Holecistektomija je postala ena najpogostejših kirurških posegov sodobnega časa.

Razvoj laparoskopije, ki je kasneje omogočil laparoskopsko holecistektomijo

Začetki endoskopije segajo na začetek 18. stoletja z Bozzinijevim izumom, prvim endoskopskim instrumentom. Zdravniki različnih ved so s pomočjo optičnih instrumentov izvajali pretežno diagnostične preglede votlih organov (požiralnik, želodec, mehur, nožnica). Endoskopski instrumenti so bili preprosti in velika težava je bila slaba preglednost zaradi slabega izvora svetlobe in slabe kakovosti optičnega dela instrumenta. Z iznajdbo žarnice (Edison, 1879) in razvojem optike se je metoda dovolj razvila tudi za uporabo pri diagnostiki trebušne votline (1).

Prvo diagnostično laparoskopijo je leta 1901 naredil nemški zdravnik Kelling v Dresdnu, vendar le kot poskusno metodo na živali. Za pnevmoperitonej je uporabljal sobni zrak, ki ga je filtriral skozi sterilni bombaž, in tako je s cistoskopom pregledal trebušno votlino psa. Kasneje je zapisal, da se je metoda začela širiti predvsem v obdobju po prvi svetovni vojni, ki ga je zaznamovala ekonomska kriza, kajti postopek je bil v skladu z zahtevami o varčevanju v medicini. Kellingov osnovni motiv je bil zmanjšati dolžino incizij, bolnikom nuditi hitrejše okrevanje in tako skrajšati dolžino hospitalizacije.

Toda klinična uporaba na ljudeh je sledila šele deset let kasneje. Leta 1911 je Šved Jacobeus objavil prispevek o prvi opravljeni laparoskopiji in torakoskopiji na ljudeh. V nasprotju s Kellingom je Jacobeus troakar s cistoskopom uvedel neposredno v trebušno votlino, še preden je vzpostavil pnevmoperitonej. Metoda se je nato bliskovito razširila na diagnostiko abdominalne tuberkuloze, sifilisa, jetrne ciroze in malignih boleznih. Že leta 1927 je izšel prvi učbenik in atlas abdominalne laparoskopije!

Začetne težave s premajhno vidljivostjo je leta 1924 izboljšal švicarski kirurg Zollikofer. Do takrat so namreč za pridobivanje delovnega prostora trebušno votlino napihovali z različnimi plini. Zollikofer je bil prvi, ki je priporočal uporabo ogljikovega dioksida, ki v primerjavi s sobnim zrakom preprečuje gorenje in ga peritonej po operaciji hitro absorbira. Primerno dvignjena trebušna stena je omogočila večjo svobodo in vidljivost v trebušni votlini.

Leta 1927 je nemški hepatolog Kalk opisal laparoskopsko tehniko biopsije jeter s pomočjo dvojnih troakarjev in z uvedbo 45-stopinjske optike izboljšal vidljivost. Ta razvoj je omogočil, da se je laparoskopija z diagnostične metode razširila tudi na terapevtsko.

Leta 1933 je nemški kirurg Fervers prvi naredil adheziozo zarastlin v trebušni votlini in jo uporabil za diagnozo zapore črevesja.

Zadnja iznajdba v tem obdobju je bila uvedba Veressove igle leta 1938. János Veress je bil

madžarski internist, ki je iglo izumil in sprva uporabljal za torakocentezo pri zdravljenju tuberkuloznih bolnikov. Z zabadanjem igle v prsni koš teh bolnikov sta se ustvarjala pnevmotoraks in kolaps prizadetega dela pljuč, s čimer so bili ustvarjeni pogoji za zdravljenje. Igla je hitro našla pot v začetno zaprto metodo uvedbe pnevmoperitoneja in njene modifikacije predstavljajo vodilno metodo še danes (2).

Druga svetovna vojna je ustavila razvoj laparoskopije, ki je do šestdesetih let prejšnjega stoletja ostala v anonimnosti. Ponovno so jo popularizirali ginekologi. Steptoe je leta 1967 v Angliji uvedel laparoskopsko ligacijo jajcevodov, metodo pa so kmalu sprejeli povsod po svetu. Nadaljnji razvoj laparoskopije se je zgodil v sedemdesetih letih z izboljšavo optičnih instrumentov in uvedbo hladne svetlobe za izvor svetlobe. V tem času je Semm, nemški ginekolog in inženir, uporabil nova optična vlakna in avtomatski insuflator plina. Uporaba slednjega je omogočila natančno nadzorovanje pritiska v trebušni votlini, kar je v veliki meri zmanjšalo pojavnost stranskih učinkov zaradi pnevmoperitoneja, kot so hemodinamska nestabilnost, prizadetost pljučne funkcije in hiperkarbija. Semm je bil tudi prvi, ki je leta 1980 odstranil slepič skozi laparoskop, objava pa je sledila šele tri leta kasneje (2–4). Semm je bil velik zagovornik minimalno invazivne tehnike, ki jo je leta 1987 poimenoval »endoskopska abdominalna kirurgija«, in je razvil veliko laparoskopskih instrumentov, ki jih uporabljamo še danes.

Nadaljnji razvoj laparoskopije je pomenila uvedba videotehnike v osemdesetih letih. Nova tehnika je bistveno pripomogla k splošni uporabi laparoskopije.

Laparoskopska holecistektomija

Najpomembnejši sodobni razvoj na področju kirurgije žolčnika se je zgodil 100 let po Langenbuchovi prvi klasični holecistektomiji. Leta 1983 je

Lukichev s sodelavci opisal laparoskopsko holecistostomo kot način zdravljenja akutnega vnetja žolčnika. Kmalu zatem, leta 1985, je Mühe v Böblingenu v Nemčiji opravil prvo laparoskopsko asistirano holecistektomijo (2).

Laparoskopija se je mnogo prej uveljavila na drugih področjih medicine, ginekologiji in urologiji so jo uporabljali že dolgo. Zakaj je kirurgija zaostajala?

Nekirurška terapija žolčnih kamnov (sedemdeseta leta 20. stoletja)

Potem ko je Langenbuch leta 1882 naredil prvo klasično holecistektomijo, je bila ta operacija večji del 20. stoletja zdravljenje prvega izbora pri boleznih žolčnih kamnov. Leta 1970 se je začelo širiti splošno mnenje, da gre za poseg, po katerem se pojavljajo bolečine, oslabele in neestetske brazgotine, zato so začeli navdušeno razvijati nekirurške metode zdravljenja žolčnih kamnov. Hiteli so razvijati različne konservativne metode, ki so zajemale terapijo s kenodeoksikolno kislino (leta 1972), ursodeoksikolno kislino (leta 1975), endoskopsko papilotomijo (leta 1973) in končno z mehanično litotripsijo (leta 1982). Pričakovanja so bila velika. Mnogi so verjeli, da prihaja doba uspešnega zdravljenja s kemičnimi preparati in mehanskim drobljenjem žolčnih kamnov (5). V luči takšnih obetajočih alternativ je bilo v teh letih premalo pozornosti posvečene nadaljnjemu razvoju kirurške odstranitve žolčnika. Kljub prehodnemu uspehu nekaterih konservativnih tehnik je vsako od njih omejeval spremenjen žolčnik, ki ni bil odstranjen in v katerem so se kamni tvorili vedno znova.

Vase zaverovani kirurgi (velik kirurg – velik rez)

Z današnje perspektive je morda lažje ocenjevati, zakaj se koncept minimalno invazivne kirurgije abdo-

minimalne kirurgije, v nasprotju z drugimi vejami medicine, dolgo ni dotaknil. Večina vodilnih kirurgov tistega časa se je osredotočila na transplantacije organov in zdravljenje raka. Abdominalne operacije so bile obsežne in radikalne, boj za višje 5-letno preživetje je bil v polnem razmahu. Kirurška filozofija je sledila konceptu, da veliki problemi potrebujejo velike reze. Navsezadnje se rez celi »stran s stranjo« in ne »konec s koncem«. Tako je bilo okoli leta 1980 zelo malo možnosti za sprejemanje novosti in dojemanje prednosti tehnik operiranja skozi »luknjo ključavnice«. Kirurgi niso kazali nobenega zanimanja, da bi spreminjali tehniko rutinskih operacij z nizko umrljivostjo, kot sta bili apendektomija in holecistektomija (6).

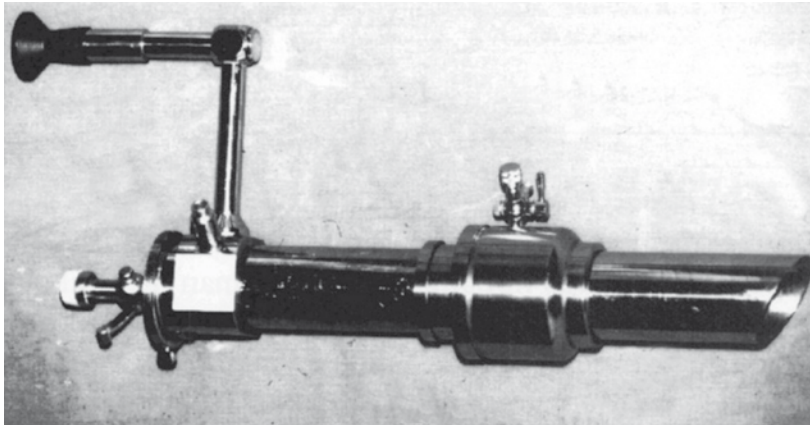
Erich Mühe in prva laparoskopsko asistirana holecistektomija leta 1985

Erich Mühe (rojen leta 1938) je bil asistent na Kirurški kliniki Univerze v Erlangnu v Nemčiji. Tam je lahko



Erich Mühe je leta 1985 v Böblingenu v Nemčiji opravil prvo laparoskopsko asistirano holecistektomijo. Kljub začetnemu skepticizmu je bila laparoskopsko holecistektomija kmalu sprejeta kot nov »zlati standard« v zdravljenju bolezni žolčnih kamnov.

Vir: http://openi.nlm.nih.gov/imgs/512/125/3015244/3015244_jsls-2-4-341-g01.png



Mühe je postopoma izdelal detajle novega operacijskega laparoscopa, ki ga je poimenoval »galoskop«. Imel je optiko s stranskim pogledom, kanal za instrumente z zaklopkami, prevodnik svetlobe in cev za ustvarjanje pnevmoperitoneja.

Vir: Litinsky GS. Erich Mühe and the rejection of laparoscopic cholecystectomy (1985): a surgeon ahead of his time. JLS 1998; 2: 341–6.

spremljal pionirski razvoj novih endoskopskih tehnik, ki so ga sicer uvajali internisti. Klinika za interno medicino v Erlangnu je bila v svetovnem merilu vodilna v razvoju različnih endoskopskih tehnik. Internisti so od leta 1960 naprej postopoma uvajali nove diagnostične metode, kot sta duodenoskopija in ERCP. Diagnostičnim metodam so sledile minimalno invazivne terapevtske metode, kot so papilomija (prva v Erlangnu Classen in Demling leta 1973), polipektomije zgornjega in spodnjega prebavnega trakta, biopsije z zanko, endoskopske resekcije tumorjev in odstranitev tujkov.

Mnogi kirurgi so takšnim metodam izrekli ostre kritike. Užaljeni so bili, ker so internisti vstopali na klasična področja kirurgije. V nasprotju z večino je Mühe izrazil navdušenje: »Ponosni smo bili na naše interniste in na njihovo pionirsko delo,« je izjavil kasneje (6–7).

Potem je v začetku osemdesetih med kirurgi završalo: nemški ginekolog Semm je napravil prvo laparoskopsko apendektomijo. Večina kirurgov se je zgražala in kritizirala, češ kaj si ginekologi drznejte početi.

Mühe je bil med redkimi, ki je bil očaran nad Semmovo tehniko, hkrati je spremljal razvoj endoskopije v Erlangnu, uspehi internistov so ga le

spodbujali. Začel je sanjati o laparoskopski odstranitvi žolčnika. Bil je v najboljših kirurških letih, dovolj izkušen ter hkrati razgledan in odprt za nove metode. Toda v togem in strogem nemškem hierarhičnem sistemu je bilo nekemu asistentu težko prodreti z novimi idejami. Leta 1982 je Mühe zapustil Erlangen in postal predstojnik Kirurške klinike v Böblingenu. Tam je bila pot odprta.

Potem se je pojavila novica: leta 1983 je Lukichev naredil laparoskopsko holecistostomo kot način zdravljenja akutnega vnetja žolčnika (2).

Mühe se je pripravljaj, pri ginekologu Semmu naročal instrumente in načrtoval operacijo. Ugotovil je, da bi bili ginekološki instrumenti sicer zadostni za odstranitev navadnega žolčnika, vendar niso primerni za žolčnik, poln kamnov. Zato je postopoma izdelal detajle novega operacijskega laparoscopa, ki ga je imenoval »galoskop«. Ta je imel optiko s stranskim pogledom, kanal za instrumente z zaklopkami, prevodnik svetlobe in cev za ustvarjanje pnevmoperitoneja.

Prvo laparoskopsko asistirano holecistektomijo je Mühe napravil 12. septembra 1985, to je skoraj pet let po Semmovi prvi kompletni laparoskopski apendektomiji. Mühe je privzel Semmovo tehniko in uporabil svoj

»galoskop«. Pnevmooperitonej je vzpostavil z Veressovo iglo in sledil korakom kirurške laparoskopije, ki jo je vpeljal Semm: pnevmoperitonej, troakarji in uvajanje »galoskopa«, ki ga je vstavil skozi troakar v popku. Operacija je trajala dve uri in potekala je izjemno dobro (6–7).

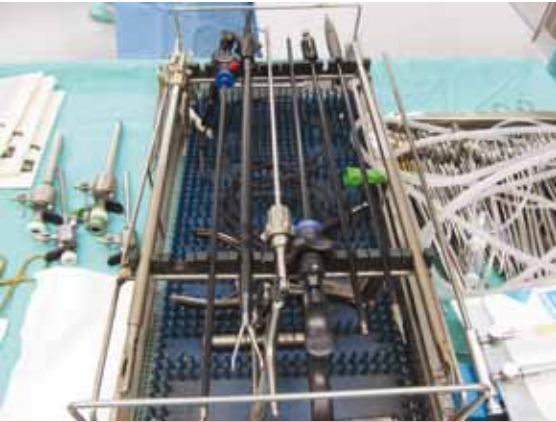
V obdobju od 1985 do 1987 je z manjšimi spremembami svoje tehnike naredil 97 takšnih posegov. Kot mnogi laparoskopisti pred njim, je tudi Mühe osupnil nad hitrim okrevanjem bolnikov. »Nisem mogel verjeti očem,« se je spominjal kasneje, »pri bolnikih je bila peristaltika slišna že takoj po operaciji, isti dan so večerjali. Spraševal sem se, kateri dejavniki pripomorejo k tako hitremu okrevanju.«

Rezultate zdravljenja je v predavanju »Endoskopska holecistektomija« Mühe prvič predstavil na Kongresu



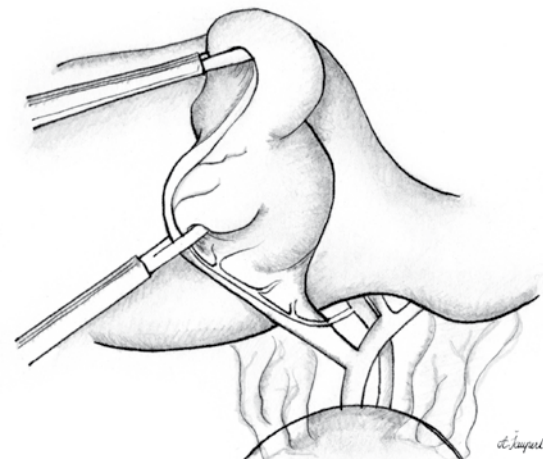
Moderna videolinija je omogočila, da se je laparoskopna tehnika razširila. Priključitev videokamere na laparoskop in prenos slike na ekran vsem članom operacijske ekipe omogoča hkraten in enako orientiran pogled na operacijsko polje.

Vir: Oddelek za abdominalno in splošno kirurgijo, UKC Maribor.



Moderni instrumenti, ki jih danes uporabljamo za laparoskopsko holecistektomijo.

Vir: Oddelek za abdominalno in splošno kirurgijo, UKC Maribor.



Kirurška tehnika pri laparoskopski holecistektomiji.

Vir: Oddelek za abdominalno in splošno kirurgijo, UKC Maribor. Avtor se zahvaljuje Aleksandri Šauperl za izdelavo skice.

Združenja kirurgov Nemčije leta 1986. Predstavil je glavne prednosti holecistektomije brez laparotomije: mišice trebušne stene niso prerezane; neznatne bolečine po operaciji; kratek čas nepremičnosti bolnika; kratek čas hospitalizacije in hitra vrnitev na delo.

Občinstvo je bilo zelo skeptično. Večina kirurgov je menila, da je nevarno operirati skozi majhne reze. Mnogi so ga obkladali z žaljivkami in celo poniževali: »kirurgija miška Mikija« in »majhni možgani – majhna incizija«.

Mühejevo upanje na preboj in uveljavitev nove metode na kongresu

je splavalo po vodi, odziv na njegovo predavanje je bil zelo slab. Le peščica kirurgov je stopila v stik z njim. Nič bolje ni bilo na nemškem kongresu leta 1987, Mühe je spet ostal neopažen. Na pohodu je bila konservativna terapija žolčnih kamnov, prevladovala je miselnost »velik kirurg – velika incizija« in le redki so menili, da bi bilo kirurgijo žolčnika treba spreminjati. V zgodovini medicine ni bilo prvič (verjetno tudi ne zadnjič), da je pionirsko delo ostalo neopaženo (6).

Laparoskopna holecistektomija postane zlati standard

Zakaj je bil Mühe zavržen? Njegov »galoskop« je bil optična naprava, skozi katero je direktno gledal v trebušno votlino. Nekaj je manjkalo. Manjkajoči člen, ki je laparoskopijo vpeljala v splošno in široko uporabo na področju kirurgije, je bila majhna naprava, ki pretvori svetlobo v električno energijo. Do leta 1985 to ni bilo mogoče, kajti do takrat so v ta namen uporabljali velike kamere, ki niso bile primerne za laparoskopijo. Končno je elektroinženirjem uspelo in leta 1985 so razvili poseben čip (angl. *the charged coupled device silicon chip solid-state image sensor*), ki je omogočil izdelavo majhne elektronske videokamere. Ta je svetlobo pretvorila v električno informacijo, omogočena je bila nadaljnja obdelava slike, ki je bila vidna na ekranu. Priključitev videokamere na endoskop oziroma laparoskop in prenos slike na ekran sta vsem članom operacijske ekipe omogočila hkraten in enako orientiran pogled na operacijsko polje. Uvedba videoendoskopije je močno olajšala delo kirurgov, enojni pogled skozi okular je bil zastarel in je pomenil le še preteklost (2).

Leta 1987 je Mouret, francoski kirurg iz Lyona, napravil prvo videolaparoskopsko holecistektomijo. Svojih izkušenj ni nikoli objavil, toda novica se je hitro razširila in Dubois iz Pariza je kmalu objavil prvo serijo laparo-

skopskih holecistektomij (8). Metoda je iz Francije hitro našla pot v ZDA in se ob sodelovanju in izdatni podpori industrije hitro razširila po vsem svetu.

Kljub začetnemu skepticizmu je bila laparoskopna holecistektomija kmalu sprejeta kot nov »zlati standard« v zdravljenju bolezni žolčnih kamnov. Danes veliko večino žolčnikov odstranimo laparoskopsko.

Zanimanje za laparoskopijo, ki se je začelo z uveljavljanjem laparoskopne holecistektomije, je privedlo k skoraj revolucionarni spremembi vsakodnevnih praks splošne kirurgije in k širitvi njene uporabe v številne druge laparoskopne in torakoskopne posege.

Z razvojem tehničnih pripomočkov so se pojavile modificirane tehnike laparoskopne kirurgije: robotska kirurgija, SILS (angl. *single incision laparoscopic surgery*) in NOTES (angl. *natural orifices trans endoscopic surgery*). Kljub uspešno opravljenim posegom te metode predvsem zaradi visoke cene in tudi tehničnih omejitev niso splošno razširjene.

Holecistektomija v Sloveniji

Kdo je naredil prvo klasično holecistektomijo na območju Slovenije? Kljub natančnemu iskanju avtor tega podatka ni našel (9–10). Opravil je tudi osebni razgovor s predstojnico Inštituta za zgodovino medicine na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani, prof. dr. Zvonko Zupanič Slavec, ki ga je seznanila, da je bil ves arhiv operacijskih knjig za kirurško kliniko ob selitvi v novo stavbo v Ljubljani poslan v razrez v papirnico. Tudi iskanje v arhivu UKC Maribor je bilo neuspešno, podatek je ostal neznan.

V Sloveniji je prvo laparoskopno holecistektomijo naredil Nado Vodopija v Slovenj Gradcu leta 1990. Novosti so sledile tudi druge ustanove. V UKC Ljubljana je prvo takšno operacijo naredil prof. dr. Vladislav Pegan leta 1992 (11). Kmalu zatem, prav tako leta 1992, je prvo laparo-



V Sloveniji je prvo laparoskopsko holecistektomijo naredil Nado Vodopija v Slovenj Gradcu leta 1990.

Vir: http://beta3.finance.si/pics/cache_MD/MD13_vodopija_nado2_xx.1277830783.jpg



V UKC Ljubljana je prvo laparoskopsko holecistektomijo naredil prof. Vladislav Pegan leta 1992.

Vir: http://www.viva.si/upload/slike/IMG_05235_med.JPG



V UKC Maribor (takrat še Splošna bolnišnica Maribor) je prvo laparoskopsko holecistektomijo naredil Gregor Pivec leta 1992.

Vir: UKC Maribor.

skopsko holecistektomijo v takratni Splošni bolnišnici Maribor naredil Gregor Pivec (arhiv UKC Maribor).

Doktrino stališča so oblikovali v okviru Združenja za endoskopsko kirurgijo Slovenije, ki ga je takrat vodil prof. Pegan. Sledili so dogajanju v svetu ter upoštevali lastne izkušnje in materialne možnosti. Rezultat je bil naglo naraščanje takšnih posegov.

Delež laparoskopskih holecistektomij v Sloveniji je bil že leta 1996 v povprečju 46-odstoten. Leta 1998 je bil delež laparoskopskih odstranitvev žolčnika v povprečju 62-odstoten, nekateri kirurški oddelki so se že približevali 100 odstotkom, nekaj pa jih je še precej zaostajalo (12). Z leti je delež še naraščal in danes večino žolčnikov odstranimo laparoskopsko.

V začetku 21. stol. je napočil čas, da kirurgi poskusimo s še manj invazivnimi metodami. Robotska kirurgija je predraga, da bi jo izvajali za operacije žolčnika zaradi žolčnih kamnov, njena uporaba pri tem nikakor ni upravičena.

Po skupnem izobraževanju v Parizu je prvo SILS v Sloveniji naredil Aleš Tomažič v UKC Ljubljana leta 2009, nekaj tednov zatem istega leta pa avtor tega prispevka v UKC Maribor. V Sloveniji je bilo narejenih samo nekaj posegov, po začetnem navdušenju z metodo nismo nadaljevali. Porajali so se pomisleki o prednosti takšnega posega ob veliko težji tehnični izvedbi, večji možnosti iatrogenih poškodb in ne nazadnje tudi ob drugačni in bistveno dražji opremi, ki je potrebna za izvedbo te operacije.

V tem obdobju je bila v Sloveniji narejena NOTES. Metodo je začel uporabljati Brane Breznikar v Celju. Tudi ta poseg se ni uveljavil, saj njegovo rutinsko uporabo omejujejo podobni vzroki, ki zavirajo širjenje SILS.

Prihodnost

Kaj nas čaka v prihodnosti? Laparoskopsko holecistektomija je metoda izbora in »zlati standard« v zdravljenju simptomatskih žolčnih kamnov. Koristi za bolnike so jasne, izkušnje so metodo že zdavnaj potrdile in kirurgi lahko hitro usvojijo učno krivuljo. Ali bodo še manj invazivne metode presegle svoje tehnične omejitve in upravičile svojo ceno? Večje pridobitve bolnikom zaenkrat ne nudijo. Ali nam lahko tehnična in farmacevtska industrija ponudita uspešno konservativno terapijo, ki ji žolčnik kot dejavnik za nastajanje novih kamnov ne bo predstavljal ovire?

Zgodovine še ni konec.

Literatura:

1. Modlin IM, Kidd M, Lye KD. From the lumen to the laparoscope. Arch Surg 2004; 139: 1110–26.
2. Nagle A, Soper NJ. Laparoscopic cholecystectomy and choledocholitho-

- my. V: Blumgart LH (ur.). *Surgery of the Liver, Biliary Tract, and Pancreas*. 4th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier 2007; 06–7.
3. Spirou Y, Petrou A, Christoforides C, Felekouras E. History of biliary surgery. *World J Surg* 2013; 37: 1006–12.
 4. Semm K. Die endoskopische appendektomie. *Gynäkol Prax* 1983; 7: 131–40.
 5. Konikoff FM. Gallstones – approach to medical management. *MedGenMed* 2003; 5: 8.
 6. Litinsky GS. Erich Mühe and the rejection of laparoscopic cholecystectomy (1985): a surgeon ahead of his time. *JLS* 1998; 2: 341–6.
 7. Mühe E. Die erste Cholecystectomie durch das Laparoskop. *Langenbecks Arch Chir* 1986; 369: 804.
 8. Dubois F, Berthelot G, Levard H. Cholecystectomy by coelioscopy. *Presse Med* 1989; 18: 980–2.
 9. Borisov P. Od ranocelnštva do začetkov znanstvene kirurgije na Slovenskem. Ljubljana, SAZU 1977.
 10. Pivec G. Zgodovina medicine 20. stoletja: prispevki k prikazu razvoja medicinske stroke in zdravstvenega sistema. Maribor: Založba Pivec 2011.
 11. Pegan V. Laparoskopna kirurgija v Sloveniji. *Endoskopska revija* 1997; 3: 3–8.
 12. Pegan V. Poročilo o strokovnem delu kongresa: 5. kongres endoskopske kirurgije Slovenije z mednarodno udeležbo. ISIS 1999; št. 6.

Junjsko branje

polona.wallas@zzs-mcs.si

Manca Košir

Darovi minevanja

Mladinska knjiga, 2015

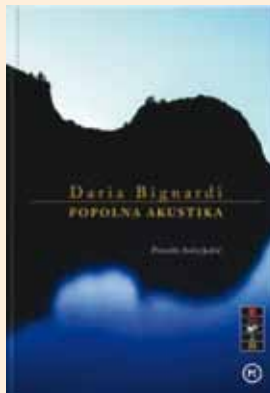


Knjiga, napisana z mislijo, da bo bralcu zmanjšala strah pred smrtjo, ali kot pravi Manca Košir: »Vsaka smrt je tudi dar,« je v bistvu knjiga o življenju. Kako živeti, kaj je v resnici pomembno, česa nas je strah in po čem najbolj hrepenimo, kako sprejemamo in spuščamo tisto, kar nam je najbolj dragoceno, vredno in pomembno. Zbirka dopisovanj s Ksenijo Malio Leban, Jankom Bohakom, Urško Lunder, Karlom Gržanom, Jasno Stošič, Ano Drevenšek, Tino K. Mazi nas popelje skozi čutenje in videnje minljivosti. Knjiga za tiste, ki bi radi na ranljivost, bolezen ali pa celo na umirajoče pogledali še z druge strani. Gre za že osemnajsto knjigo dr. Mance Košir, ambasadorke dostojanstvenega umiranja.

Daria Bignardi

Popolna akustika

Mladinska knjiga, 2015

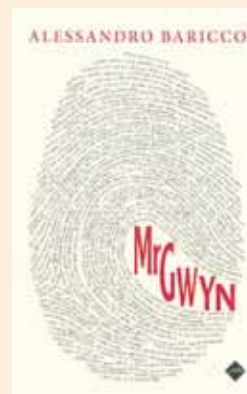


Daria Bignardi je znana italijanska novinarka, televizijska voditeljica in pisateljica. *Popolna akustika* je njen tretji roman; zanj je leta 2013 prejela sardinsko priznanje Navicella d'Argento. Glavna junakinja je 43-letna Sara, ki se po trinajstletnem zakonu z znanim violončelistom Arnom, v katerem so se jima rodili trije otroci, nenadoma odloči zapustiti družino. Zgodba nas skozi oči zapuščenega moža popelje v odkrivanje skrivnosti in zgodbe mlade Sare. V njeni odsotnosti se mož svoji ženi najbolj približa, saj jo skozi potovanja po njeni mladosti v resnici spozna in razume. Knjiga, ki jo bodo ženske z veseljem sprejele. Roman o razumevanju, iskanju ljubezni in o ravnotežju med dvema.

Alessandro Baricco

Mr. Gwyn

Cankarjeva založba, 2014



Očarljiva knjiga, ki slavi samost, individualnost, problematizira današnje odnose, ki se lahko vzpostavljajo tudi z voajerizmom na najrazličnejše načine. Mr. Gwyn je znan pisatelj, ki se odloči, da se umakne v samoto. Javno objavi dvainpetdeset reči, ki jih ne bo nikoli več storil; med drugim tudi ne bo več pisal romanov. V svoji nevidnosti in odmaknjenosti izumi nov poklic »kopista«, ubesedovalca značajskih značilnosti in notranjih potez posameznika. Tako kot slikarski portret, le z besedami. Pisatelj, zdaj kopist, najame atelje, v katerega povabi gole modele in jih opazuje... in tako se vse začne. V odsotnosti dialoga, v opazovanju časa, ki drsi mimo, ob ugašanju prvih žarnic nad ateljejem se rodi prvi ubesedeni portret...

Jeseniško zdravstvo praznuje

Odprtje razstave ob 120-letnici bolnišnice in 60-letnici zdravstvenega doma

Neža Hrastar, dr. med., Radovljica
neza.hrastar@gmail.com

Dobra zdravstvena oskrba nam razkriva blagostanje države. Pomembno je, da so je deležni vsi prebivalci v enakem obsegu ter z enakimi možnostmi. Danes so bolnišnice razporejene po celotnem območju države, zdravstveni domovi so nam večinoma na dosegu rok, pred nekaj več kot 100 leti pa ni bilo tako. Preventivni pregledi in programi z namenom zgodnjega odkrivanja bolezni ter skrb za varstvo otrok in žensk se nam zdijo samoumevni, vendar je bila pot do vzpostavitve ustrezne mreže zdravstvene oskrbe dolga ter nemalokrat za zdravstvene delavce izredno požrtvovalna.

Z namenom počastitve vsega truda, ki so ga vložili naši predhodniki v razvoj zdravstva ter gradnjo zdravstvenih domov in bolnišnic tudi na obrobju, so v Gornjesavskem muzeju Jesenice pripravili razstavo o zgodovini zdravstva na Jesenicah ter na tak način obeležili 120-letnico od ustanovitve bolnišnice bratovske skladnice Kranjske industrijske družbe ter 60-letnico Zdravstvenega doma Jesenice.

Ob odprtju jubilejne razstave so spregovorili strokovna direktorica Splošne bolnišnice Jesenice Karmen Janša, dr. med., avtor razstave dr. Marko Mugerli, direktorica muzeja Irena Lačen Benedičič, predstojnica Inštituta za zgodovino medicine prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., ter dolgoletni bolnišnični sodelavec dr. Jenko.

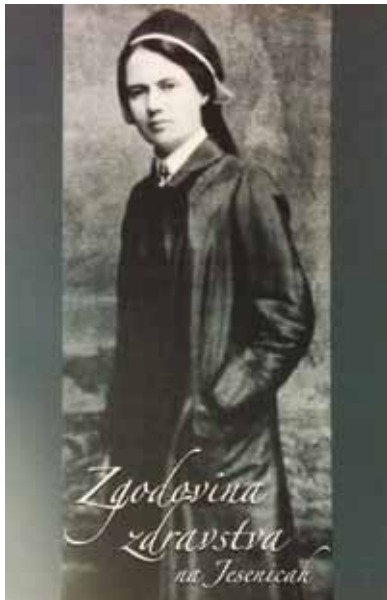
Razstava v Kosovi graščini na Jesenicah nam nazorno prikaže razvoj zdravstva na Jesenicah. Skozi plakate s slikami ter številne stare in nadvse zanimive medicinske predmete nas popelje v čas, ko zdravstvena oskrba ni bila dosegljiva kadarkoli in na vsakem koraku.

Bratovska skladnica je bila oblika zavarovanja, namenjena zaposlenim v rudarskih in železarskih obratih, število katerih na področju jeseniške občine ni bilo zanemarljivo. Omogočala jim je pomoč v primeru nezgod in bolezni ter v

letih 1895/96 zgradila bolnišnico, predhodnico današnje Splošne bolnišnice Jesenice. Prvotna bolnišnica z 18 posteljami ter enim splošnim zdravnikom se je nahajala na drugi lokaciji, obsegala pa je tudi splošno in zobozdravstveno ambulanto, kateri je vodil edini zdravnik Vilijem Schwab. Leta 1933 se mu je zaradi vedno večjega števila bolnikov pridružil Milan Čeh (njegov doprnski kip stoji pred ZD Jesenice), leta 1939 kirurg Jože Hafner, kasnejši direktor SB Jesenice ter primarij kirurškega oddelka. Manjše posege je opravljal v matični bolnišnici, zahtevnejše bolnike je naročal v Ljubljano in jih operiral tam, nekatere je pošiljal v Deželno bolnišnico v Celovec ali Novo mesto. Zaposlili so tudi bolničarja Ivana Saksido, ki je opravljal rentgenske



Odprtje razstave. Z desne: strokovna direktorica SB Jesenice Karmen Janša, dr. med., predstojnica Inštituta za zgodovino medicine prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., jeseniški župan Tomaž Tom Mencinger, avtor razstave dr. Marko Mugerli, nekdanji upravnik ZD Jesenice in organizator postavitve ZD v Kranjski Gori, na Jesenicah in v Selu pri Žirovnici Alojzij Jenko, dr. med., direktorica muzeja Irena Lačen Benedičič. Fotografija je last muzeja.



Naslovnica razstavnega kataloga »Zgodovina zdravstva na Jesenicah«, na kateri je Angela Boškin, prva slovenska diplomirana medicinska sestra.

preiskave, ter v sklopu bolnišnice odprli lekarno. Zdravila so bila za zavarovance ter njihove družine brezplačna, ostali so jih dobili proti plačilu. Zaradi velikega obsega dela so v obdobju pred drugo svetovno vojno v pogodbenem sodelovanju z bratovsko skupnostjo delovali tudi zasebniki v svojih domačih ordinacijah. Zavarovanci so tako obiskovali Bartola Keržana, kasnejšega direktorja okrajnega ZD Radovljica ter upravnika ZD Jesenice, Frančiška Kogoja, Viktorja Marčiča, Jožeta de Glerio, železničarji Avgusta Tancarja. Zadnje ga je kasneje nadomestil France Bergelj, po katerem se danes imenuje dom starejših občanov na Jesenicah. Na področju Jesenic sta za zavarovance delovala zobozdravnika Jožef Glančnik in Jožef Ludvig z asistentko Eriko Heim, znano alpinistko in smučarko.

Za matere in otroke je bilo na Jesenicah, v primerjavi z drugimi kraji, relativno zgodaj poskrbljeno. Prva slovenska diplomirana medicinska sestra, Angela Boškin, je leta 1919 ustanovila Posvetovalnico za matere in dojenčke, ki je bila prva takšna

ustanova pri nas. Materam je nudila oporo, jim dajala koristne nasvete pri negi in skrbi za otroka ter jih učila ravnanja v primeru bolezni. Opravljala je tudi patronažno delo z obiski na domu.

Med drugo svetovno vojno je na Mežaklji delovala partizanska bolnišnica, imenovana ambulanta D. Na pobudo zdravnika Edvarda Poharja jo je leta 1942 ustanovil Gorenjski odred. Poškodovance sta oskrbovala tudi kirurg Jože Hafner in Ivan Saksida.

Leta 1940 so pričeli z gradnjo Splošne bolnišnice Jesenice, odprtje je bilo 11. aprila 1948. Prvotno je imela le interni in kirurški oddelek. Predstojnik prvega je bil zgoraj omenjeni Jože Hafner, drugega zdravnik Franc Brandstetter. Močno obremenjene so bile v začetnem obdobju medicinske sestre. Do druge svetovne vojne so del obveznosti opravljale redovnice, katerim je bilo kasneje delo medicinskih sester prepovedano. Leto po odprtju se je internemu in kirurškemu oddelku pridružil ginekološko-porodniški oddelek s primarijem Francem Kušarjem, kot četrti pa otroški oddelek z ustanoviteljem Štefanom Plutom.

Leta 1955 so ustanovili Zdravstveni dom Jesenice. V naslednjih letih so na področju občine Jesenice (ki je v tistih časih segala vse od Rateč pa do Most pri Žirovnici) zgradili zdravstvene postaje v Kranjski Gori, Mojstrani ter na Selu pri Žirovnici. Osrednji zdravstveni dom je imel leta 1965 pet splošnih ambulant, zobozdravnika, internista, pulmologa, nevropsihiatra, pediatrija, ginekologa, ortopeda, rentgenologa, okulista, otorinolaringologa, dermatologa in patronažno službo. V prostorih stare bolnišnice je do leta 1991 delovala Obratna ambulanta, namenjena področju medicine dela, prometa in športa. Skrbeli so za preventivne preglede železarjev ter izdelali popis delovnih mest z nevarnostmi. Zdravnik Aleksander Rjazancev je bolnikom s težavami s hrbtenico in živčnim sistemom nudil akupunkturo. Leta

1991 se je Obratna ambulanta priključila ZD Jesenice.

Ob ogledu razstave se zavemo, da je bilo za to, kar imamo danes, vloženega velikega truda, zato je toliko pomembnejše, da se ob vsakodnevem delu z bolniki trudimo, da kljub kriznim časom vzpostavimo še boljše pogoje za medicinsko oskrbo ter z zanosom nadaljujemo delo naših predhodnikov.

Razstava v Kosovi graščini na Jesenicah je bila na ogled do 17. aprila 2015, nato pa je ta zanimiva razstava z eksponati našla stalno mesto v Splošni bolnišnici Jesenice.

Muzej je ob tej priložnosti pripravil tudi razstavni katalog »Zgodovina zdravstva na Jesenicah«, avtorja dr. Marka Mugerlija, kjer je razvoj zdravstva na Jesenicah obširneje opisan. V njem so objavljeni tudi spomini nekaterih zdravstvenih delavcev.

Za zanimivo vodenje po razstavi ter strokovno pomoč pri pripravi članka se lepo zahvaljujem gospodu dr. Marku Mugerliju iz Gornjesavskega muzeja Jesenice ter prof. dr. Zvonki Zupanič Slavec, dr. med., za ideje in predloge.

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

Razni avtorji: Gibanje je zdravje. Zbornik prispevkov o pomenu telesnega gibanja za zdravje

Društvo Forabel, Zgornja Kungota, 2014, 179 str.

Marjan Kordaš, Ljubljana

Po dolgem tuhtanju sem dognal, da bi bilo dobro in prav o knjigi kaj napisati. Tudi opisati velikanske ovinke, prek katerih je prijadrala do mene. Prav zaradi ovinkov ter že luknjastega spomina sem res zelo presenečen prebral stavek na koncu *Uvodne besede* (str. 8), da

Naslov **Gibanje je zdravje** je prispeval akademik in zdravnik Marjan Kordaš. Odločili smo se, da zaradi širše zgodbe, ki jo dr. Kordaš ponuja, monografijo naslovimo »Gibanje je zdravje« in ne »Gibanje kot zdravilo«, kot je bilo prvotno mišljeno.

Moram reči, da mi je po eni strani všeč, da sem omenjen v skupini zdravnikov-športnikov, ki so zasnovali to knjigo, po drugi strani pa sem v hudi zadregi, saj se ne štejem ne za zdravnika in ne za športnika. Vrh tega k publikaciji **Gibanje je zdravje** razen naslova nisem prispeval prav nič. A ker je v citatu zgoraj govora o nekakšni širši zgodbi, se mi zdi, da jo je vredno opisati.

Moja (ne)vpletenost v knjigo **Gibanje je zdravje** se je začela leta 2011, ko mi je doc. dr. Bojan Knap povedal, da z akad. Matijem Horvatom pripravljata knjigo s podobnim naslovom. Komunikacijo, tudi pogovore v živo in po telefonu ter e-pošto sem obnovil šele potem, ko mi je uspelo pregledati ves računalnik. Doc. Knapu sem med drugim predlagal pripravo posebnega, nekakšnega osrednjega članka v knjigi. V ta namen sem citiral znameniti Berne-Levyjev učbenik *Cardiovascular Physiology* ter tisti znameniti graf o vplivu napora (zgornja meja $900 \text{ kg}\cdot\text{m}/\text{min}$, tj. komaj 150 W) na frekvenco srca. V tem grafu je namreč po moji presoji navidezno (ponavljam: navidezno!) protislovje, ki bi ga bilo vredno obdelati v knjigi te vrste. Npr. najeti mladega, zdravega preiskovanca, ga posaditi na cikloergometer ter ga obremeniti po dveh protokolih tako, da deluje: a) z naraščajočo močjo po stopnjah (npr. po 3 minute) ter b) s

konstantno močjo za določen čas (npr. 10 minut). Narisati ustrezna grafa ter pri drugem grafu poskusiti izmeriti časovno konstanto – če gre za eksponencialno funkcijo. In končno obdelati, kako iz družine eksponencialnih funkcij pridemo do linearne.

Priznam: ob tem sem imel svoje račune. Doc. Knapa sem poskušal nagovoriti (hm!), naj bi nekdo (hm!) ponovil enake meritve, kot to počnem na sebi. Primerjati sebe (80 plus) s kakim mladcem (40 minus) bi bilo zanimivo, mar ne? Po tihem sem celo upal, »da bi prišel zraven«, tj. da bi na profesionalnih napravah lahko ponovil tisto, kar pozimi počnem na svojem kolesu doma...

Doc. Knap mi je res kmalu potem poslal nekaj reči v branje, a je potem najina komunikacija zamrla in končno sem na vse skupaj pozabil. Tudi zato, ker zagotovo nisem jaz tisti, ki sme in more postavljati koncept knjige takšne vrste.

A naj je bila predzgodovina takšna ali drugačna, je knjiga res vredna branja. Jaz sem začel na začetku in končal na koncu, kar pa je po moje napaka. Namreč, ker nisem strokovnjak, knjige nisem bral kot recenzent. Iskal sem le odgovore na stara vprašanja. Npr. kako profesionalno (iz)meriti vpliv napora (na cikloergometru, kjer se obremenitev meri v W, ali tekaču, kjer se obremenitev meri v MET) na frekvenco srca. Gre res za linearno odvisnost – ali pa je pri maksimalnem naporu odvisnost nekoliko »ukrivljena«, da obstoji nelinearen maksimum? In seveda pri dveh različno težkih preiskovancih izmeriti razmerje Watt/MET ter ga obširno komentirati.

V knjigi je poglavje (str. 91–114), ki bi lahko bilo t. i. osrednji članek o vplivu napora na srce in ožilje ter presnovno. Po branju pa sem bil res razočaran. Slike 2–6 sicer kažejo sofisticirane naprave, ki pa tudi s sliko 1, posnetkom stoletnega maratona, žal ne prispevajo k razumevanju besedila. A prav zato je bilo branje dobra spod-

buda, da sem na spletu našel nekaj odličnih referenc, odličnih vzorcev, kako ob obremenitvi na cikloergometru (do 300 W, občudovanja vredno) (iz)meriti frekvenco srca, laktatni prag ter vsaj v načelu obdelati kinetiko zadevnih spremenljivk.

Če bi bral še enkrat, bi bral po smiselnih sklopih vse tisto, kar je zares informativno. Najprej prvi sklop, obe poglavji o živčevju (Danielli ter Grad & Baruca). Nato pa drugi sklop, ki se začne na koncu knjige (Knap), nadaljuje na začetku (Rotovnik - Kozjek ter Horvat) ter nato dalje po logičnem zaporedju (Blinc, Veselko, Starc). Tudi seveda o dopingu (Lainšček), četudi je ta, sicer sodoben pojav nekoliko zunaj miselnega toka knjige. Sporočila navedenih poglavij so izvrstna in kar zadeva mene, sem si spodaj zapisal dva sklepa:

Sklep I: Sporočilo prvega sklopa zame je, da je vaja (ki vključuje kolesarjenje) za živčevje pomembna,

naj nadaljujem ter da je za mojo duševnost spodbudno, da me (še vedno, tako pasivno kot aktivno) zanimajo dogodivščine Josefine Mutzenbacher. Tako, kot se mi je zapisalo v *Literarnem kolesarjenju 2014* in kar se mi zdi vredno ponoviti:

Morda bom nekoč v prihodnosti za *SISI* prevedel sedmo poglavje *Abenteuer in Ungarn* (Pustolovščina na Madžarskem), ko huzarski poročnik Feri von Ófalay, madžarski plemič, Josefino za tri tedne povabi na svoje posestvo. Med počitnicami se Josefine najprej nauči posebne umetnije, jezditii ritensko na istem konju kot Feri (ki seveda ne sedi ritensko) in ki vodi konja tako, da teče v drncu ali galopira, seveda v pravem ritmu za oba »jezdca«. Tako da Josefine zapiše, da pride kar samo od sebe (hm!).

Vrhunec pa je njeno sodelovanje pri Ferijevi t. i. *Husarenwette* (huzarski stavi).

Dogajanje – pa naj bo resnično ali izmišljeno – je opisano izvrstno in dokazuje, da je spolna iznajdljivost neizmerena, če partner ni zakonec...

Sklep II: Sporočilo drugega sklopa je zame pričakovano: pod pretvezo »ne morem več« ali »sem že prestar« postati zasvojen s fizično in psihično lenobo je katastrofa. Telesna aktivnost je zagotovo dejavnost, ki ne le upočasni starostno atrofijo mišičja, temveč tudi pozitivno vpliva na možgane. Vendar: sam sem svoje sreče oz. telesne aktivnosti kovač. Presoja mojega kolesarjenja in življenja sploh je moja odgovornost, mar ne?

Društvu *Forabel* čestitam za informativno publikacijo.

Joshua Fields Millburn, Ryan Nicodemus: Minimalizem. Živeti s smislom

MKZ, 2015

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

»Minimalizem je orodje, ki ga uporabljamo, da živimo bolj osmišljeno življenje. S tem orodjem dosežemo srečo, ki jo (če smo odkriti) iščemo prav vsi. /.../ Pri minimalizmu ni pravil. Gre zgolj za to, da se znebite nepotrebnih stvari v življenju – zato, da se lahko osredotočite na tisto, kar je pomembno.«

Minimalizem je bil v preteklosti predvsem stvar potrebe in nuje – v času hudih bolezni, epidemij, ujm in nesreč, pred, med in po obeh svetovnih morijah, v času razdeljenosti z železno zaveso in v podobnih obdobjih,

ki jih je zaznamovalo pomanjkanje. Ljudje se zanj praviloma niso odločali prostovoljno, marveč so bili vanj prisiljeni, zato mu je svet nadel negativni prizvok, ki se ga pogosto drži še danes. Kot odgovor na krizo in pomanjkanje se je rodil kapitalizem s potrošništvom in maksimalizmom, ki na piedestal postavlja vse, kar je večje, dražje, težje, obilnejše in »boljše«. Človek je bil prepričan, da bo srečnejši, če bo več delal, več ustvaril, več zapravil in več imel. Vse naštetost se je prej ali slej moralo sprevreči v krizo, ki je ponovno privedla do razmišljanja

o omejevanju, racionalizaciji in minimalizaciji.

Podobno v svojem zanimivem prvencu razmišljata in argumentirata Američana Joshua Fields Millburn in Ryan Nicodemus. Domiselna uspešneža z nasprotne strani Atlantika, ki sta se, naveličana maksimalizma, odpovedala dobro plačani službi v veliki korporaciji in podarila, zavrgla ali razdala večino svojega premoženja, za katerega sta bila doslej prepričana, da ga nujno potrebujeta na vsakem koraku svoje življenjske poti. Navdušena novopečena minimalista sta, očarana nad svobodo in lahkotnostjo, ki sta jo s tem pridobila, zasnovala spletno stran theMinimalists.com in sklenila svoje znanje, izkušnje in

sposobnosti, čas, energijo in ostale potencialne posvetiti smislu življenja oziroma življenju s smislom.

Kaj je sploh minimalizem? Kdor se poglubi v zadevo, kmalu ugotovi, da pojem ne predstavlja nič presenetljivo nenavadnega, novega ali zapletenega. Dejansko gre predvsem za načelo nasprotovanja in upiranja začaranemu krogu ustvarjanja in trošenja (potrošništva), pri katerem človek opusti vse nepotrebno in nepomembno ter se raje posveti in osredotoči na pet ključnih danosti, med katere avtorja uvrščata zdravje, odnose, strast, osebno rast in prispevanje k izboljšanju skupnosti.

Minimalistično naravnana uspešneža in avtorja sta prepričana, da, upoštevajoč (svojo) minljivost, človek v življenju ne sme imeti/posedovati nič takega, česar ne more v trenutku pustiti in oditi. Pri čemer ugotavljata, da ljudje, ki menijo, da imajo vse: družino, dobro službo, prijeten dom, avto in še marsikaj drugega, niso nič bolj srečni od tistih, ki (se zavedajo, da) jim nekaj/marsikaj manjka.

Namen načela minimalizma je spodbuditi človeka k »zdravi skromnosti, izbirčnosti in racionalnosti« – ga prepričati, naj se znebi nepotrebni stvari/ljudi/odnosov v življenju. Pri čemer je posebej pomembno poudariti, da ne gre le za predmete in materialno lastnino, marveč tudi za pričakovanja in ambicije, zamisli, navade in običaje, odvisnosti in odnose. Življenje po načelih minimalizma posamezniku omogoči, da se znebi balasta – očisti, razbremeni, prevetri in osveži svoje življenje, delovanje, razmišljanje in bivanje.

Avtorja, ki sta tudi dobra prijatelja, ameriška strokovnjaka in bivša uspešna poslovneža iz Daytona v Ohio, sta vrsto let ogromno delala in temu primerno tudi veliko zaslužila. Kmalu sta si omisllila lepo hišo, drag avto, obilico drugih stvari in razkošja – od adrenalinskih športov, eksotičnih počitnic in sanjskih potovanj, do pojavljanja na rdeči preprogi in druženja z imenitneži. Živela sta za »pet minut« slave, razkošja, udobja in

ugodja. Vendar sta vsak večer znova ugotavljala, da ju tovrstno življenje »na veliki nogi« (o katerem mnogi zaman sanjajo) ne izpolnjuje in zadovoljuje, kaj šele osrečuje. Čeprav sta si lahko izpolnila (skoraj) vsako željo, pa jima garanje, služenje in zapravljanje ni prineslo notranjega miru in zadovoljstva.

Zaznamovana s težkim otroštvom, ki sta ga spremljala revščina in pomanjkanje, sta bila pisca v mladosti prepričana, da je ključ do rešitve njihovih težav in notranjega zadovoljstva skrit v visokih zneskih na njunem bančnem računu. Zakopala sta se v razmišljanje in raziskovanje, da bi lahko dovolj natančno ocenila, kolikšen je minimalni letni zaslužek, ki jima bo omogočal lagodno, zadovoljno in umirjeno življenje. Kot mladeniča sta bila prepričana, da jima bo za to zadoščalo 50.000 na leto. Delala sta med 70 in 80 urami na teden, pri tem pa si vedno znova izmišljala in kupovala nove reči. Pri svojih tridesetih sta ugotovila, da nista zadovoljna s takšnim načinom življenja, saj jima s tem ni uspelo zapolniti notranje praznine. Ko sta sčasoma uresničila svoj finančni cilj, sta razočarana ugotovila, da jima ni prinesel zadovoljstva. Zato sta začela znesek poviševati do 100 tisoč dolarjev na leto. Vzporedno s tem pa sta kopičila tudi svoje stroške, obveznosti, dolgove in naložbe. Kljub temu pa njun čustveni izkupiček – zadovoljstvo, sreča in umirjenost – ni bil nič večji. Zgodilo se je ravno nasprotno – v svoji uspešnici, ki sta jo posvetila minimalizmu, poročata o vedno večji praznini in nezadovoljstvu.

Navdušena nad zanimivim spoznanjem sta se Joshua Fields Millburn in Ryan Nicodemus brez nepotrebne razmišljanja in oklevanja odločila, da prevzamete nadzor na svojim življenjem in se na podlagi načel minimalizma osredotočita le ali vsaj predvsem na tisto, kar je pomembno. Ni ju bilo strah svoje življenje obrniti na glavo. Ker se je stvar izkazala za obetavno, sta o svojih spoznanjih sklenila napisati

knjigo in z njo pomagati do boljšega življenja tudi drugim, zlasti tistim, ki so preveč zazrti v materialni svet in se ne zavedajo, da tudi v materialni sferi pogosto velja modrost »več je manj«.

Millburn in Nicodemus v svojem Minimalistu ugotavljata, da se mora človek, ki hoče biti uspešen, umirjen in zadovoljen, čim prej znebiti bremena identitete.

Ljudje (tudi in predvsem zdravniški) se preveč poistovetijo s svojim poklicem in poslanstvom, zato težko uvidijo in upoštevajo, da so veliko več kot le to – da so čudoviti na nešteto različnih načinov. Ko je človek ujet v začaranem krogu pričujoče identitete, težko doume, da ni vedno in povsod eno s svojo službo, s svojimi kolegi in sodelavci, s svojo materialno lastnino; da njegovega bistva ne predstavljajo naložene obveznosti, naraščajoči dolg na njegovem bančnem računu in/ali nezadovoljna družina, da ni vreden le toliko, kot pričajo zneski na njegovi plačilni kuverti, marveč veliko več. Človek ni stroj ali robot. Je tudi sin, brat, oče, mama, hčerka, sestra, ljubimec, partner, kolega, sodelavec, prijatelj, učitelj in svetovalec. Vsakdo predstavlja oziroma uteleša razvijajočo se osebnost, razdajajočo se osebnost, zdravo osebnost, strastno osebnost ter osebnost, ki hoče, zna in zmore veliko več.

Minimalizem, ki ga avtorja pojmujeta kot orodje za osmišljeno življenje, temelji na petih pomembnih dimenzijah osmišljenega življenja: zdravju, odnosih, strasti, rasti in prispevanju. V svojem prvencu navajata tudi načine, na katere si jih je mogoče zagotoviti, oziroma navajata konkretne cilje in napotke, kako jih doseči in vključiti v svoje življenje.

Ker bi tudi zdravstvu nedvomno koristil kanček prepotrebne minimalizma (za maksimalizem vedno bolj zmanjkuje sredstev!), je delo odlično branje tako za zdravnike in njihove sodelavce kot tudi za oblikovalce zdravstvenih sistemov in njihove uporabnike.

Moj zdravnik ... devetnajstič

Prim. Marko Demšar, dr. med., Ljubljana

demsar@siol.net

V četrtek, 2. aprila zvečer, je klub Cankarjevega doma »pokal po sivih«. Revija za boljše življenje Viva je tega dne pripravila zaključno prireditev akcije Moj zdravnik. Le-ta je od januarja do konca meseca marca dajala možnost najti in izbrati zdravnike, ki v svojem okolju uživajo nedvoumen ugled. In tako je bila tudi letošnja prireditev polna izbranih besed, ki jih je skoraj 19.000 ljudi namenilo svojim zdravnikom in njihovim pristnim vezem z bolniki. Ne spominjam se, da bi bilo kdaj ob dogodku, namenjenem pohvalam zdravnikom, prisotnih toliko ljudi! Mesta med občinstvom so zasedli tudi dva nekdanja predsednika države, aktualna ministrica za zdravje in eden njenih predhodnikov, sedanja in prejšnja varuhinja človekovih pravic,

nekdanja rektorica Univerze v Ljubljani ... da omenim le nekatere.

Slavnostno razpeloženje je uvedel pianist Urban Stanič z vrhunsko interpretacijo Lisztove skladbe Rigoletto, nakar so se na dveh velikih zaslonih zvrstili prikazi nekaterih dosežkov slovenske medicine: operacija kile trebušne prepone pri en dan starem dojenčku, transplan-tacija srca, nekirurška menjava srčnih zaklopk, stimulacija globokega možganskega jedra, aktivna robotska proteza po amputaciji noge in odstranitev tumorja pljučnega krila skozi 4-centimetrski kožni rez.

Nagovor Vesne Žunič, glavne urednice revije Viva, je orisal razloge, zakaj je pomembno negovati in spoštovati vrednote človečnosti v



Tadeja Čerin, dr. med., spec. splošne medicine, bedi nad svojimi pacienti v Zdravstvenem domu Ljubljana Moste. »V življenju se najbolj upiram neznanju,« pravi. Izbrana je bila kot MOJA DRUŽINSKA ZDRAVNICA 2015.



MOJA ZOBOZDRAVNICA 2015 je Eva Kržišnik, dr. dent. med., zaposlena v ZD Litija. Pri izbiri poklica je nanjo odločilno vplival lep spomin na nekdanjo šolsko zobozdravnico.



Specializant pediatrije Tomislav Mlinar, dr. med., skrbi za mlade bolnike na območju zdravstvenih domov Trebnje in Novo mesto. »Več težav mi povzročajo novodobni starši – zanje pogosto porabim veliko več časa kot za malčke,« je hudomušen MOJ PEDIATER 2015.

medsebojnih odnosih in pripravljenost, da Viva ostaja na tej poti.

Dobro izbran umetniški program je v nadaljevanju ogrel dlani obiskovalcev, še več tovrstnega priznanja pa so bili deležni zdravnice in zdravniki,



Naziv **MOJA GINEKOLOGINJA 2015** je dobila Suzana Završnik, dr. med., spec. ginekologije in porodništva iz ZD Maribor. Njena ugotovitev: vse pogosteje se srečuje z žalostnim dejstvom, da si ljudje zaradi finančne ogroženosti ne morejo privoščiti niti osnovne zdravstvene oskrbe niti zdravlil.

ki so v soju žarometov poslušali, kako ljudje zaznavajo njihove odlike.

Za čestitke in izmenjavo mnenj je bilo dovolj priložnosti še v nadaljevanju, ko se je ekipa restavracije z gradu Zemono potrudila s postrežbo in z njo

zadovoljila še tako zahtevne estete in sladokusce.

Ob razhajanju v poznih večernih urah pa je bil na zaslonih napis: Nasvidenje prihodnje leto, ko bo 20-letni jubilej **MOJEGA ZDRAVNIKA**.



Najuglednejši naziv **MOJA ZDRAVNICA 2015** je z največjim številom oddanih glasov pripadel Jani Zajc, dr. med., specialistki ginekologije in porodništva, zaposleni v ZD Trebnje.

Z zavzetostjo spremlja nosečnice skozi vznemirljivo obdobje in se z njimi veseli rojstva otrok. »Dandanes so ženske zelo poučene, zato moram biti tudi sama ves čas v stiku z novostmi,« pove o sebi.



Doc. dr. Rado Janša, spec. interne medicine in gastroenterologije, zaposlen v UKC Ljubljana, je **MOJ SPECIALIST 2015**. »Pri svojem delu z zavzetostjo iščem rešitve, ki bi pacientom olajšale težko zdravljenje,« pravi.



Slavljenki s sodelavci revije Viva in nekaterimi uglednimi gosti.

Botanično-anesteziološki dogodek – zasaditev hruške v spomin prof. dr. Darinki Soban, dr. med.

Prim. mag. Marija Cesar Komar, dr. med., SB Slovenj Gradec
bolecinasg@gmail.com

Na slovesnosti v Botaničnem vrtu Univerze v Ljubljani, ki je bila 20. marca 2015, so zasadili drevo v spomin prof. dr. Darinki Soban, ki je bila prva profesorica anesteziologije v Sloveniji ter navdušena ljubiteljska in strokovno dobro podkovaná botaničarka.

Pobudnika zasaditve in slovesnosti sta bila prof. dr. Jože Ruprecht, dr. med., z Univerze Erasmus iz Rotterdama in prof. dr. Jože Bavcon, sedanji direktor ljubljanskega botaničnega vrta. Pri zasaditvi drevesa – kavkaške hruške – je sodeloval tudi nekdanji ambasador Danske v Sloveniji, g. Leon Marc.

Na slovesnosti so spregovorili anesteziologi in botaniki in vsak s svojega področja osvetlili spomin na veliko osebnost prof. Sobanove. Prof. dr. Darinka Soban ni bila le anesteziologinja, temveč tudi botaničarka, prevajalka in avtorica knjig, zdravničica, predvsem pa pionirka na področju uveljavljanja anesteziologije kot samostojne medicinske stroke in pobudnica ustanovitve samostojne katedre.

Slovesnost se je pričela z nastopom mladih glasbenikov Glasbene šole Moste Polje, ki so polepšali prvi pomladni dan s svojim petjem in igranjem na inštrumente.

V imenu botaničnega vrta je spregovoril njegov direktor in organizator dogodka prof. dr. Jože Bavcon in spomnil, da je bila profesorica redna gostja in nekako tudi soobliskovalka botaničnega vrta ter prinašalka številnih rastlin, tudi s severa Evrope.

Na plodno strokovno delo prof. Sobanove so spomnili anesteziologi

doc. dr. Maja Šoštarčič, dr. med., predstojnica Katedre za anesteziologijo, reanimatologijo in perioperativno medicino MF Ljubljana, prof. dr. Aleksander Manohin, dr. med., naslednik prof. Sobanove, ter njena prijateljica prim. mag. Marija Cesar Komar, dr. med., iz Splošne bolnišnice Slovenj Gradec, ki je spregovorila v imenu Slovenskega združenja za anesteziologijo in intenzivno medicino.

Vsi trije so vsak na svoj način orisali njeno predanost medicini oz. anesteziologiji in njeno neprecenljivo delo za priznanje anesteziologije kot samostojne stroke.

Kot naprošena, da spregovorim o profesoričnih glavnih dosežkih na področju anesteziologije v imenu SZAIM (Slovenskega združenja za anesteziologijo in intenzivno medicino), si nisem mogla kaj, da ne bi poleg njene življenjske poti vsaj bežno omenila tudi njenega prevajalskega in literarnega delovanja. Povzela sem bogato znanstveno delo in dosežke na področju anesteziologije, ki so bili neprecenljivi, v njenem času in neposredno za njim pa morda nezadostno spoznani in nezadostno cenjeni. Za velike dosežke je namreč potrebna zgodovinska oddaljenost.

»Darinka Soban je bila rojena 13. maja 1921 v Novem mestu. Leta 1939 se je vpisala na Medicinsko fakulteto v Ljubljani (MF) in 1949 promovirala.

Med vojno je po šestem semestru in zaprtju univerze leto dni volontirala pri profesorju Božidarju Lavriču na Kirurški kliniki, se naučila ravnati z ranami in se potem pridružila partizanski saniteti 9. korpusa NOV.

Po vojni je nekaj let ob študiju delala kot pomožna asistentka na Inštitutu za patofiziologijo MF v Ljubljani.

Po diplomi leta 1949 ji je profesor B. Lavrič ponudil mesto specializantke anesteziologije.

Ta popolnoma nova, mlada medicinska veja je bila bistven pogoj za nadaljni razvoj kirurgije. Vsa evropska celina je od britanske vojne sanitete prevzela anesteziologijo kot samostojno zdravniško vedo šele po letu 1945.

Začetni pouk je D. Soban dobila od kirurga Mira Košaka, ki je leta 1949 uvedel na kliniki v Ljubljani endotrahealno anestezijo z improviziranim laringoskopom.

Obiskala je zgodnje anesteziološke oddelke v Belgiji (1951) in trimesečni tečaj anestezije (1953) v Franciji.

Kot prva je leta 1954 naredila specialistični izpit v Zagrebu.

Po smrti organizatorja anesteziološkega oddelka na Kirurški kliniki, kirurga primarija dr. Draga Hočevarja, je od 1960 vodila ta oddelek.

Od samega začetka je sodelovala pri razvoju novih kirurških vej, pljučne, srčne ter plastične kirurgije, z uporabo ustreznih tehnik anestezije.

Od leta 1952 je bila v stalni ekipi Kirurške klinike, ki je redno operirala poldrugič dan v tednu na takrat Zveznem inštitutu za tbc Golnik.

Z opisom anestezije za pljučne resekcije in z analizo 800 posegov zaradi tbc je leta 1962 dosegla v kirurški konkurenci imenovanje za asistentko za predmet anesteziologija na Katedri za kirurgijo MF v Ljubljani.

Ob nekaj urah predavanj na MF je zavzeto vodila redne vaje za študente medicine.

Po njenem mišljenju ni nihče bolj kot anesteziolog poklican, da že



Z leve doc. dr. Maja Šoštarič dr. med., prof. dr. Aleksander Manohin, dr. med., prim. mag. Marija Cesar Komar, dr. med., Tatjana Babnik, dr. med., mag. Neva Požar Lukanovič.

študente medicine nauči načina strokovnega pristopa do dihal, obtočil, nekaterih perifernih živcev in subarahnoidnega prostora.

Za vzgojo prvih anesteziologov, ki so morali postopno dopolnjevati zdravniški sestav slovenskih bolnišnic, je D. Hočevar organiziral, po enoletnem tečaju v Centru za anesteziologijo Svetovne zdravstvene organizacije v Københavnu, od 1952 do 1960 osem republiških 6-mesečnih tečajev s skupno 41 specializanti. V tečajih je predavala tudi Darinka Soban. Kot diplomantka tečaja SZO leta 1957 je šolo nadaljevala do 1970 s še šestimi tečaji in 44 udeleženci.

Ti 6- do 12-mesečni tečaji so bili osnovni uk in izobraževanje prvih 85 slovenskih anesteziologov in pri vseh je sodelovala prof. Sobanova kot predavateljica in nato kot vodja izobraževanja.

Zavedala se je tudi pomembnosti izobrazbe medicinskih sester, ki sodelujejo pri anesteziji in reanimaciji, ter je zanje organizirala in vodila dva 3-mesečna tečaja.

Leta 1962 je bila »botra« odprtja Lekove tovarne dušikovega oksidula, takrat edine v Evropi južno od Londona.

V letih, ko je bil uvoz tujih aparatov silno omejen, je bilo na njeno pobudo in z njenim sodelovanjem v domačih podjetjih konstruiranih 100 anestezijskih aparatov tipa Boyle (Matjaž), 20 preprostih ventilatorjev tipa Pask, pozneje pa množično pripravljene sterilni seti za epiduralno in subarahnoidno anestezijo.

Ob sodelovanju pri načrtih novega ljubljanskega kliničnega centra, tako zgradbe kot bodoče skupne anesteziološke službe, je v 60. letih tri mesece nabirala znanje v britanskih anestezioloških institucijah in ga nato uporabila v slovenskem okolju.

Konec leta 1970 je opustila vodstvo anesteziološkega oddelka na matični Kirurški kliniki UKC Ljubljana zaradi nenehnih poskusov in pritiskov za podrejanje uveljavljene samostojne stroke kirurškemu vodstvu.

Poslej je delala v Bolnišnici dr. Petra Držaja, kjer je kirurški program omogočal intenzivno razvijanje lokalne anestezije. V sodelovanju s primarijem dr. A. Lemuthom je v Šiški spontano nastala šola sodobne lokalne anestezije.

Leta 1974 je D. Soban dosegla doktorat znanosti s tezo o kriterijih izbire anestezijskih metod ter registriranju živčnega bloka z uporabo infrardeče termografije.

Napredku lokalne anestezije je poslej redno sledila z občasnim delom v švedskih bolnišnicah. Prek rednih fakultetnih stopenj je 1982 dobila naziv in 1987 delovno mesto redne profesorice anesteziologije na MF v Ljubljani.

Že leta 1980 je uvedla osnovo sodobnih načinov lokalne anestezije v program specializacije in v vsebino specialističnega izpita.

Na MF je leta 1987 pri katedri za kirurgijo dosegla ustanovitev razreda za anesteziologijo in reanimatologijo.

Po 40 letih izjemno plodnega dela in učenja na področju anesteziologije in reanimatologije se je konec leta 1990 upokojila.

Njana strokovna bibliografija obsega preko 50 strokovnih del in prispevkov z vseh področij anesteziolo-

gije, od otroške anestezije, anestezije pri pljučnih bolnikih in operacijah, reanimacije, uporabe krvi in krvnih derivatov, zastoja dihanja, reakcij na kontrastna sredstva, lokalne anestezije, revizij študija anesteziologije, prednosti lokalne pred splošno anestezijo, prednosti epiduralnega katetra pri kirurgiji širokega črevesa, anestezije pri operacijah grla, centralnega antiholinergičnega sindroma v anesteziji, študije kriterijev za optimalno izbiro anestezijskih tehnik, vloge placeba, epi- in subarahnoidnih blokad, do epiduralne blokade za porodno analgezijo in še številne druge, vseh tukaj ni mogoče naštet.

V 16 člankih v domači in svetovni literaturi opisuje zgodovino in začetke anesteziologije v Sloveniji, primerljivo z ostalo Evropo in svetom – kot živa priča in sodelujoča v stikih s predstavniki razvitejšega anglosaškega anesteziološkega sveta in kot realizatorica teh strokovnih izkušenj.

Kot izjemna mojstrica lepega, tekočega, zanimivega in iskrirega izražanja se je tudi v medicini zavzemala za lepo slovensko izrazje v številnih strokovnih člankih.

Kot organizatorica anesteziološke službe v UKC Ljubljana se je strokovno posvečala organiziranju služb v zdravstvu, kar dokazujejo tudi njeni številni objavljeni članki.

Kot ljubiteljska in morda več kot samo ljubiteljska botaničarka je ostro nastopila proti zavajanju laične in napol laične literature o zdravilnih učinkih in nepravilni rabi zdravilnih rastlin. O tej temi je objavila mnogo člankov v strokovni in laični literaturi.

Iz dvojne ljubezni, enako kot davna zdravnik 18. stoletja Anton Scopoli iz Idrije in Carl Linne, ter znanstvenoraziskovalnega dela – prebiranja starih latinskih izvornih pisem v Univerzitetni knjižnici Upsala, Švedska, sta nastali tudi dve njeni knjigi: prevod pisem Scopolija Linneju in nato celotna korespondenca obeh znanstvenikov zdravnikov in botanikov:

– Linnéjeva pisma Scopoliju 1761–1773. Linnés letters to Scopoli

- 1761–1773. Knjižnica Proteus. Prirodoslovno društvo Slovenije. Ljubljana 1995. (Latinski faksimili, uvod, prevodi v slovenski in angleški jezik in opombe.)
- Joannes A. Scopoli – Carolus Linnaeus. Dopisovanje/Correspondence 1760–1775. Knjižnica Proteus, Prirodoslovno društvo Slovenije 2004. (Uvod, latinski faksimili s transkripcijo, prevod pisem z opombami v slovenski in angleški jezik. 350 strani.)
- SAZU je to delo podarila 15. junija 2004 švedskemu kraljevskemu paru ob obisku Slovenije kot drugo darilo, za Švedsko-slovenskim slovarjem avtorice Lene Holmqvist.
- Kot anesteziologinja je bila ustanovna članica Anesteziološke sekcije SZD leta 1959 in prva predsednica v letu 1959 ter nato še v letih 1968–1970. Ves čas je bila aktivna borka za priznanje anesteziologije kot samostojne, neodvisne stroke, za kar je morala

doživeti marsikatero grenko uro. Tudi nekateri njeni sodobniki in nasledniki niso cenili njenih naporov in prizadevanj za doseženi status anesteziologije – kot samostojne, enakopravne stroke ob boku dolgo priznanih starih strok, kot sta npr. interna medicina in kirurgija. Anesteziologija je s svojim strokovnim razvojem omogočila nadaljni razvoj in sedanjostopnjo kirurgije.

Bila je prva slovenska profesorica anesteziologije.

Vzpodbujala in zavedala se je potrebe po stalnem strokovnem izobraževanju, tako s prenašanjem novosti iz drugih strokovnih okolij kot z organiziranjem šole (nadaljevanjem začetih tečajev) za slovenske anesteziologe in nato specializacije iz anesteziologije in reanimatologije.

Iz Sekcije za anesteziologijo pri SZD je nastalo današnje Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino, ki je prof. Sobanovo

po osamosvojitvi Slovenije na prvem anesteziološkem kongresu Slovenije v Lipici imenovalo za častno članico združenja.

Udruženje anesteziologa Jugoslavije je odlikovalo prof. Sobanovo z Bettinijevo medaljo za vsedrjavna prizadevanja v stroki.

Za svoje plodno, strokovno delo na področju medicine, anesteziologije, botanike, prevajalstva in zgodovine medicine je leta 2004 prejela državno odlikovanje zlati znak Republike Slovenije.

Tudi mi, slovenski anesteziologi, združeni v Slovenskem združenju za anesteziologijo in intenzivno medicino, smo ji za njeno strokovno delo izredno hvaležni in ji čestitamo ob vsakokratnem spominu nanjo. «

»Kdor sadi drevo, sadi up!« je napisano na drevesu, ki je bilo posajeno v spomin na profesorico. Dan 20. marec 2015 bo tako spomin na našo prvo profesorico anesteziologije.

Tiskana knjiga ali elektronska knjiga – je to sploh še vprašanje?

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

Glasba, filmi, risanke so danes postali hitro dostopni preko Youtuba, predvsem pa so pritegnili veliko uporabnikov. Pri e-knjigah pa je zadeva drugačna, saj jih v slovenščini še pred dvema letoma praktično nikjer ni bilo mogoče kupiti, čeprav smo si jih bralci želeli. Veliko ljudi zadnja leta bere e-knjige kar v angleščini. Ko pa smo Isis priključili sistemu Biblos in sem ugotovila, da obstaja več kot 1200 naslovov slovenskih knjig v elektronski obliki, sem se vprašala, kako je z elektronsko izkušnjo branja knjig v Sloveniji.

E-knjiga za mlajšo generacijo?

Ker so mladi ljubitelji elektronskih pripomočkov, bi pričakovali, da so pri njih priljubljene tudi avdioknjige in e-knjige. Britanska raziskava iz leta 2014 temu nasprotuje. Po njenih izsledkih ima 75 odstotkov 16–24-le-

tnikov raje tiskano knjigo. Najstniki, znani po tem, da jih navdušujejo tehnologija in novosti, še precej zaostajajo za odraslimi, kar zadeva ciljno skupino na trgu e-knjige. So pa raziskovalci ugotovili vpliv branja e-knjige na spanje. Tisti posamezniki, ki so pred spanjem brali z bralnika z LED-zaslonom, kot je npr. Ipad ali Kindle, so imeli več težav z uspava-

njem, ko pa so zaspali, niso zdrsnili v globok spanec in so se naslednji dan zbudili precej utrujeni.

Katere prednosti prinaša e-knjiga?

E-knjige imajo v primerjavi s tiskanimi knjigami tri prednosti. Na voljo so preko oddaljenega dostopa –

kadarkoli in kjerkoli, zato se nam ni treba odpraviti v knjižnico, da bi si knjigo izposodili, in nato še enkrat, da bi jo vrnili. Druga velika prednost je, da si jih na bralnik lahko naložiš, kolikor hočeš, in uživaš ob misli, da skupaj s teboj potuje cela polica tvojih najljubših avtorjev. Za starejše pa je prednost tudi prilagajanje velikosti črk. Ob povečanju se stran samodejno prilagodi velikosti zaslona. Tako kot mesečnik Isis, se da na Biblosu dobiti tudi kar nekaj naslovov knjig. Knjige si je mogoče izposoditi ali kupiti. E-knjige bodo v prihodnosti zagotovo postale bolj interaktivne, ponujale bodo povezave na avtorjevo besedo, njegov blog ali pa komentar. Ob pogledu na nepoznan pojem bo omogočena interaktivna predstavitev, definicija ali pa predstavitveni video. S pedagoškega vidika so možnosti res odlične.

Prihodnost: e-knjižnice

Scott Pack, založnik Harper Collins, pravi: »Leta 2020 in 2030 bo bralec prihodnosti imel dve knjižnici, tiskano in digitalno, z različnimi tipi knjig in publikacij v vsaki. Preko virtualne knjižnice si boš lahko naročil fizični izvod knjige in v pravi knjižnici sposobil e-knjigo«.

Kako pa je s tem pri nas, obstajajo knjižnice v »oblaku«?

Renata Zamida, vodja marketinga in mednarodnega sodelovanja v Beletrini, je povedala: »Čeprav je e-knjižni trg v Sloveniji v primerjavi s tiskanimi knjigami še butičen in obsega le okoli 1 odstotek vsega prometa s knjigami, smo na veliko ravneh povsem primerljivi z drugimi evropskimi državami, in celo napredni, kar zadeva izposojanje e-knjig v knjižnicah. Ponudba oziroma pestrost naslovov ima zagotovo še velik potencial, Biblos trenutno ponuja 1200 naslovov, in digitalizacija knjig v slovenščini kljub napredku v zadnjih dveh letih še vedno poteka prepočasi. Proaktiven pristop večjih založb s privlačnimi sodobnimi naslovi bo

zagotovo motiviral založnike in avtorje k večjemu prirastu zanimivega branja za različne bralske skupine. Smo pa ena redkih evropskih držav, kjer v sistem splošnih knjižnic že polno deluje popolnoma implementiran način izposoje e-knjig, ki je povrh za uporabnike knjižnic brezplačen. Celotna država, kot sta Združeno kraljestvo ali Finska, so šele na ravni pilotnih projektov, ki jih financirajo odgovorna ministrstva, na Nizozemskem ali Danskem, kjer imajo že dobro utečene sisteme za izposojanje e-knjig v knjižnicah, pa se srečujejo z visokimi finančnimi zahtevami in omejitvami s strani založnikov.«

V Biblosu je trenutno vključenih 48 splošnih knjižnic in nekaj fakultetnih, vključevanje z novim šolskim letom omogočajo tudi šolskim knjižnicam. Ker morajo knjižnice kupovati licence (torej izvode) e-knjig, ki so nato na voljo njihovim uporabnikom, pa je njihova ponudba precej različna. Največ e-knjig trenutno ponujajo knjižnice Koper, MK Ljubljana, Kranj, Domžale, Grosuplje..., v vseh naštetih je možno izbirati med več kot 600 naslovi. Knjižnice prav zaradi Biblosa po novem omogočajo tudi oddaljen vpis (tako da se lahko v knjižnico včlani na primer tudi kdorkoli iz tujine) in kdor se v knjižnico včlanjuje na novo, se mu gotovo splača izbrati tisto, ki ima največji nabor naslovov.

Kako deluje e-knjižnica?

Servis Biblos torej deluje kot spletna stran (www.biblos.si), kjer zgoraj najprej izberete svojo knjižnico in vpišete geslo, ki vam ga je dodelila knjižnica, nato pa brskate med naslovi, ki jih ima vaša knjižnica na voljo za izposojanje, ter si v košarico naberete največ pet e-knjig hkrati. Te boste lahko prebrali 14 dni, nato se bodo avtomatsko vrnile v sistem in vam ni treba skrbeti za vračila, zamudnine, podaljševanje in podobno. Knjige, ki si jih izposodite, berete v bralni aplikaciji, naloženi na vašo bralno napravo (to je lahko tablica, bralnik,

pametni telefon ali kar navadni računalnik). Aplikacija Biblos je brezplačno na voljo v Google Play trgovini za androidne naprave in v App Storu za Applove naprave.

Iz Beletrine so nam še sporočili, da Biblos trenutno beleži okoli 6.000 stalnih uporabnikov, zanimivo pa je, da ne prihajajo le iz Slovenije. Močno narašča število izposojanje e-knjig v posameznih knjižnicah, kar pomeni, da se krog uporabnikov širi.

Bo e-knjiga zmagala pri uporabnikih?

Na področju založništva skoraj vsi menijo, da e-knjiga ne bo izrinila knjige na papirju, je pa dobrodošla dopolnitev ponudbe. Dejstvo je, da je v tej bitki največji zmagovalec bralec, ne glede na medij, ki si ga bo izbral za svojo izkušnjo. Sama vidim večji problem v času, ki nam je na voljo za branje – toliko knjig in tako malo časa. Zato je v resnici bistveno, da se naučimo hitrega in učinkovitega branja, da bomo lahko prebrali toliko knjig, kolikor jih bomo zmogli, v tistem formatu, ki nam je najljubši.

Viri:

<http://newsbreaks.infotoday.com/NewsBreaks/Ebooks-in-2015-Trends-and-Forecasts-Part-2-101587.asp>

<http://newsbreaks.infotoday.com/NewsBreaks/NewsBreaks/Ebook-Trends-2013-The-New-World-of-Ebook-Publishing-87181.asp>

<http://www.spreader.com/blog/ebooks-vs-printed-books-which-is-preferred-now/>

<http://www.biblos.si/lib/>

<http://online-bookstores-review.toptenreviews.com/the-advantages-of-ebooks-versus-traditional-books.html>

Pokončni likovni sejalec

Mirjam Horvat Četina, dr. med., SB Celje
mirjamhorvat@gmail.com

Prijeten topel večer prve srede v maju bi bil lahko le običajen konec napornega dne, ko človek hiti, teče in še vedno mu za to in ono zmanjka časa. Bil pa je veliko več. V Galeriji Domus Medica je namreč potekal odprtje razstave znanega slovenskega slikarja **Gorana J. Horvata** z naslovom *Pokončni likovni sejalec*.

Dela umetnika, ki se s slikarstvom poklicno ukvarja že skoraj 40 let in ki se lahko podpiše pod več kot 130 samostojnih razstav in razkošno število različnih opusov, je predstavila umetnostna zgodovinarica in likovna kritičarka **Anamarija Stibilj Šajn**. Preko Horvatovih risb, slik in skulptur nam je prikazala avtorjevo subtilno in najintimnejše dožemanje sveta. Med slikami so predstavljena tako dela iz njegovih zgodnejših let ustvarjanja (*Afrika, Beg od J., Dali, oče in jaz*), kot tudi dela svetopisemske tematike (*Judežev poljub* in *Tema ob Jezusovi smrti*), opusa Tihožitja (*Mokrišče, Modri šopek, Posebni šopek...*) in Plovila (*Bakreno plovilo, Zlato plovilo, Romantično plovilo...*).

Kot navaja Anamarija Stibilj Šajn, gre pri avtorju za razgibane slikovne površine s poudarjenimi strukturami in teksturalnimi vrednostmi, kar daje vtis, da avtorja vznemirja materija; v njej vidi možnost likovnega in vsebinskega osmišljanja stvaritve. Lazurnim nanosom pridružuje tiste, v katerih se barva sintetizira v konsistentno materialnost. K oblikovanju slike pripomorejo tudi kolažne aplikacije, tehnika novih (sto let starih), dodatnih izraznih možnosti. Zanj uporablja papir, tkanino z izrazitimi tekstilnimi vzorci ali pa celo kovinske, natančneje bakrene dodatke ali usnje, skratka, uporablja jo inovativno in izvirno.

Nikakor pa ne moremo mimo njegovih skulptur. Zdi se, da predstavljajo čedalje večji delež njegovega umetniškega izražanja in da mu je les, največkrat stari hrast, čedalje ljubši. V središču avle nas tako pozdravi *Sejalec*, ki »seje pomenljive, asociativne in simbolne misli z zgodovinsko patino«, in vnukinjin *Angel. Oko, Poklon Etiennu, Plovilo* in *Insekt* pa dokazujejo, da se dotika in opredeljuje do različnih življenjskih tem, tako časovno kot vsebinsko. Pri tem »umetnik koristi naravne danosti in forme, dodaja pa nove segmente, drugačne materiale,



Ob odprtju razstave smo obiskovalci lahko uživali tudi ob prijetnih zvokih nekdanjega in sedanjega prvega hornista slovenskih filharmonikov, Justina Felicijana in Jožeta Rošerja.



Od leve proti desni: Marija Horvat z vnukinjo Manco Marijo, Anamarija Stibilj Šajn, Goran J. Horvat in Nada Puharič, dr. dent. med.



posluhuje se nekonvencionalnih kiparskih dodatkov, med katerimi so številni utilitarni, povsem vsakdanji, obrtniško ali industrijsko proizvedeni (*Toplotna postaja*), kot tudi zgodo-

vinsko ali etnološko obarvani in celo pripadajoči živim organizmom (npr. rogovje na skulpturi *Kar je dano bogovom, ni dano bikom*), še dodaja Stibilj Šajnova.

»Ko dobim star hrast, lahko je stara preša ali kaj drugega, mogoče že delno nagnit, vidim v njegovo srce, še zdravo, in začnem odstranjevati bolni del, da lahko začnem oblikovati sredico. Takrat še ne vem, kaj bom sploh lahko ustvaril. Les mi ponuja sebe, jaz dodam del moje duše...« se je na vprašanje umetnostne zgodovinarke razgovoril avtor del, ki so, če si vzamemo čas, veliko bolj zgovorna. Na obiskovalcih so pustila sled. Sama pa sem bila vesela, da sem delček očetovega nadrealističnega in fantazijskega sveta lahko delila s kolegi. Zato dragi kolegi, vzemite si čas in pustite, da uokvirjena plovila, šopki rož, portreti, risbe in skulpture, ki bodo sicer vse poletje zapolnjevali in izpopolnjevali stene galerije naše zbornice, vsaj za nekaj trenutkov napolnijo tudi vas.

Foto: Peter Marinšek

Slowind

Pihalni kvintet, Domus Medica,
14. april 2015

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

Letošnja pomladna koncertna sezona se je zaključila z zanimivim sporedom. Predvsem pa je bila zanimiva instrumantalna zasedba: **Aleš Kacjan** – flavta, **Matej Šarc** – oboa, **Jurij Jenko** – klarinet, **Metod Tomac** – rog, **Paolo Calligaris** – fagot.

Predstavilo se je pet umetnikov z dolgoletnim zrelem stažem kar 20-letnega skupnega muziciranja. Lani so »Slowind« izdali zbornik s prikazom svoje pestre glasbene zgodovine z naslovom »Les, veter, kovina.« S tem bogato ilustriranim zbornikom so proslavili 15. obletnico Festivala Slowind. Kvintet ima za seboj številne nastope doma in v tujini, posveča pa



se pretežno sodobni domači in tuji glasbeni ustvarjalnosti. V njihovi preteklosti je bilo zanimivo in izzivalno je tudi njihovo sodelovanje s skladateljem Vinkom Globokarjem. Dne 19. decembra 2013 je Izvršni odbor Društva glasbenih umetnikov Slovenije na predlog strokovne komisije sklenil, da »pihalnemu

kvintetu Slowind podeli nagrado Julija Betetta za umetniške dosežke na področju poustvarjalne glasbene umetnosti in družbene dejavnost pri širjenju glasbene kulture.« Zanimiv in obsežen pa je vpogled tudi v njihovo mednarodno glasbeno sodelovanje.

Za poslušalce v avli Domus Medica so zaigrali:

Domenico Scarlatti: Dve sonati, **W. A. Mozart:** Adagio in Allegro v f-molu, **Primož Ramovš,** Pihalni kvintet št. 2 (1959), **Paul Hindemith:** Mala komorna glasba Op. 24, No. 2. In, ker je poslušalstvo

navdušeno ploskalo, so dodali še Humoresko Aleksandra Zemlinskega.

Kot vsakokrat, spet odličen večer. Dogodek, vreden ogleda in poslušanja, velik prispevek pa pomenijo poslušalcem tudi pokoncertne možno-

sti izmenjave mnenj z drugimi poslušalci, pa tudi z vsakokratnimi izvajalci, ko je moč iz nekega »drugega« sveta – sveta glasbe – izvedeti marsikaj poučnega in navdihujočega.

Foto: Petra Gačnik Greblo

42. Svetovno prvenstvo zdravnikov in farmacevtov v smučanju

Moena, Italija, 18.–21. 3. 2015

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

Po dnevih slabega vremena je Moeno v sredo obsijalo sonce. Kot naročeno za dan, ki smo ga nekateri udeleženci »Ski World Cup – Medical doctors and pharmacists« iz različnih držav želeli izrabiti za trening slaloma. Bilo je koristno. A vseeno je bil to le drobec naše vadbe v primerjavi s Poljaki. Ti so letošnjo zimo menda organizirano trenirali slalom in temu

primerno pobrali veliko odličij. Za naslednjo sezono pa so napovedali še pospešeni trening veleslaloma. Bo temu sledil še trening za super G? Hm, resen profesionalni pristop, ni kaj!

Smo pa ob dvigu startnih števil lahko prisostvovali prikazu aparata za neke vrste protibolečinsko krioterapijo. S pridom sta jo uporabili Romina

za pomoč pri zvitem palcu, Kati pa za svoj razboleli hrbet.

Četrtekovo jutro je bilo blesteče. Takšna je bila tudi slalomski tekma. Obe vožnji v dveurnem razmaku so spremljali sonce, odličen sneg in vznemirljiva napetost. Le komplicirana »boksarska« tehnika slaloma je nekaterim grenila razpoloženje. Posebno tistim, ki smo šlo smučanja drgnili že pred »iks« leti. Podelitev pokalov je bila v manjšem hotelu sredi Moene od 17.00 do 18.00 in pozni uri primerna je tudi kakovost fotografije dela slovenske ekipe z dobitniki pokalov v ospredju.

Petkov veleslalom se je odvijal nekoliko eksotično. Z nekaj manj svetlobe zaradi oblakov ali zaradi delnega sončnega mrka. Kati nas je po vrnitvi v hotel vse povabila v svojo sobo. S posebnim razlogom, se razume. In še dobro, da nihče ni aspiriral hrane, ko smo med proslavljanjem njenega prvega mesta gromko pospreмили petkov kranjskogorski uspeh. Ob 19.00 pa so nas gondole ponesle do koč, odete v zvezdno noč. Vrnitev v hotel »La Molinella« je bila po svečani večerji in po razglasitvi rezultatov veleslaloma res čarobna. Tudi s tem, da so Koglotove popoldne na glavnem parkirišču pozabljene smuči dočakale jutranje nepričakovano odkritje.

Odlično je bila pripravljena tudi proga za sobotni super G (superveleslalom). Ta se je ob 10.30 odvijal le z enim tekom. Pogum v hitrosti je slovenski ekipi prinesel največ pokalov, od teh kar dva za uvrstitev na



Šest pokalov v rokah naših slalomistov.



Veličastna »skupinska«.



Ko smo imeli vsi drugi opraviti s salamo, svežimi zemljicami in domačim rženim kruhom, se je Tadej ukvarjal s »peglanjem« smučí za super G. Kakšen perfekcionista!



Slavnostna večerja se je zaključila s podelitvijo veleslalomskih pokalov.

prvo mesto (Kati in Timotej). V zasteklenem paviljonu ob koči smo po Silvovi zaslugi vrhunsko uglašeni pospremili prejemanje vsakega »našega« pokala z odlično odpetim verzom »E viva Slovenia«. Po zaključnih besedah obeh glavnih organizatorjev ortopedov Jorga Haurjya in Ulija Schreiberja pa je v veliko veselje vseh prisotnih zazvenelo: »E viva Moena«.

Ekipno smo letos dosegli uvrstitev na **4. mesto**. Pred nami so bili Italijani, pred njimi pa sta si prvo in drugo mesto delili ekipi Nemčije in Poljske.

Uvrstitve po starostnih kategorijah na 10 let:

Slalom: Ženske: 3. Jasna Čuk Rupnik, 3. Tatjana Pintar, 2. Romina Ambrož, 3. Nataša Koglot Jelerčič. Moški: 3. Franci Koglot, 4. Matija Jereb, 6. Jože Vidmar, 9. Andrej Čretnik, 15. Janez Benedik, 19. Andrej Šubic, 21. Silvo Koder, 5. Andrej Moličnik, 3. Timotej Vivod.

Veleslalom: Ženske: 1. Katarina Turk, 4. Tatjana Pintar, 2. Romina Ambrož, 3. Nataša Koglot Jelerčič. Moški: 3. Franci Koglot, 8. Jože



Kati je svoje prvo »zlató« proslavila s ponudbo odlične domače salame. Nožek in deščico za rezanje je prinesla kar od doma. Je že vedela, zakaj. Servirno mizo pa je Matija improviziral – s polico iz hotelske omare.

Vidmar, 9. Matija Jereb, 9. Andrej Čretnik, 18. Janez Benedik, 21. Andrej Šubic, 26. Silvo Koder, 27. Dušan Hus, 4. Andrej Moličnik, 3. Timotej Vivod, 5. Tadej Dolenc, 9. Matic Terčelj.

Superveleslalom (»super G«): 2. Jasna Čuk Rupnik, 1. Katarina Turk, 3. Tatjana Pintar, 2. Romina Ambrož, 4. Nataša Koglot Jelerčič, 3. Franci Koglot, 7. Jože Vidmar, 9. Matija Jereb, 5. Andrej Čretnik, 12. Andrej Šubic, 13. Janez Benedik, 17. Silvo Koder, 18. Dušan Hus, 2. Andrej Moličnik, 1. Timotej Vivod, 3. Tadej Dolenc, 9. Matic Terčelj.

Z barvitimi slikami, glasbeno vedrino in empatijo do topline v bolnišnici

Ksenija Slavec, dr. med., UKC Ljubljana
Ksenija.slavec@gmail.com

Slikarji Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete v Ljubljani (nadalje KUD) so v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (dalje UKCL) predstavili desetletno druženje na slikarski koloniji pri družini Mijošek v Rogaški Slatini. Tam v lepoti goric, odetih v zlato-rdeče listje, jeseni zorijo najboljši štajerski trsi za Mijoškovo klet, kjer vinski mojstri z večstoltnim znanjem in tradicijo pripravijo žlahtna vina. Slikarska druženja v tem ambientu spodbujajo nastanek navdihnjenih del, ki sedaj krasijo razstavišče UKCL. Njihovo žarenje so pospremili fantje in dekleta vrhunskega ansambla ustnih

harmonik Sorarmonica, ki pod umetniškim vodstvom akademskega glasbenika prof. Vladimirja Hrovata in z njegovimi aranžmaji navdušijo tudi najzahtevnejše poslušalce. Med zbrane je KUD povabil tudi člane Varstveno-delovnega centra Tončke Hočevar, ki so pod mentorstvom svojih predanih vodij ustvarili lepe uporabne in dekorativne izdelke, o njih pa je spregovorila mentorica Jasna Zajec. Kako pomembno je biti empatičen do soljudi v okolju, razvijati čustveno inteligenco, je spregovorila medicinka Naja Videmšek. Prireditev je vodila predsednica KUD-a prof. Zvonka Zupanič Slavec.

Slikarska kolonija »Mijošek - vina« v Rogaški Slatini

Razstavo, ki s svojo barvitostjo navdušuje v Kliničnem centru, je predstavil njen organizator, slikar mag. Ivo Kolar. Ob tem je sogostiteljica Danica Zorin Mijošek, lastnica in vodja odlične kozmetike Afroditita iz Rogaške Slatine, srčno povedala, kako pomembno je zanje povezovanje gospodarstva z umetnostjo, za kar si



Gostitelj slikarske kolonije v Rogaški Slatini je bila družina Mijoškovi. Danica Zorin Mijošek je v pogovoru z vodjo KUD-a prof. Zvonko Slavec povedala, v kakšno zadovoljstvo jim je bilo umetniško druženje s KUD-ovimi slikarji in kako njihova dela plemenitijo poslovne prostore Mijoškovi lokalov in kozmetike Afroditita.



Slikar Ivo Kolar je organiziral deset kolonij v Rogaški Slatini, sedanja razstava pa kaže na visoko kakovost del.

skozi dolga leta z veseljem in ponosom prizadevajo in bodo pri tem tudi vztrajali. Mag. Kolar je razstavo pospremil takole: »Pričelo se je z naključnim srečanjem na njegovem sončnem hribu med vinogradi. Tam je polno vsega dobrega: iz sladkega grozdja teče žlahtno vino, ki je ponos poznane najstarejše gostilne »Sonček« v Rogaški Slatini. Gostje so vedno povabljeni v mogočno Mijoško-vino klet, kjer gospodarjeva vina in njegova človeška toplina iz zbranih kmalu privabita najlepšo slovensko pesem, prijateljsko toplino in medsebojno zaupanje. Ta vina nikoli ne manjkajo pri protokolu najboljše tamkajšnje kozmetike »Afrodita«, ki jo vodi njegova soproga, ustvarja pa uspešen kolektiv.

Pogovor o slikarstvu in slikarskih kolonijah je bil povod, da sva se v nekaj stavkih dogovorila za prvo slikarsko kolonijo »Mijošek – vina«, ki se je odvila že čez 14 dni. Glavna slikarjev smo bili člani Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete v Ljubljani.

Prvo srečanje in vsa naslednja – bilo jih je 10 – so bila nepozabna. Tolikšne gostoljubnosti, pozornosti in razvajanja s kulinaricnimi dobrotami in degustacijami njegovih vrhunskih vin nismo doživeli nikjer drugje. Sodelovanje njegove družine je prispevalo k pristni domačnosti.

Ena kolonija je bila tudi v Ninu pri Zadru v njegovem hotelu.

V času kolonij je Ivan Mijošek organiziral tudi druženje s slovenskimi kraljicami vin, vitezi vina, trgači grozdja in njegovimi zaposlenimi. Bila je pesem, smeh, dobra volja in prijateljstvo. Bilo je toliko tega, da bi skoraj pozabil na slikarstvo. Nastajala so mnoga dela z motivi vinogradov, vina, cvetja, krajine in arhitekture. Kolonija je dobila tudi mednarodno obeležje: udeležili so se je slikarji in slikarke iz Francije, Italije in Madžarske. V galeriji »Zdravilišča« je naš gostitelj postavil pregledno razstavo nastalih del.

Mnoge slike visijo v Mijoškovih lokalih in opozarjajo goste na lastnika, ki je ljubitelj slikarstva. Skratka, z gospodom Ivanom Mijoškom in njegovimi nam je vedno zelo lepo! Iskrena hvala za obilico vsega tega!«

(Stik: Ivan Mijošek, Celjska cesta 36, 3250 Rogaška Slatina; mijosek.vina@gmail.com, danica.afrodita@kozmetika-afrodita.si)

Ansambel ustnih harmonik Sorarmonica

Ansambel Sorarmonica je predstavljal zbrane s polnostjo svojega zvoka. Redek sestav, kakršnega danes skorajda ne srečamo v slovenskem prostoru,

z vsestranskim akademskim glasbenikom, violinistom in skladateljem Vladimirjem Hrovatom, ki skrbi za umetniško plat, izbira program, pripravlja priredbe in s toplo človečnostjo povezuje člane, je navdušil s širokim repertoarjem. Slišali smo od Ravelovega Bolera in priredbe treh skladb Beatlova do narodne En hribček v novi preobleki, pa Estonskih dud, Dalmatinskega kolaža ter bolivajske El condor pasa. Med poslušalci je bila tudi njihova zvesta članica, ki se ji v bolnišnici zdravje vse bolj vrača. Kmalu bo spet med njimi s svojo ustno harmoniko!

Kaj lahko še rečemo o ansamblu? Je vodilni slovenski ansambel ustnih harmonik, ki deluje v okviru Glasbene sekcije KUD-a JaReM, Pirniče/Medvode. Večgeneracijski sestav, v katerem redno sodelujejo štiri članice in štirje člani z različnih koncev Slovenije, je s svojim načinom podajanja glasbe, njenim izborom in priredbami postal mednarodno prepoznaven, priznan in dobrodošel gost na tujih odrih (Hrvaška, Francija, Nemčija, Estonija). Na Svetovnem festivalu ustne harmonike v nemškem Trossingnu – WHF 2013, je med skoraj samimi Azijci z odličnimi ocenami dostojno zastopal Evropo, z največjega severnoevropskega festivala pa se je lani vrnil s tremi medaljami. Na svojih celovečernih koncertih in različnih priložnostnih nastopih, v številčno raznolikih zasedbah, člani ansambla predstavijo izbor skladb iz široke glasbene palete: od stare in novejša klasike do umetniških obdelav ljudske glasbe in lažjih glasbenih zvrsti. (Stik: vladimir.hrovat1@gmail.com)

Varstveno-delovni center Tončke Hočevar

je zapolnil razstavi prostor Taborjeve galerije. Je javni socialni zavod z več kot 45-letno zgodovino. Vanj so vključene odrasle osebe z različnimi stopnjami motenj v duševnem razvoju. Zavod med drugim izvaja tudi



Posebno razpoloženje je na prireditvi ustvaril ansambel ustnih harmonik Sorarmonica s svojim umetniškim vodjem, akademskim glasbenikom prof. Vladimirjem Hrovatom.



O poslanstvu Varstveno-delovnih centrov je spregovorila mentorica njihovih likovnih skupin Jasna Zajec.

varstvo, vodenje in zaposlitev pod posebnimi pogoji. Pomemben del zaposlitve je t.i. lastni program, v okviru katerega nastajajo unikatni izdelki, namenjeni prodaji.

Potreba po ustvarjanju, igri, užitek v obdelovanju različnih materi-

alov, zadovoljstvo ob obvladovanju različnih tehnik je nekaj, kar družijo tako mentorja kot uporabnika. V tej navezi je bistvenega pomena razmislek mentorja o tehniki, ki terja veliko naše ustvarjalne energije in domiselnosti tako glede obvladovanja sredstev kot metod. Proces nastajanja npr. voščilnic ni samo zgodba o ideji in prototipu, pač pa v največji meri zgodba o prilagajanju tehnike sposobnostim in nagnjenju uporabnikov. Isto zgodbo bi lahko povedali o ročno tkanih kačah, ki so polnjene z ajdovimi luščinami in odišavljene z zlahtno primorsko sivko.

S to barvito in pestro razstavo želijo razstavljalci vnesti nekaj vedrine in užitka vsem, ki si jo bodo ogledali. Tako je povedala ena izmed njihovih mentoric Jasna Zajec, tehnologinja Mateja Rudolf pa je pri pripravi intenzivno sodelovala.

Empatija in čustvena inteligenca

Srečanje je sklenila ljubljanska študentka medicine Naja Videmšek, ki je spregovorila o razumevanju in nadzoru svojih čustev ter čustev drugih in o empatiji med ljudmi. Kaj je povedala? »Če poskušam razložiti pomen empatije na preprost način: živimo se v čustva in občutke druge osebe, torej zmoremo sočustvovati z njo in razumemo, kako se počuti v neki situaciji. Nekateri ljudje so bolj rahločutni in tako zlahka prepoznajo oziroma začutijo sočlovekovo razpoloženje, njegova čustva, tok misli. Vse lepo in prav, če je empatična oseba razsodna in loči svoja čustva od drugih. Potrebna je velika mera zrelosti in stabilnosti; najti je treba pravo mero med željo po pomoči drugemu in ohranitvi svoje zdrave psihe. Kaj hitro se namreč lahko zgodi, da se utopimo v čustvih trpečega človeka, ker premočno čutimo njegovo fizično in psihično bolečino. Ravno pri tem bi že kot študentje (ki se še osebno oblikujemo in smo nekateri bolj, drugi manj čustveno zreli) potrebovali neko vodilo ali pa vsaj tedensko debatiranje in »olajšanje

duše« vsega, kar vidimo, slišimo in doživimo na kliničnih vajah.

Pomembno pri »upravljanju« naše empatije pa je vprašanje, kako razvijati čustveno inteligenco. Čustvena inteligenca je sposobnost, ki se je lahko nauči vsak in raste z izkušnjami. Inteligentnega je tisti človek, ki dobro pozna samega sebe in vlada nad samim seboj.

Zagotovo ste se že kdaj znašli v situaciji, ko se je nekdo vedel popolnoma neprimerno ali izražal čustva, ki niso bila ustrezna, a niste vedeli, kaj vas je na tej osebi motilo. V stresnih in nepredvidljivih situacijah se v ospredje prerine čustveni um, zato je toliko bolj pomembno, da čustva začnete nadzorovati in s tem izboljšate tudi svoje reakcije na določene neprijetne življenjske situacije.

Najlažje boste dosegli razumevanje lastnih čustev – prijetnih in neprijetnih – tako, da boste o njih začeli intenzivno razmišljati, predvsem pa morate ugotoviti, od kod izvirajo in zakaj so vas sploh prevzela. Človek, ki se zaveda sebe in vsega, s čimer se sreča v življenju, je sposoben svoja ravnanja tudi spremeniti, sploh pod vplivom negativnih in pozitivnih izkušenj, s tem pa nabira modrost in razvija svojo inteligenco na področju čustvovanja. Čustveno inteligentna oseba je v kritičnih življenjskih situacijah sposobna svoja čustva in razpoloženje obvladati.« (Stik: naja.videmsek@gmail.com)

V galeriji Medicinske fakultete razstavlja fotografije o Norveški študent medicine Aljaž Šemrov, v galeriji Nevrološke klinike pa razstavlja akvarele slikar KUD-a Jože Kovačič. Prireditev so podprli KUD-ovi podporniki, ustanovitelji in Javni sklad za kulturne dejavnosti, Mestna občina Ljubljana, Mijošek vina in Lekarna Ljubljana.

Sklenimo to poročilo s staro indijsko mislijo, ki jo je izbrala Naja Videmšek: »Le tisti, kdor hoče biti tako dober, kot ni zmožen biti, bo tako dober, kolikor zmore.«

Foto: Katarina Zemljak, študentka medicine



Študentka medicina Naja Videmšek je zbrane nagovorila s svojim razmišljanjem o empatiji in čustveni inteligenci.

Bili smo na Tolminskem ...

Prim. Mojca Kos Golja, dr. med., Ljubljana

Obetal se je lep poznojesenski dan, ko smo se skupina članic in članov Sekcije upokojenih zdravnikov (SUZ SZD) dne 14. oktobra 2014 odpravili na enodnevni izlet. Obiskali in spoznali smo še posebno lep predel naše domovine, ki se razprostira ob čudoviti smaragdni reki Soči, Tolminsko. Imeli smo več ciljev: najprej smo si ogledali Tolminski muzej, se odpravili skozi mesto Tolmin proti Mostu na Soči, kjer smo se popeljali z ladjico po akumulacijskem jezeru reke Soče in nazaj grede v Mostu na Soči obiskali še mali zasebni muzej soške fronte »Tolminsko mostišče«.

Po prihodu v Tolmin smo najprej obiskali **Tolminski muzej**, se namestili v muzejski poročni dvorani, kjer smo doživeli pristržno dobrodošlico skupine domačinov. Pričakali in pozdravili so nas etnologinja in muzejska kustosinja ga. Karla Kofol, podžupan Tolmina g. Metod Fon in strokovna direktorica tolminskega zdravstvenega doma pediatrinja ga. Marjetka Žefran Drole, dr. med. Srečanje s Tolminci je potekalo v zelo prijetnem vzdušju. Kolegica Polonca Steinmann je bila glavna organizatorka izleta in je zelo zaslužna, da je na lokalni ravni vse potekalo po predvidenem načrtu. Ob postanku v muzeju je poskrbela tudi za okusne prigrizke in osvežujoče napitke, oboje se nam je zelo prileglo. Predniki kolegice Steinmann izvirajo iz Mosta na Soči, zato te kraje dobro pozna, se tja pogosto vrača in preživlja počitnice s svojimi otroki in prijatelji.

V muzejski poročni dvorani nam je ga. Karla Kofol predstavila kratko zgodovino področja in Tolminskega muzeja. Prvi muzej v stavbi Coronini-

jeve graščine v Tolminu je bil za javnost prvič odprt že leta 1951. Tolminsko se namreč ponaša z bogato arheološko, etnološko in kulturnozgodovinsko dediščino, ki je zbrana v tem muzeju. Kot samostojna institucija je deloval dobrih sedem let; leta 1958 je bil priključen Goriškemu muzeju in nato deloval pod njegovim okriljem kot Tolminska muzejska zbirka. Aprila leta 2000 je Tolminski muzej ponovno postal samostojni javni zavod, ki deluje na območju občin Bovec, Kobarid in Tolmin, vse pa povezuje reka Soča. Muzejski sedež je še vedno v mogočni Coroninijevi graščini sredi Tolmina, kjer se poleg upravnih, depojskih in razstavnih prostorov nahaja še prirodna strokovna knjižnica in poročna dvorana, v kateri razen porok občasno potekajo tudi različne kulturne prireditve. Prikazali so nam tudi zanimiv film z naslovom »**Naplavine obsoške zgodovine**«. V filmu smo se sprehodili skozi enajst stalnih muzejskih zbirk iz različnih obdobij tega področja: od kamene preko bronaste in železne dobe do prihoda Rimljanov, od selitve narodov in prihoda Slovanov do današnjih dni. Arheološke najdbe pričajo o najzgodnejših obdobjih poselitve tega prostora. Na zgodnjem

poselitve so prav gotovo vplivale ugodne klimatske in geografske značilnosti področja: obilje vode, ugodna klima, blagodejni vplivi morja vzdolž reke Soče, precej rodovitnih obdelovalnih površin. Tukajšnji prebivalci so bili vedno zelo delovni, ustvarjalni, razvijali so razne obrti, kmetijstvo, gojili so kulturno dejavnost, organizirali kulturna društva in čitalnice, imeli zelo razvito bivalno kulturo. Odlikuje jih tudi visoka narodna zavednost, na kar sta prav gotovo vplivali bližina meje in nenehna grožnja potujčevanja. Od dvajsetih let



Vožnja z ladjico Lucija po kanjonu reke Soče.



Predavanje kustosinje Tolminskega muzeja ge. Karle Kofol.

prejšnjega stoletja so doživljali predvsem fašistično nasilje in poskuse načrtno asimilacije z uvajanjem italijanščine kot uradnega in učnega jezika v šolah. Treba je še omeniti, da je bila na tem področju cerkev vedno na strani ljudi.

Poleg zbirk in razstav v matični hiši skrbi Tolminski muzej tudi za več zunanjih zbirk in objektov. Pod njegovo upravljanje ali zgolj strokovni nadzor spadajo arheološki muzej in temelji rimske hiše na Mostu na Soči, ki so jih odkrili, ko so gradili prizidek osnovne šole. Pod muzej spadajo spominske razstave Simona Gregorčiča na Vrsnem, Cirila Kosmača na Slapu ob Idriji in Simona Rutarja v vasi Krn, etnološke zbirke v domu TNP v Trenti, v starem vaškem jedru Breginja in v Robidišču, nadalje lesena kašča na Pečinah, prazgodovinsko naselje Kozlov rob in nemška kostnica ob sotočju Soče in Tolminke.

Pomembna dejavnost Tolminskega muzeja so tudi razne priložnostne razstave. Tako so leta 2013 postavili razstavo ob **300-letnici velikega tolminskega punta kmetov** (leta 1713), ki so se neuspešno uprli državnih oblasti. Za slabo oborožene uporne kmete, ki so zahtevali več pravic in zmanjšanje davkov, se je upor končal zelo tragično. Kaznovanje upornih kmetov je bilo javno in zelo kruto. Sekali so jim prste, roke, ušesa in jih tudi obešali, obglavljali ter številne razčetrili. Kmečki punt je opisal pisatelj Ivan Pregelj v romanu Tolminci, naslikal in upodobil pa slikar Tone Kralj.

Muzej je poskrbel tudi za razstavo ob **100. obletnici I. svetovne vojne** in prikazal vso tragičnost **soške fronte**. Soška fronta je bila del bojišča, ki je v prvi svetovni vojni med italijansko in avstro-ogrsko vojsko potekalo od Rombona do Tržaškega zaliva, v skupni dolžini nad 90 km. Fronta je bila prizorišče največjega spopada na gorskem območju v celotni zgodovini človeštva in največji spopad na Slovenskem sploh. V spopadih je umrlo na tisoče slovenskih vojakov, zaradi česar je soška fronta tudi danes



Udeleženci izleta v družbi s kapitanom ladjice Lucija g. Dejanom Mervičem.

globoko ukoreninjena v slovenski zgodovini.

Kustosinja ga. Kofol nam je predstavila tudi graditev **bohinjske proge**, ki je to področje precej zaznamovala in ugodno vplivala na razvoj turizma (muzejski vlak). Pripravljalna in gradbena dela na bohinjski progi so se začela leta 1900. Pri gradnji je sodelovalo skoraj 15.000 delavcev, ki so gradili številne objekte, tako predore kot mostove v soteskah Save Bohinjke, Bače in Soče. Da bi lahko speljali najkrajšo pot od nemških in gornjeavstrijskih železnic do tržaškega pristanišča, so morali še pred Jesenicami zvrtni tudi skoraj osem tisoč metrov dolg železniški predor Karavanke med Področico in Hrušico, za »bohinjsko« varianto pa še 28 predorov skupne dolžine nekaj več kot 16 km. Med njimi je najdaljši bohinjski predor skozi Črno prst pod Koblo v dolino Bače in naprej proti Goriški (dolžine 6327,3 m). Na bohinjski progi je zgrajenih še pet galerij in kar 65 mostov. Na progi je rekorder tudi kamniti velikan, most čez Sočo pri Solkanu s kamnitim lokom razpona 85 metrov. Solkanski most je še vedno največji železniški kamniti most na svetu, po dolžini kamnitega loka pa je drugi kamniti most nasploh. Bohinjska proga je bila dokončana leta 1906, rednemu prometu so jo predali 19. julija istega leta s slovesnim odprtjem, pri kate-

rem je bil navzoč tudi prestolonaslednik Franc Ferdinand.

Direktorica **Zdravstvenega doma Tolmin** Marjetka Žefran Drole, dr. med., specialistka pediatrije, nam je nato predstavila delovanje ZD. Povedala je, da skrbijo za prebivalce precej obširnega področja (okrog 1000 km²), ki je razpršeno, redko poseljeno in ponekod težko dostopno. Trudijo se nuditi čim bolj kakovostno zdravstveno oskrbo. Uvedli so malo kirurško ambulanto, imajo helikoptersko ekipo za nujno pomoč in prevoze, enkrat tedensko opravljajo ambulantne preglede različni specialisti. Nedvomno je za vsakdanje uspešno zdravniško delo nujno potrebno dobro poznavanje specifičnosti področja in značilnosti tukajšnjih prebivalcev. Kolegica Marjetka Žefran Drole je Tolmince opisala kot zavedne, delavne, žilave, vztrajne, trmaste, potrpežljive, precej vase zaprte, dostikrat nezaupljive. Zanimivo je tudi, da je povprečna življenjska doba Tolmincev tri leta daljša od slovenskega povprečja.

Po kar dolgem in zanimivem postanku v Tolminskem muzeju smo se poslovili od naših prijaznih gostiteljev in se odpeljali proti **Mostu na Soči**, ki leži nad sotočjem Idrije in Soče, obdan je z vencem tolminsko-bohinjskih gora. Most na Soči se ponaša tudi z nekaterimi znanimi Slovenci. Tu so se rodili pisatelja Ivan Pregelj in



Slovo od izleta ob dobri kavici v gostišču Vuga, Most na Soči.

Saša Vuga ter dirigent Marko Munih. Kraj ima več uspešnih športnikov: kolesarja Boruta Rovščeka, lokostrelca Maksija Muznika, alpinistko Mirando Ortar, triatlonca Igorja Kogoja in kajakaša Dejana Testena, danes uspešnega trenerja še bolj uspešnih mladih kajakašev in kanuistov.

Na jezerskem bregu nam je še pred prijetno vožnjo z ladjico po **akumulacijskem jezeru Soče** predsednik Turističnega društva z Mosta na Soči, g. Rado Taljat, na kratko predstavil zgodovino društva in kraja.

Turistično društvo Most na Soči ima dolgo tradicijo, saj je bilo ustanovljeno že leta 1905. Tedaj se je imenovalo Olepševalno društvo pri Sv. Luciji. Kraj in okolica sodita med najpomembnejša arheološka najdišča z območja jugovzhodnih Alp. Odkrili so kar 7000 prazgodovinskih in rimskih grobov, stavbne ostaline iz bronaste dobe, temelje 40 železnodobnih hiš, devet rimskih stavb in zgodnjeresrednjeveško lončenino. Zaradi izjemnega bogastva je bila celotna železnodobna skupnost z območja Posočja v strokovnih krogih poimenovana »**svetolucijska kultura**«. Sv. Lucija je krajevna zavetnica, njeno ime nosi tudi farna cerkev, tako se je do leta 1952 imenoval sam kraj. Na lepo urejeni obali akumulacijskega jezera smo se vkrcali na ladjico, ki se prav tako imenuje Lucija, njena lastnika sta Karmen in Dejan Mervič.

Kapitan Dejan nas je še dodatno seznanil z nastankom in značilnostmi soškega akumulacijskega jezera. Leta

1938 je nastal prvi jez na Soči za potrebe hidroelektrarne Dobljar, ki so jo gradili Italijani. Po zavezitvi je nastalo akumulacijsko jezero, ki prevladuje v današnji podobi kraja. Čeprav je umetno, še vedno ohranja smaragdno barvo skrivnostne Soče in dopolnjuje barvitost kraja. Kjer se danes razprostira jezero, je bila globoko v skalni grapi, ki jo je izdolbel triglavski ledenik, struga reke Soče, tako da je stal ob njej celo mlin. Z načrti za zavezitev reke Soče so začeli v letih 1934–1935, delo so dokončali leta 1940. Jezero je dolgo 7 km, največja globina znaša 32 m. Na najširšem delu doseže širino 600 m. Jezero postaja vse zanimivejša točka za obiskovalce in turiste. V začetku prejšnjega stoletja so začeli na bregu saditi vrbe žalujke, naseljevali so vodne ptice. Zdaj poleg divjih rac in čapelj jezero občasno obiščejo tudi labodi. Sčasoma so postavili prve turistične in usmerjevalne table ter pričeli z urejanjem sprehajalnih poti ob jezeru in v bližnji okolici. Danes je sprehajalna pot ob jezerski obali urejena in razsvetljena. Popestrena je s skulpturami umetnikov, udeležencev vsakoletne likovne kolonije. Mreža pešpoti sega na vse okoliške razgledne vrhove. Z odprtjem kulturnozgodovinske poti »**Čez Most po mo-drost**«, s katero je predstavljena predvsem arheološka dediščina železnodobne svetolucijske kulture, postaja kraj pravi muzej na prostem. Na jezeru organizirajo razne prireditve, širijo možnosti za rekreaci-

jo. Jezero predstavlja tudi pravi raj za ribiče, ki prihajajo na ribolov z vsega sveta. Najbolj zaželena in najznačilnejša med ribami je avtohtona soška postrv. V jezeru najdemo še lipane, potočne postrvi, križance med soško in potočno postrvjo in šarenke.

Na akumulacijskem jezeru trenirajo tudi kanuisti in kajakaši tukajšnjega kluba. Leta 2014 sta prav člana kluba kanuistov, Sašo Taljat in Luka Božič, **na svetovnem prvenstvu osvojila zlato kolajno. Ob tej priložnosti so jima oktobra 2014 domačini pripravili lep sprejem.**

Med prijetno dve in polurno vožnjo po jezeru z ladjico Lucijo so nam postregli s kosilom, ki je bilo preprosto, vendar sveže, izredno okusno in nam je zares teknilo. Kapitan Dejan je večkrat prepustil krmilo posameznim udeleženkam kratkega križarjenja po jezeru, kar je bilo za vse nadvse zabavno in ovekovučeno s fotoaparati.

Z ladjice smo se vrnili v Most na Soči, kjer smo si ogledali še zasebni mali muzej soške fronte, ki se imenuje »**Tolminsko mostišče**«. Številne razstavne predmete je zbral in postavil na ogled zasebni zbiratelj g. Peter Kogoj. Razstavljenih je okoli 1000 predmetov italijanske, avstro-ogrske in nemške vojske, najdenih na območju avstro-ogrskega 15. korpusa (od Avč do Batognice). G. Kogoj nam je na kratko opisal boje med soško fronto, predvsem tiste, ki so se odvijali v bližini Mosta na Soči. Preden smo se poslovili od Mosta na Soči, smo v gostišču Vuga posedeli še ob dobri kavici.

Jutranji obeti o lepem dnevu so se čez dan tudi uresničili. Uživali smo v prijaznem vremenu, blagodejnih jesenskih temperaturah, ob lepotah narave, zanimivostih obiskanih krajev in ustanov. Bili smo zelo počaščeni, da so nam tolminski gostitelji posvetili toliko časa in pozornosti. Obogateni z novimi spoznanji in prelepimi vtisi smo se zadovoljni vračali domov. Po prihodu v Ljubljano smo si obljubili, da se bomo kmalu spet podali na izlet še v kakšen drug predel naše lepe Slovenije.

Foto: Božena Skalicky Kuhelj

Zamolčana plat

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

vojko.flis@ukc-mb.si

V Mariboru smo tudi letos priredili redno letno srečanje na temo medicina in pravo. Srečanje se je ukvarjalo z integrativno medicino, karkoli pač kdo pod tem pojmom razume. Ko se takšna tema odpre, se brez izjeme pojavijo srditi napadi na tako imenovano uradno medicino. Segajo v različne smeri. Oglasijo se na primer ljudje, ki trdijo, da slovenski zdravniki ne poznajo medicinskega dogajanja po svetu, ne poznajo jezikov, ne berejo tujega slovstva in zaradi tega zgolj pri nas zdravijo s kemoterapijo. Če bi bili bolje poučeni, bi uporabljali druge, boljše postopke zdravljenja. Seveda se ni mogoče izogniti niti konoplji in ne cepljenju.

Očitki uradni medicini so pri konoplji podobni. Konoplja (za vse njene oblike bom zgolj na tem mestu zaradi enostavnosti uporabljal kar ta izraz) je čudežno zdravilo. Zdravi prav vse bolezni. Večina zdravnikov je slabo podučena, tega ne ve in zaradi tega ne zagovarja uporabe konoplje v medicinske namene. Nekateri zdravniki, ki so seveda državni uradniki, konoplje nemara zaradi svoje birokratiziranosti ne želijo uporabljati. Nekateri gredo še dlje. Trdijo, da nekateri zdravniki vedo, da je konoplja čudežno zdravilo, a se zoperstavlja legalizaciji zaradi zaščite farmacevtske industrije. Če bi bila konoplja legalizirana, bi farmacevtska industrija namreč propadla, saj bi bila njena zdravila nepotrebna. V primerjavi z nazadnjaško Slovenijo ponujajo kot zgled nadvse demokratičnega in sodobnega pristopa pri ravnanju s konopljo ameriški državi Kolorado in Washington.

Do sem vse prav. Slovenija in nekateri njeni državljani se po takih trditvah prav nič ne razlikujejo od državljanov drugih evropskih držav. V Nemčiji so legalizacijo konoplje zagovarjali celo sodniki kazenskega prava. Dekriminalizacija konoplje bi jim odvzela kup nepotrebne dela. Konoplja bi skočila v isti vlak z alkoholom, kjer bi nemara povzročala celo manj zdravstvenih in drugih težav kot alkohol. Stvar pa postane neprijetna v tistem trenutku, ko se Koloradu in Washingtonu v povezavi s konopljo pričnejo pripisovati stvari, ki preprosto niso resnične. Med njimi so trditve, da lahko konopljo tamkaj legalno uživajo mladoletniki, saj jim izboljšuje spomin, zaradi tega se bolje učijo in bolje študi-

rajo, poleg tega pa ljudje pod vplivom konoplje bolje upravljajo z motornimi vozili.

O revolucionarnih medicinskih učinkih konoplje seveda nima smisla izgubljeni besed. Na Nizozemskem, kjer je legalizirana že desetletja, v tem dolgem obdobju niso zaznali nekega njenega posebnega vpliva na epidemiološki položaj prebivalstva, pa tudi nobena lekarna zaradi nje ni izginila. In vsakemu vsaj nekoliko pismenemu sleherniku je jasno, da sta Kolorado in Washington konopljo legalizirala iz denarnih razlogov. Če je legalizirana, tako kot alkohol, prinaša davke. Gre za dobičkonosen posel, ki ga tam država pač noče prepustiti črnemu trgu. Toda država je na primer v Koloradu izjemno strogo uredila uživanje konoplje. Dovoljena je zgolj polnoletnim osebam (21 let v Koloradu). Dovoljena količina, ki jo lahko ima pri sebi polnoletna oseba, je nekaj manj kot trideset gramov. Uživanje na javnih površinah ni dovoljeno. Uživanje na površinah, ki sodijo pod federacijo (šole, muzeji, nacionalni parki, sodišča) ni zgolj prepovedano, temveč je celo kaznivo. Prevažanje konoplje je dovoljeno zgolj v posebej zapečatenih škatlah. Vsaka druga oblika prevažanja ni dovoljena, kar pomeni, da posamezniki v prevoznih sredstvih (vlak, osebni avtomobil) ne smejo imeti konoplje. Vožnja pod vplivom konoplje je prepovedana. Dovoljena količina THC v krvi je sicer pet nanogramov (rednim kadilcem trave lahko ostajajo prepovedani odmerki v krvi še dneve ali tedne), toda v primeru prometne nesreče se vsaka sled THC lahko šteje kot vožnja pod vplivom mamil. Tako celo najbolj liberalni prebivalci Kolorada svarijo obiskovalce iz drugih držav pred vožnjo avtomobila po kajenju trave. V razpravah o konoplji in primerjanju zaostale Sloveniji z naprednima Koloradom in Washingtonom teh in ostalih zamolčanih dejstev o ravnanju s konopljo v ZDA seveda nisem slišal.

Tudi ko gre za cepljenje, so ZDA zelo priljubljena država, s katero nas želijo primerjati nasprotniki cepljenja. V ZDA cepljenje ni obvezno in po mnenju nasprotnikov cepljenja so ZDA tudi na tem področju zgled zelo široko liberalne ter nadvse demokratično urejene države, kjer lahko ljudje s svojimi otroki počnejo malodane kar hočejo – gre pač za državo, kjer je



avtonomija posameznika sveta in nedotakljiva stvar. Seveda stvari še zdaleč niso tako preproste. V ZDA je bila zgodovinsko skrb za javno zdravje prepuščena državnim in lokalnim oblastem. Cepljenja resnično niso nikoli zakonsko ukazali, a so prepovedali vpis v šolo necepljenim otrokom. Cepljenje je obvezno za nekatere poklicne skupine. Cepljenja so lahko oproščene nekatere ogrožene skupine otrok, toda po drugi strani lahko

federalne ali lokalne oblasti v primeru nevarnosti za javno zdravje sprejmejo kateri koli ukrep, ki se jim zdi ustrezen za odvrtačanje nevarnosti. Tako lahko zapovedo obvezno cepljenje kogarkoli (otrok in odraslih), odredijo karanteno za nedoločen čas in celo izdajo mednarodno tiralico za bolnikom, ki se v tovrstnem primeru obravnava kot najhujši kriminallec. V ZDA je na primer ustaljena praksa, da zdravniki na sodišču zahtevajo hišni pripor (z elektronsko GPS-zapestnico) v vseh primerih, ko se bolniki z na antibiotike odporno tuberkulozo nočejo sami odločiti za hišno izolacijo.

V Kaliforniji je zdravljenje tuberkuloze, odporne na antibiotike, obvezno. Če bolnik odkloni, lahko izda policija zaporni nalog ali v primeru bega razpiše tiralico. Znan je primer ameriškega bolnika s tuberkulozo, ki je pobegnil iz države in so ga iskali z mednarodno tiralico. Številni ameriški državljani so opisano prisilo države ali lokalnih oblasti, ko gre za praktično arbitrarno presojo ravnanja in neomejena pooblastila v primeru kužnih bolezni, izpodbijali na lokalnih ali na vrhovnem sodišču. Doslej ni bilo niti ene same sodbe, ki bi oblastem odvzela pooblastila. Zadnji odmeven je primer medicinske sestre Katie Hickox, ki je pomagala pri epidemiji ebole v Afriki. Po vrnitvi iz Afrike ji je guverner New Jerseyja Chris Christie odredil prisilno karanteno. Pritožila se

je na sodišče in dosegla skrajšanje karantene (ves čas je bila brez bolezenskih znakov), a prav nič pri vprašanju guvernerjevih pooblastil.

Pri razpravah o obveznem cepljenju je zato morebiti boljši zgleđ za primerjavo Anglija, kjer cepljenje ni obvezno, pravila so bolj ohlapna kot v ZDA, a nihče razumen tamkaj ne trdi, da ni potrebno. Zdravniki tam pač morajo vložiti veliko več truda v osveščanje staršev. Zaenkrat jim gre dobro, saj je precepljenost sorazmerno visoka. Toda tudi v Angliji, ki ima podoben pravosodni sistem kot ZDA, lahko oblasti v primeru nevarnosti sprejmejo potrebne ukrepe ali v posamičnih primerih zahtevajo ukrepanje sodišča. V razpravah, kjer so nekateri skrajneži zdravnike, ki zagovarjajo (obvezno) cepljenje, označili skorajda za morilce otrok, nisem seveda razen slavospevov ameriški demokraciji slišal nič od navedenega.

Seveda ne gre pričakovati, da bodo gorečneži smetili po lastnem dvorišču in pri zagovarjanju svojih trditev navajali tudi zanje obremenilna dejstva. To je človeško. A če ne navedejo vseh dejstev, pomembnih za tehtno razpravo, je mogoče vsaj zelo resno dvomiti v njihove dobre namene. A enako velja seveda tudi za nasprotno stran, kdorkoli že stoji tam ali je bil tja po sili razmer porinjen, ker je državni uradnik.

Obvestilo organizatorjem izobraževanj – beleženje prijav

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

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

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

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

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

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 49,20 EUR. A single issue costs 4,47 EUR. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 9750 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.

The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XXth dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

The President of the Medical Chamber

Prim. **Andrej Možina**, M. D.

The Vice-presidents of the Medical Chamber

Assist. **Valentin Sojar**, M. D., MBA, FEBS

Sabina Markoli, D. M. D.

The President of the Assembly

Prim. assist. **Jernej Završnik**, M. D., M. Sc.

The Vice-president of the Assembly

Nikola Potočnik, D. M. D.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The president of the Educational council

Prof. **Bojana Beović**, M. D., Ph. D.

The president of the Professional medical committee

Prof. **Radovan Hojs**, M. D., Ph. D.

The president of the Primary health care committee

Mihael Demšar, M. D.

The president of the Hospital health care committee

Assist. **Valentin Sojar**, M. D., MBA, FEBS

The president of the Dentistry health care committee

Sabina Markoli, D. M. D.

The president of the Legal-ethical committee

Prim. assist. **Danica Rotar Pavlič**, M. D., Ph. D.

The president of the Social-economic committee

Božidar Visočnik, M. D.

The president of the Private practice committee

Helena Mole, M. D.

The Secretary General

Brane Dobnikar, L. L. B.

Public Relations Department

Polona Lečnik Wallas, B. A.

Legal and General Affairs Department

Vesna Habe Pranjič, L. L. B.

Finance and Accounting Department

Nevenka Novak Zalar, B. Sc. Econ., M. Sc.

Health Economics, Planning and Analysis Department

Nika Sokolič, B. Sc. Econ.

Head of CME/CPD Activities

Mojca Vrečar, M. B. A.

Head of Postgraduate Medical Training,

Licensing and Registry Department

Tina Šapec, L. L. B.



The Medical Chamber Of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

Tasks

- The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists.
- Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.
- The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:
 - Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
 - Maintaining a register of members and issuing membership cards.
 - Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.
 - Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
 - Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
 - Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.
 - The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.
 - Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.
- Determining doctors' fees and participating in agreeing the prices of health care services.
- Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.
- Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional' salaries.
- Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.
- Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.
- Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.
- Assisting members to find suitable locums during their absence.
- Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.
- Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.
- Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.
- Monitoring alternative methods of treatment.
- Deterring prohibited and unacceptable medical practices.
- Providing a free permanent consulting service to members.
- Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.

